

**DIE KONSTRUKTION VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM
SOZIALEN SYSTEM FAMILIE
THEORIE UND EMPIRIE**

Von der Universität Oldenburg - Fachbereich 3 Sozialwissenschaften -
zur Erlangung des
Doktorgrades (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

von JÜRGEN BEUSHAUSEN

geb. am 25.6.1955 in Georgsmarienhütte

Referent: Prof. Dr. D. BRÜHL

Korreferentin: Prof. Dr. K. FLAAKE

Tag der Disputation: 20.06. 2002

**DIE KONSTRUKTION VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM
SOZIALEN SYSTEM FAMILIE
THEORIE UND EMPIRIE**

Von der Universität Oldenburg - Fachbereich 3 Sozialwissenschaften -
zur Erlangung des
Doktorgrades (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

von JÜRGEN BEUSHAUSEN

geb. am 25.6.1955 in Georgsmarienhütte

Referent: Prof. Dr. D. BRÜHL

Korreferentin: Prof. Dr. K. FLAAKE

Tag der Disputation: 20.06. 2002

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
----------------	----------

TEIL A

0	Einführung: Zielsetzungen, methodisches Konzept und der Aufbau der Arbeit	2
1	Die erkenntnistheoretischen Grundlagen	13
1.1	Die Position des Beobachters	14
1.2	Realismus und Konstruktivismus	20
1.3	Eine übergreifende Theorie der Zeichen	33
2	Die Theorie sozialer Systeme	36
2.1	Prinzipien systemischen Denkens	36
2.1.1	Systemtheoretische Grundlagen	37
2.1.2	Triviale und Nicht-triviale Systeme	44
2.1.3	Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung	47
2.1.4	Kommunikation und Sinn	57
2.2	Die Personenzentrierte Systemtheorie	65
2.3	Der Leib als soziales Phänomen	68
2.4	Soziale, psychische und organische Systeme und deren Wechselbeziehungen	74
3	Die Familie als soziales System	82
3.1	Überblick: Die Familie als soziales System	83
3.2	Familiale Sozialisation	91
Exkurs:	Kontinuität und Wandel der Familie seit der Nachkriegszeit	97
3.3	Die Familie im Kontext ihrer Umwelten	103
3.4.	Familiale Lebenszyklen	106
3.4.1	Der Familienzyklus und generationsübergreifende Muster	108
3.4.2	Phasenabläufe in Familien mit Adoleszenten	111
3.5	Familiale Beziehungsstrukturen	117
3.5.1	Die Eltern-Kind-Beziehungen	118
3.5.2	Die Geschwisterpositionen und die Geschwisterbeziehungen	120
3.5.3	Das Verhältnis zwischen Enkelkindern und Großeltern	123
3.5.4	Familiale Paarbeziehungen	125
3.6	Die Funktionalität familialer Strukturen	128
3.6.1	Lebensphilosophien, Werte und Normen	129
3.6.2	Regeln	132
3.6.3	Hierarchien	133
3.6.4	Rollen, Aufgaben und Substitute	136
3.6.5	Systemgrenzen	140
3.6.6	Mythen, Geheimnisse und Tabus	144
3.6.7	Vermächtnisse, Delegationen und Loyalität	146
3.7	Familiale Funktionstüchtigkeit in kritischen Lebenssituationen	150

4	Gesundheit und Krankheit als soziales Phänomen	157
4.1	Historische Erklärungsansätze von Gesundheit und Krankheit	157
4.2	Neuere Gesundheits- und Krankheitskonzepte	165
4.3	Der Blickwinkel der Streßtheorien	182
4.4	Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit	188
4.5	Systemtheoretische Modelle von Gesundheit und Krankheit	194
4.5.1	Symptome als Elemente operational geschlossener Systeme – Niklas Luhmann	195
4.5.2	Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll	199
4.5.3	Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung nach Fritz B. Simon	205
4.5.4	Problemsysteme – Kurt Ludewig	215
4.5.5	Der Mehr-Ebenen-Ansatz von Jürgen Kriz	220
4.5.6	Zusammenfassung der dargestellten systemtheoretischen Ansätze	224
5	Definitionen, theoretische Einordnung und methodologische Ansätze zur Bestimmung des Problemgegenstandes „Essstörungen und Multiple Süchte bei Frauen“	228
5.1	Die Formen der Essstörungen	232
5.2	Das Phänomen der Essstörungen und die Substanzabhängigkeit	242
5.2.1	Der Suchtbegriff	243
5.2.2	Multiple Süchte – Anorexia und Bulimia bei Substanzabhängigkeit	252
Exkurs:	Die Karriere des sozialen Problems Essstörungen	258
5.3	Weibliche Sozialisation und soziokultureller Kontext	269
5.4	Erklärungsansätze zur Entstehung des Phänomens Essstörung	277
5.4.1	Feministische Erklärungsansätze	278
5.4.2	Analytische Erklärungsansätze	284
5.4.3	Behavioristische Erklärungsansätze	290
5.4.4	Systemische Erklärungsansätze	291
6	Resümee: Der multiperspektivische Ansatz von Gesundheit und Krankheit	309

TEIL B

	Die empirische Analyse der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte im System Familie und ihrer Umwelten	323
7.	Fragestellungen, Forschungsansatz und Methoden der empirischen Studie	323
7.1	Die Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie	327
7.2	Methodik	331
7.2.1	Der subjektorientierte Forschungsansatz	332
7.2.2	Die Beschreibung der Stichprobe und der Rahmenbedin- gungen	341
7.3.	Die Erhebungsinstrumente	344
7.3.1	Die Genografische Mehrebenenanalyse	344
7.3.2	Die Güteprüfung der qualitativen Forschungsinstrumente	354
7.3.3	Die quantitativen Forschungsinstrumente	363
7.3.3.1	Der allgemeine Fragebogen	363
7.3.3.2	Der Family Assessment Measure (FAM III)	366
7.3.3.3	Der Fragebogen zur Messung von Essstörungen (EDI)	368
8.	Untersuchungsergebnisse	370
8.1	Die Analyse der allgemeinen Daten	371
8.1.1	Das Alter der Klientinnen und die Dauer der Essstörungen	372
8.1.2	Weitere Abhängigkeiten der Klientinnen und der Familien- mitglieder	374
8.1.3	Die soziale Stellung der Angehörigen	379
8.1.4	Die Kindheit der Klientinnen	381
8.1.5	Angaben über Schule, Beruf und Wohnsituation	383
8.1.6	Das Freizeitverhalten und die Freundschaften	388
8.1.7	Die Einschätzung des eigenen Gewichts und das der Angehörigen	390
8.1.8	Das Sexualleben der Klientinnen	396
8.1.9	Die Klientinnen als Opfer von sexueller Gewalt	402
8.1.10	Suizidalität der Klientinnen und ihrer Angehörigen	405
8.2.	Die familialen Beziehungen	406
8.2.1	Die Eltern-Kind-Beziehungen	407
8.2.2	Die Ehe der Eltern	420
8.2.3	Die Beziehungen zu den Großeltern	424
8.2.4	Die Beziehungen zu den Geschwistern	428
8.2.5	Das Kontaktnetz	434
8.2.6	Die Partnerbeziehungen der Klientinnen	437
8.2.7	Die Kinder der Klientinnen	441

8.3	Die Funktionalität familialer Strukturen	442
8.3.1	Lebensphilosophien, Werte und Normen	442
8.3.2	Der Umgang mit familiären Konflikten	449
8.3.3	Familiale Regeln	453
8.3.4	Hierarchien	455
8.3.5	Rollen	457
8.3.6	Substitute und Koalitionen	461
8.3.7	Systemgrenzen	463
8.3.8	Mythen	466
8.3.9	Geheimnisse und Tabus	467
8.3.10	Vermächtnisse und Delegationen	469
8.3.11	Loyalität	472
8.4	Kritische Lebenssituationen der Familienmitglieder im Lebenszyklus	474
8.5	Die Krankheiten in den Familien	478
8.6	Das Essverhalten in den Familien	484
8.7	Die Ergebnisse der quantitativen Befragungen	489
8.7.1	Der Family Assessment Measure – FAM	489
8.7.2	Der Fragebogen zur Messung von Essstörungen – EDI	493
9	Die empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretischen Annahmen	494
10	Anhang	522
1.0.1.	Dokumentation beispielhafter Genogramme	522
10.1.1	Das Genogramm von Helga - Multiple Süchte	522
10.1.2	Das Genogramm von Edith - Bulimie	531
10.1.3	Das Genogramm von Conny - Magersucht	536
10.2	Die visuelle Analyse der Genogramme	541
10.3	Die Fragebögen	545
10.3.1	Skript zur Erstellung der Genogramme	545
10.3.2	Der Allgemeine Fragebogen	556
	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	580
	Literatur- und Quellenverzeichnis	582
	Erklärung gemäß § 9 der Promotionsordnung	609
	Lebenslauf	610

Vorwort

Mein Interesse an dem Thema dieser Arbeit entwickelte sich bei der Beobachtung von Personen, die als Klienten und Klientinnen die Suchtberatungsstelle in Oldenburg aufsuchten und vielfältige Zusammenhänge zwischen ihrem Leben, ihren Krankheiten, speziell der Entwicklung einer Suchterkrankung, bzw. einer Essstörung und ihren familiären Beziehungen herstellten. Diese Beschreibungen wurden für mich der Anlass für eine systematische theoretische und empirische Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit und dem sozialen System der Familie.

Ohne die Unterstützung der betroffenen Frauen, die mit mir ihre Lebenszusammenhänge, insbesondere die Lebenslage in ihrer Herkunftsfamilie erforschten, wäre diese an der Lebenspraxis orientierte Untersuchung nicht möglich gewesen. Dank gebührt neben diesen Personen auch dem Leiter der Beratungsstelle Herrn HERBERT WULF für seine wohlwollende Unterstützung. Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. D. BRÜHL für die ermunternde, fördernde und fordernde Betreuung meiner Dissertation. Herr Professor Dr. R. MEYENBERG unterstützte das Promotionsvorhaben. Leider konnte er auf Grund seines Todes diese Arbeit als Gutachter nicht mehr beurteilen. Ich danke Frau Prof. Dr. FLAAKE für ihre Bereitschaft diese Aufgabe zu übernehmen. Weiterhin danke ich Frau ANNELORE OSTERLOH und Frau MARGRET BEHRENDTS für das Abschreiben von Teilen des Manuskripts. Bei meiner Partnerin GINA BEUSHAUSEN bedanke ich mich für fachliche Anregungen und emotionale Unterstützung. Herr WOLFGANG ROHLING erstellte das Programm für die Auswertung des quantitativen Fragebogens.

Die Namen der untersuchten Personen, die der Klientinnen der Beratungsstelle, wurden von mir verändert. Nicht immer konnte, um zu verhindern, dass eine Klientin identifiziert wird, das gesamte Material präsentiert werden. Da viele Grundkonflikte und –konstellationen ähnlich sind, könnten sich einzelne Klientinnen wiedererkennen, obwohl sie nicht gemeint sind.

0. Einführung: Zielsetzungen, methodisches Konzept und der Aufbau der Arbeit

Diese Studie hat das Ziel, auf der erkenntnistheoretischen Grundlage eines „Integrativen Konstruktivismus“¹, einen theoretischen Beitrag bei der Erforschung des Zusammenhanges von Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie² und seiner Umwelten zu leisten. Um diesen Ansprüchen zu genügen war eine komplexe multiperspektivische³ Sichtweise zu erarbeiten. Im empirischen Teil dieser Studie werden die in der Theorie gewonnenen Erkenntnisse an Beispielen überprüft. Hierzu wird der konstruktivistische Ansatz auf ein Problemfeld, das der Analyse des familiären Lebenszusammenhanges von Frauen mit stoffungebundenen Süchten (Essstörungen) und Frauen mit einer Essstörung und einer zusätzlichen stoffgebundenen Sucht (Alkoholabhängigkeit), bezogen. Die Abhängigkeit von Alkohol (einschließlich anderer Drogen) und einer gleichzeitigen, folgenden oder vorausgegangenen Essstörung wird trotz ihres häufigen Auftretens bisher nicht als eigenständige Störung⁴ diagnostiziert. Diese spezielle Form einer Störung wird hier als "Multiple Sucht" bezeichnet.

Aus der oben genannten Zielbestimmung ergeben sich für den theoretischen Teil der Studie eine Reihe von Aufgaben, von denen die wichtigsten genannt werden sollen:

- Wie lassen sich aus der Perspektive des Konstruktivismus Gesundheit und

¹ S.J. SCHMIDT (2001) plädiert für einen „Integrativen Konstruktivismus“, der die Komponenten Gehirn, Körper, Geschichte, Diskurs, Wirklichkeitsmodell und Kultur miteinander verbindet. Diese Komponenten sind alle an einer Wirklichkeitskonstruktion beteiligt, die SCHMIDT zu analytischen Zwecken in eine Mikro-, Meso- und Makro-Ebene unterteilt.

² Familie wird hierbei als der Rahmen gesehen, in dem sich Strukturen für krankheitsfördernde, aber auch gesundheitserhaltende Prozesse herausbilden.

³ Diesen Begriff verwenden beispielsweise PETZOLD (1995) und WELTER-ENDERLIN (1999) für die Kennzeichnung eines umfassenden Verstehenszuganges.

⁴ Der Begriff "Störung" ist kein exakter Begriff. Dieser Begriff wird im ICD 10 (DILLING u.a. 1991) benutzt, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie "Krankheit" oder "Erkrankung" zu vermeiden. Auf die spezielle Bedeutung einer „Störung“ im Rahmen der Systemtheorien wird noch eingegangen.

Krankheit¹ bestimmen? Welchen Beitrag kann ein („Integrativer“) Konstruktivismus bei der Analyse dieser Problemgegenstände leisten?

- Wie können im Rahmen dieser Perspektive das soziale System Familie, ihre Funktionstüchtigkeit, ihre Innen- und Außenbeziehungen und ihre krankheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Prozesse analysiert werden.
- Wie kann auf der erkenntnistheoretischen Grundlage eines („Integrativen“) Konstruktivismus das Auftreten von speziellen Krankheitsphänomenen, wie Essstörungen und Multiplen Süchten, theoretisch erklärt werden? Für das Problemfeld Essstörungen existieren bereits eine Reihe von theoretischen Ansätzen, die jedoch, so ist die Grundthese, zum Verständnis dieses Problems bisher nicht ausreichend in multitheoretische Perspektiven eingebunden sind.
- Welche Kriterien können beratende und therapeutische Systeme an die Hand bekommen, nach denen das soziale System Familie beobachtet, gestaltet und beeinflusst werden kann? Diese Fragen münden in die grundlegende übergreifende zu überprüfende These, ob die hier untersuchten Symptome, insbesondere dann auftreten, wenn familiäre Strukturen in wichtigen Punkten nicht mit der Persönlichkeit konvergieren und die Lebensentwürfe und Werte der Familienmitglieder nicht zu den Erfordernissen der Lebensrealität passen.
- Da das Phänomen der Essstörungen in der BRD seit ca. 20 Jahren vermehrt zu beobachten ist², soll erörtert werden, ob dieses vermehrte Auftreten dadurch zu erklären ist, dass sich in den letzten zwei Dekaden die Lebensbedingungen und Anforderungen an junge Frauen so wesentlich verändert haben, dass in der Folge der bisherige, an traditionellen Normen ausgerichtete Orientierungsrahmen von Weiblichkeit - die Geschlechteridentität – in heutigen Situationen nicht mehr „viabel“³ (VON GLASERSFELD 1992) ist und als „Lösungsversuch“ zu Essstörungen und Multiplen Süchten führt⁴.

¹ Hier ist zu beachten, dass es keine einheitliche Terminologie der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit gibt. Dies bedeutet, dass Begriffe wie Krankheit, Gesundheit, System u.a. in eine gemeinsame Sprache gebracht werden müssen.

² Vgl. HURRELMANN (2000) und den Bericht des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ (1998).

³ VON GLASERSFELD (1992) interessiert sich besonders dafür, ob das, was wahrgenommen wird, „viabel“ ist, d.h., ob es „passt“, „gangbar“, bzw. „brauchbar“ ist und zu einem erwünschten Ziel führt.

⁴ Siehe das Kapitel 5.1: „Weibliche Sozialisation und soziokultureller Kontext“.

Die Anwendung und Überprüfung der im theoretischen Teil gewonnenen Erkenntnisse geschieht im empirischen Teil am Beispiel der Analyse des sozialen Systems der Familie (und seiner Umwelten) von Frauen mit „Multiplen Süchten“, mit Anorexie und mit Bulimie¹. Ein Vergleich der familiären Beziehungen und Strukturen dieser drei Untersuchungsteilgruppen liegt noch nicht vor. Die vorliegende Studie wird dazu einen ersten Beitrag liefern².

In dieser Einführung sollen ebenfalls die wichtigsten Fragestellungen des empirischen Teils dieser Untersuchung genannt werden³:

- Wie lässt sich am Beispiel der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte die Bedeutung von Krankheit und Gesundheit im familiären System aufzeigen?
- Gibt es bedeutsame Unterschiede in den Familienstrukturen und den familiären Beziehungen zwischen den Untersuchungsteilgruppen?
- Wiederholen sich diese Strukturen in der Generationenfolge?
- Welche Bedeutung kommt den Geschlechterrollen in den Familien zu?
- Wie wirken sich familiäre Werte und Normen, Hierarchien, Geheimnisse, Tabus und Delegationen auf die betroffenen Frauen aus?
- Welche Bedeutung haben, neben den familiären Einflüssen, andere Systeme auf die Entstehung der Essstörungen, und wie wirken sie zusammen?
- Wie beschreiben die Klientinnen⁴ ihre Partnerschaften, welcher Zusammenhang besteht hier zu den auftretenden Symptomen der Essstörungen und der Multiplen Süchte?

¹ Zum Verständnis des Familienhintergrundes von Klientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa liegen bereits eine Reihe von Untersuchungen vor. Auf diese Untersuchungen wird in dieser Studie Bezug genommen.

² Untersucht und verglichen werden die familiären Strukturen und Beziehungen von 74 Klientinnen mit Anorexie, Bulimie und „Multiplen Süchten“. Die Gruppe der Frauen mit Multiplen Süchten bildet die größte Untersuchungsgruppe. Die Daten der Anorexie-, der Bulimieklientinnen und zehn der Klientinnen mit Multiplen Süchten stammen aus einer empirischen Untersuchung aus dem Jahre 1994, die hier nun neu und unter einem konstruktivistischen Blickwinkel ausgewertet werden. Diese Datenerhebung wurde 1999/2000 durch die Angaben von 22 Klientinnen der Untersuchungsteilgruppe „Frauen mit Multiplen Süchten“ ergänzt.

³ Im Kapitel 7.1: „Die Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie“ werden diese Zielsetzungen spezifiziert.

⁴ In meiner Untersuchung spreche ich von "Klientinnen", da sich meine Studie auf weibliche Personen beschränkt.

Im empirischen Teil dieser Studie wird versucht, Antworten auf diese Fragen zu finden. Hierzu werden insbesondere die interaktionellen familiären Muster (aus Sicht der Klientinnen) analysiert. Bei dem hohen Komplexitätsgrad der angesprochenen Fragen können nur Teilaspekte und Grobstrukturen erfasst werden; es kann also kein Abbild der Wirklichkeit mit einem umfassenden Geltungsanspruch vorgelegt werden¹. Für solch eine Untersuchung einer umschriebenen Population werden „passende“ Methoden benötigt; d.h. vorhandene Untersuchungsmethoden müssen einerseits einem konstruktivistischen Ansatz entsprechen und andererseits für die empirische Untersuchung des komplexen Zusammenhangs von gesundheitsförderlichen und krankmachenden Phänomenen² in Familien und ihren Umwelten geeignet sein.

Um die genannten Fragestellungen zu beantworten, ist es notwendig, neben der Systemtheorie und der Familiensoziologie, Beiträge aus weiteren Wissenschaftsbereichen (z.B. Sozialisationstheorien, Lebenslauftheorien u.a.), in eine umfassende multiperspektivische Sichtweise einzubeziehen. Eine umfassende Beschreibung dieser Phänomene und die Integration einer Vielzahl von zu berücksichtigenden Dimensionen bedarf eines umfassenden erkenntnistheoretischen Ansatzes, der subjektive, mehrdimensionale Blickwinkel zulässt³.

Solch einen Ansatz bieten die Systemtheorien, die insbesondere auf erkenntnistheoretischen Grundlagen des Konstruktivismus beruhen. Im Rahmen dieser Einführung sollen einige grundlegende Aspekte dieser Ansätze skizziert werden:

¹ Die Frage nach den Ursachen eines Phänomens gehört nach VON FOERSTER (1992) zur Kategorie der prinzipiell unentscheidbaren Fragen.

² Die Phänomenologie geht von den Phänomenen aus, den Dingen, so wie sie sich dem Beobachter zeigen und was sie ihm bedeuten. Dabei wird davon ausgegangen (siehe PETZOLD 1993), dass das Verhalten stärker von der Art des Erfassens und von den Erfahrungen bestimmt ist, als durch eine definierte äußere "Wirklichkeit".

³ Auf der erkenntnistheoretischen Ebene wird in dieser Studie der Konstruktivismus von der Zeichentheorie (Semiotik) unterstützt. Diese Theorie wird in einem kurzen Abriss vorgestellt (siehe das Kap. 1.3: „Eine übergreifende Theorie der Zeichen“), da sich später vorgestellte komplexe Ansätze (siehe Kap. 4.5.2: „Vom Zeichen zum Symptom – der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll“ und 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung – Fritz B. Simon“) in ihren Grundlagen auf die Zeichentheorie beziehen.

Der Konstruktivismus beschäftigt sich mit dem „Beobachten“, der Konstruktion von „Wirklichkeit“ und dem Verhältnis zwischen Realität und subjektiver Konstruktion. Der Beobachter rückt in das Zentrum der Überlegungen. Für den Konstruktivismus ist Erkenntnis nichts Definitives, sondern etwas de facto Unabgeschlossenes und vom erkennenden Subjekt abhängiges. Erkenntnis wendet sich auf sich selbst zurück. Der Konstruktivismus gibt nicht vor, Abbilder der sozialen Wirklichkeiten zu schaffen. Es geht ihm darum, die sozialen Prozesse und Strukturen¹, die zur Erzeugung von Realitätskonstrukten führen, aufzuhellen bzw. zu modellieren. Die Überprüfungs-kriterien für so gewonnene Modelle sind ihre Problemlösungskapazität, die Konsistenz und die Verknüpfbarkeit mit Modellen und Ansätzen anderer wissenschaftlicher Disziplinen (HEJL 1992). Auch für den Konstruktivisten, so führt S.J. SCHMIDT (2001) aus, besteht empirische Forschung aus der kontrollierten Herstellung von „Fakten“, sodass es keine totale Differenz zwischen einer konstruktivistischen und anderen Methodologien gibt. Der Konstruktivist kann „herkömmliche“ Forschungsmethoden übernehmen, Allein die Ausgangsbedingungen und die Bewertungen der Ergebnisse sind im Konstruktivismus entschieden anders².

Die konstruktivistischen Annahmen bilden die Grundlagen der Überlegungen³ dieser Arbeit bei einer umfassenden Darstellung der Beziehungen zwischen Personen und Umwelten. Eng verknüpft mit dem Konstruktivismus ist die Theorie sozialer Systeme, wie sie von NIKLAS LUHMANN u.a. entwickelt wurden. Systemtheorien erheben nach WILLKE (1996) den Anspruch auf alle sozialwissenschaftlichen Fragen anwendbar zu sein und zu einer Änderung der Denkstruktur beizutragen. Sie beschreiben jenseits der Grenzen, die Wissenschaftssysteme setzen, die Kopplung der Systeme Person, Familie und die sie

¹ Der Begriff „Struktur“ bezeichnet in der Soziologie ein Beziehungsnetz von relativer Stabilität und Konstanz zwischen ausgewählten Elementen. Wesentlich ist, in welcher Ordnung und welchem Zusammenhang die Elemente zueinander stehen (NAVE-HERZ 1994).

² Siehe hierzu das Kapitel 7.2.1: „Der subjektorientierte Forschungsansatz“.

³ Dies bedeutet, dass wir in der Theoriebildung durch Vorselektion unseren Gegenstand strukturieren. Diese Auswahl darf jedoch nicht zufällig sein, sie muss durch eine theoretische Voranalyse geleitet werden, in der der Versuch unternommen wird, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Diese Arbeit geschieht in einem fortschreitenden Prozess, indem versucht wird, die Einzelaspekte der „Realität“ von Systemen zu erfassen, um zu einem möglichst umfassenden Bild zu kommen.

umgebenden Umwelten. Sie bieten zum Verständnis von lebenden Systemen eine Konzeption an, in der Erkenntnisse neu geordnet und bewertet und alte Widersprüche aufgelöst werden. Die Systemtheorie geht davon aus, dass auf jeder höheren Integrationsebene aus den Bestandteilen der jeweils nachgeordneten Integrationsebene neue Eigenschaften resultieren¹. Ein lebendes System ist durch die Fähigkeit charakterisiert, die Elemente, aus denen es besteht, selbst zu produzieren und zu reproduzieren (Autopoiese) und dadurch seine Einheit zu definieren. Systeme sind, dies soll nochmals betont werden, keine an sich existierenden Einheiten oder Objekte, sondern eine bestimmte Betrachtungsweise menschlicher Wirklichkeit.

Für den Konstruktivismus und die Systemtheorien ist bestimmend: Beobachtet und bewertet wird von einem Beobachter, der selbst Teil der Beobachtung ist. Dieser beobachtet immer selektiv auf dem Hintergrund von beschränkten Wahrnehmungsorganen und einer Lebensgeschichte, die auf einem individuellen Sozialisationsprozess gründet. Dieser subjektiv begrenzte Blickwinkel bestimmt, was wir sehen, beschreiben und interpretieren².

Die Systemtheorie hat sich besonders in der Beschreibung familiärer Zusammenhänge bewährt. Für die Familiensoziologie³ ist die Familie eines der ältesten und beständigsten Systeme, sie verbindet die Generationen miteinander und gründet sich auf den Geschlechts- und Generationsunterschieden ihrer Mitglieder. Familie

¹ Systemtheoretisch wird dieser Prozess als Emergenz bezeichnet.

² Im folgenden Kapitel wird daher erörtert, welche Unterscheidungen ein Beobachter bei der Betrachtung von „Wirklichkeit“ trifft, was als "Realität" bezeichnet wird und welche "Konstruktionen" gesetzt werden. Dies bedeutet auch im Umkehrschluß, es ist zu beachten, was wird an Unterschieden nicht wahrgenommen. Die „objektive Realität“ eines Beziehungsgeflechtes, eines Systems, ist immer eine reduziert erlebte, bzw. subjektiv wahrgenommene Wirklichkeit eines mehrere Ebenen umfassenden Systems.

³ Die Familiensoziologie ist ein Teilgebiet der Gesellschaftswissenschaften. Sie untersucht Strukturen und Funktionen der Familie in ihrer Abhängigkeit von gesellschaftlich-ökonomischen und -kulturellen Verhältnissen, sowie der historischen Entwicklung (siehe SIMON und STIERLIN 1984). Nach NAVE–HERZ (in einem Vortrag in der Universität Oldenburg am 20.4.1998) hat die Familiensoziologie insbesondere zwei Funktionen:

„1. Als Aufklärungswissenschaft hat die Familienforschung die Funktion ihren Gegenstand „Familie“ zu beschreiben.

2. Als „Steuerungs- und Planungswissenschaft“ hat die Familienforschung die Funktion eines „Frühwarn-Systems“ inne und dient durch ihre Analysen und Prognosen der Beratung anderer gesellschaftlicher Teilbereiche.“

ist ein Beziehungsgefüge von Personen mit gemeinsamer Geschichte, Gegenwart und Zukunft, deren Mitglieder durch Blutsverwandtschaft, Adoption oder Stiefelternschaft miteinander verbunden sein können und die einen intensiven wechselseitigen Austausch von Gefühlen, Verhaltensweisen und Informationen aufweisen. Zu einer Familie können demnach auch Personen gehören, die nicht im selben Haushalt¹ leben. Die Familie ist daher mit dem Kriterium „Zugehörigkeit zum Familienhaushalt“ nicht ausreichend definiert (siehe SIMON 1995a, MASSING, REICH und SPERLING 1992). Für die Unterscheidung, wer zur Familie gehört, sind auch subjektiv empfundene Bindungen und Bewertungen maßgebend².

Systemtheorien verstehen Familien als sich selbstorganisierende Systeme (VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997, ALBRECHT 1997). Ein Kind lernt diese soziale Einheit als erstes kennen und wird durch sie entscheidend geprägt. Sie beeinflusst wesentlich seine Persönlichkeitsentwicklung, sein Selbstbild, baut kognitive Strukturen und Gefühlsmuster auf und formt seine sozialen Rollen und Verhaltensmuster. Die Entwicklung der verschiedenen Formen³ der Familien ist abhängig vom Zeitgeschehen, den gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen und vom familiären Lebenszyklus⁴. Das Familiensystem hat die Aufgabe Werte und Normen zu vermitteln und prägt die Funktionstüchtigkeit⁵ des Individuums und der nachfolgenden Generationen.

¹ Zu den Großeltern bestehen oft, auch wenn sie nicht im Haushalt ihrer Kinder leben, vielfältige soziale und psychische Bindungen. Im Rahmen des Mehrgenerationenansatzes dieser Studie werden daher die Beziehungen zu den Großeltern in die Untersuchung einbezogen.

² In einem systemtheoretischen Ansatz lassen sich Systemgrenzen letztlich nur kommunikativ bestimmen (vgl. EUGSTER 2000). Auch die Frauen der Untersuchungspopulation dieser Studie haben unterschiedliche Ansichten darüber, wer zur Familie gehört.

³ Eine Übersicht über die verschiedenen Formen geben exemplarisch SIMON und STIERLIN (1984).

⁴ Da es keine Familien gibt, die sich zu hundert Prozent gleichen, können die in dieser Arbeit vorgestellten Typisierungen nur Idealtypen sein, mit deren Hilfe versucht wird, das Typische und Gemeinsame aus der Vielzahl von Formen herauszufiltern.

⁵ Familien sind funktionale Systeme, in denen die Individuen eindeutig definierte Positionen einnehmen. Neben den gesetzlichen Festlegungen der Rechte und Pflichten der Familienmitglieder sind es vor allem besondere Verhaltenserwartungen, die das Handeln von Eltern und Kindern im Familienzusammenhang regeln.

Der Rahmen neuerer¹ Systemtheorien läßt es zu, viele sozio-psychische Dimensionen, einschließlich der Mehrgenerationenperspektive², die für den für diese Untersuchung gewählten methodologischen Rahmen grundlegend ist, einzubeziehen. Eine solche umfassende Untersuchung des Systems Familie benötigt ein multiperspektivisches Modell³, welches die Beziehung zwischen Körper (Leib), Seele, Geist und Materie erfasst und deren Spaltung überwindet⁴. Für solch ein multitheoretisches Wissenschaftsverständnis (PETZOLD 1993) besteht die Notwendigkeit interdisziplinärer und transdisziplinärer⁵ Forschung, die sich bereits aus dem Problembezug der hier untersuchten Phänomene der „Essstörungen“ und der „Multiplen Süchte“, deren familiäre Hintergründe in dieser Studie untersucht werden sollen, ergibt.

Die Berücksichtigung medizinischer, soziologischer, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse im Rahmen einer Multidisziplinarität ist zudem erforderlich, um Erkenntnisfortschritte im Verständnis der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung solcher problematischer Phänomene zu erreichen. Der Erkenntnisgegenstand wird in diesem Prozess von den wissenschaftlichen

¹ Für den subjektorientierten Ansatz meiner Studie sind Erkenntnisse der sogenannte personen-zentrierten Systemtheorie (siehe das Kapitel 2.5.) aufzunehmen.

² Mehrgenerationenansätze legen den Schwerpunkt auf den Transfer von familiären Strukturen und Beziehungskonstellationen im Leben von mehreren Generationen.

³ Unter „Modell“ wird eine theoretische Konstruktion verstanden, die versucht, einer gegebenen Wirklichkeit so nahe wie möglich zu kommen, um diese zu erfassen, zu verstehen und zu erklären. Ein Modell reduziert die Komplexität, um neue Komplexität freizusetzen und Strukturen herauszuarbeiten, sie differenzieren und integrieren, ordnen und schaffen Verbindungen und Sinnzusammenhänge. Hierbei können immer nur Teilaspekte oder Grobstrukturen erfasst werden. Modelle sind geprägt durch erkenntnisleitende Interessen (PETZOLD 1992). Modellbildungen sind immer nur Zwischenschritte eines Erkenntnisprozesses.

⁴ Wirkliche Erkenntnisfortschritte ergeben sich für SIEGRIST (1998) nur aus einer disziplinübergreifenden theoriegeleiteten Zusammenarbeit.

⁵ PETZOLD (1993) unterscheidet: 1. die Monodisziplinarität (Ein Problem o. ä. wird von einer Disziplin mit ihren Erkenntnismöglichkeiten und –instrumenten untersucht), 2. die Multidisziplinarität (Hier wird ein Gegenstand von unterschiedlichen Disziplinen untersucht.), 3. die Interdisziplinarität, in der die Methoden einer Disziplin in den Bereich einer anderen übertragen werden und 4. die Transdisziplinarität, die auf das zentriert ist, was zwischen den Disziplinen geschieht und die Disziplinen „übersteigt“. Methodische und theoretische Mischansätze gehören inzwischen zu den Selbstverständlichkeiten in der Forschung (HURRELMANN 1991).

Disziplinen in unterschiedlicher Weise aus einem jeweils anderen Blickwinkel¹, beobachtet. (Das beobachtete Objekt erscheint dann so, als wäre es ein anderes Phänomen.) In diesem Zusammenhang interessiert, inwieweit konstruktivistische Ansätze für empirische Forschungen in den oben genannten Problemfeldern die Grundlage einer „viablen“ Methodologie sein können.

Die Notwendigkeit der Einbeziehung der angesprochenen verschiedenen Theorien, Blickwinkel und Ebenen in einer multiperspektivischen Sicht im Rahmen dieser Studie ergibt sich in erster Linie aus der Perspektive konstruktivistischer Ansätze bei der Betrachtung der umfassenden Problematik von Gesundheit² und Krankheit im Allgemeinen und den Essstörungen und der Multiplen Süchte im Besonderen. Zu ihrer multifaktoriellen Entwicklung tragen, so ist eine grundlegende Hypothese, intrapsychische Faktoren, soziale Systeme und körperliche Faktoren ebenso bei, wie soziokulturelle Faktoren. Multiperspektivisch meint also eine umfassende Sicht, in der jeweils unterschiedliche Blickwinkel verschiedenster Wissenschaften eingenommen werden.

Um sich den zu Beginn genannten Fragestellungen zu nähern, folgt diese Arbeit einem fortschreitenden Erkenntnisprozess. Sie ist so aufgebaut, dass im ersten Kapitel ein umfassender erkenntnistheoretischer Zugang eröffnet wird. Da wissenschaftliche Aussagen über Phänomene Beobachtungen eines Beobachters sind, ist zunächst die Position des Beobachters zu klären. Diese Position wird im Zusammenhang eines Diskurses über den Realismus und den Konstruktivismus gewonnen. Die Theorie der Zeichen (Semiotik) ergänzt die erkenntnistheoretischen Grundlagen.

Das zweite Kapitel: "Die Theorie sozialer Systeme" schließt an die Darstellung dieser Grundlagen an. Es wird erörtert, auf welche Art und Weise Systeme erkennen, bewerten und handeln. Im Rahmen der Systemtheorien wird die

¹ Eine Möglichkeit der fundamentalen Verbesserung der Interdisziplinarität liegt in einer fachübergreifenden Realwissenschaft, die das Verhältnis Mensch-Umwelt in der expliziten Einbezugnahme systemischen Denkens (TRETTER 2000) untersucht.

² In der Familiensoziologie ist unbestritten, dass Gesundheit eine der entscheidenden Variablen des Familienlebens ist und dass die familiäre Funktionstüchtigkeit Gesundheit und Krankheit der Familienmitglieder entscheidend beeinflusst (siehe GERHARDT 1991).

Stellung des Subjekts, des Leibes als soziales Phänomen und die Kopplung sozialer, psychischer und organischer Systeme diskutiert.

Im dritten Kapitel wird zunächst ein Überblick über die Familie als soziales, sich selbstorganisierendes System, gegeben, um dann auf das Sozialisationskonzept einzugehen. Anschließend wird in einem kurzen Abriß die Kontinuität und der Wandel der Familie seit der Nachkriegszeit skizziert, da davon ausgegangen wird, dass dieser Wandel zu dem häufigeren Auftreten von Essstörungen beiträgt. Im Anschluß werden Kriterien¹ einer Beurteilung der familiären Funktionstüchtigkeit vorgestellt, dabei werden im Rahmen der Mehrgenerationenperspektive schwerpunktmäßig Fragen nach den Beziehungen der Klientinnen zu ihren Eltern, Großeltern und Geschwistern behandelt. Diese Beziehungen werden in Interaktion mit den Konflikten und Kontakten zu den Umwelten der Familie gesehen².

Im vierten Kapitel wird umfassend die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit als ein soziales Phänomen diskutiert. Nach der Darstellung historischer Erklärungsansätze werden aus den Perspektiven verschiedener Wissenschaften Definitionen von Gesundheit und Krankheit erörtert. Die Darstellung von Stress-theorien ergänzt die Vorstellung unterschiedlicher Blickwinkel, sodass im Anschluß die „soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit“ zusammengefasst werden kann. Zum Abschluß dieses Kapitels werden mehrere komplexe systemische Erklärungsansätze der Entstehung von „Symptomen“ in sozialen Systemen vorgestellt.

Im fünften Kapitel erfolgt eine Einordnung des Untersuchungsgegenstandes "Essstörungen bei Frauen" in die theoretischen Überlegungen dieser Untersuchung. Da im empirischen Teil speziell das Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten untersucht wird, ist auch im Theorieteil auf diese Phänomene einzugehen. Die Formen der Essstörungen und ihre Konstruktion als eine

¹ Auf diese Kriterien wird in der empirischen Untersuchung erneut Bezug genommen.

² Um eine Analyse des Lebenszusammenhanges zu erstellen, ist es notwendig, neben der Familiensituation, weitere soziale Systeme wie Nachbarschaft, Schule und Freundeskreis einzubeziehen. Diese Systeme werden wiederum durch die Makroebene (allgemeine politische Situation) und die Supraebene (z. B. Zeitgeschichte) beeinflusst.

„Krankheit“ werden vorgestellt, es wird auf die weibliche Sozialisation im Rahmen des soziokulturellen Hintergrundes eingegangen und in einem Exkurs untersucht, wie die Konstituierung des sozialen Problems der Essstörungen und deren „soziale Karriere“ erfolgt. Anschließend wird der Suchtbegriff diskutiert, um dann auf dieser Grundlage die Einführung des Begriffs der Multiplen Süchte zu begründen. Zum Abschluß des Kapitels werden feministische, (psycho-)analytische, behavioristische und systemische Erklärungsansätze über die Entstehung von Essstörungen zusammengefasst, die als „Bausteine“ eines umfassenden Erklärungsansatzes zu betrachten sind.

Im sechsten Kapitel werden die bisher vorgestellten Ansätzen zu einem multiperspektivischen Ansatz von Krankheit und Gesundheit, einschließlich einer Analyse der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte zusammengeführt.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird im siebten Kapitel, nach einer Präzisierung der Fragestellungen und Ziele der Untersuchung, erörtert, wie sich der konstruktivistische Forschungsansatz im Rahmen einer subjektorientierten Forschung auf ein bestimmtes Problemfeld beziehen lässt. Nach einer Beschreibung der Stichprobe und der Rahmenbedingungen wird die angewandte Erhebungsmethode, die „Genografische Mehrebenenanalyse“, einschließlich der angewandten Fragebögen, vorgestellt.

Bei der Darstellung der Untersuchungsergebnisse im achten Kapitel liegen die Schwerpunkte auf den Bereichen: Beziehungen der Familienmitglieder, familiäre Struktureigenschaften, kritische Lebenssituationen der Familienmitglieder, auftretende Krankheiten der Familienmitglieder und die Esskultur in den Familien.

Zum Abschluß werden die empirischen Untersuchungsergebnisse in den hier entwickelten theoretischen Zusammenhang eingeordnet und in diesem Rahmen interpretiert. Im Anhang werden beispielhafte Genogramme und das Skript zur Erstellung des Genogramms.

TEIL A

1. Die erkenntnistheoretischen Grundlagen

In diesem Kapitel werden die erkenntnistheoretischen Grundlagen dieser Arbeit diskutiert. Mit der Erörterung des Konstruktivismus, speziell eines "Kritischen" (BRUNNER 1988 und MEHRGARDT 1995 - 1997), bzw. "Integrativen Konstruktivismus" (S.J. SCHMIDT 1998), wird zugleich der Boden für eine Theorie sozialer Systeme¹ und eine Grundlage für eine multiperspektivische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als soziale Konstruktion gebildet². Erörtert wird die Frage, wie Erkenntnisse über den Menschen, bzw. über seine „Wirklichkeit“, gewonnen werden. „Wirklichkeitserfahrungen“ erfolgen hierbei in einem komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozess zwischen Erkennenden (Beobachtern) und Erkanntem, also als Wechselwirkungen zweier Systeme (J. KRIZ 1999). In diesem Prozess wird das Wahrgenommene in einer Wendung auf das Soziale in gesellschaftliche Zusammenhänge gestellt, wobei Erkenntnis und Erkenntnisgewinn nicht wertfrei, sondern immer von „Erkenntnisinteressen“ bestimmt sind (siehe HABERMAS 1981 und PETZOLD 1993).

Zunächst wird in diesem Kapitel die Position des Beobachters betrachtet, um dann das Problem der Beschreibung von „Wirklichkeiten“ zu erörtern³. Im Anschluß wird kurz auf die erkenntnistheoretisch ebenfalls übergreifende Zeichentheorie (Semiotik) eingegangen. Diese bildet den Rahmen für die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als soziale Phänomene der systemtheoretischen Ansätze zur Entstehung von Symptomen, bzw. von Krankheiten, wie sie VON UEXKÜLL und SIMON entwickelten⁴.

¹ Siehe hierzu das Kapitel 2: „Die Theorie sozialer Systeme“.

² Siehe hierzu auch die Kapitel 4.4: „Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit“ und 6: „Der multiperspektivische Ansatz von Gesundheit und Krankheit“.

³ Siehe das Kapitel 1.2: „Realismus und Konstruktivismus“

⁴ Siehe das Kapitel 4.5.2: „Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll“ und das Kapitel 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung – Fritz B. Simon“.

1.1 Die Position des Beobachters

„Wenn alle Menschen statt der Augen grüne Gläser hätten, so würden sie urteilen müssen, die Gegenstände, welche sie dadurch erblicken, sind grün – und nie würden sie entscheiden können, ob ihr Auge ihnen die Dinge zeigt, wie sie sind, oder ob es nicht etwas zu ihnen hinzu tut, was nicht ihnen, sondern dem Auge gehört. So ist es mit dem Verstande. Wir können nicht entscheiden, ob das, was wir Wahrheit nennen, wahrhaftig Wahrheit ist oder ob es uns nur so scheint“.

HEINRICH VON KLEIST (Briefe 1964)

Um im Weiteren Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie beschreiben zu können, muss zunächst die Position des Beobachters geklärt werden.

Bereits EINSTEIN und HEISENBERG¹ zeigten, dass Beobachtungen „relativ“ sind und der Beobachter nur die Ergebnisse seiner Beobachtungen sieht². Beobachtung ist nach BATESON (1990, vgl. auch SIMON 1993), die Feststellung eines Unterschieds, der einen Unterschied macht. Bei der Bewertung von Beobachtungen ist auf die Form der Unterscheidung zu achten, die ein Beobachter verwendet (LUHMANN 1984). Elaborierte Kriterien werden in diesem Prozess benötigt, um aus den Unterschieden Bedeutungen abzuleiten.

Mit SIMON (1995a,b), der sich auf BROWN bezieht, sollen, um „Beobachtungen“ bestimmen zu können, die Operationen des Unterscheidens und Bezeichnens näher betrachtet werden: Bei einer Beobachtung handelt es sich um die Aktivität eines Beobachters, der eine doppelte Unterscheidung vollzieht. *„Ein erstes Phänomen in einem Bereich wird unterschieden ("1. Unterscheidung"), und ein zweites Phänomen wird als Zeichen ("2. Unterscheidung") für dieses erste Phänomen gesetzt. Beim Beobachten werden also zwei Unterscheidungen voll-*

¹ Nach der „sogenannten Unschärferelation“ (HEISENBERG) sind Ort und Impuls eines Teils nicht gleichzeitig meßbar. Die Letztelemente sind nicht genau bestimmbar (GROTH 1996).

² VON FOERSTER geht über diesen Standpunkt hinaus und zeigt, dass es Beobachtungen ohne einen Beobachter gar nicht gibt. Sein Postulat lautet. *„Die Umwelt, die wir wahrnehmen, ist unsere Erfindung.“* (1996, S. 26)

zogen und miteinander korreliert, wobei die eine als das Zeichen für die andere fungiert." (SIMON 1995b, S. 14) Ein Beobachter unterscheidet immer eine Grenze¹, durch welche ein Raum, Zustand oder Inhalt auf der Innenseite der Grenze von einem Raum, Zustand oder Inhalt auf der Außenseite der Grenze getrennt wird. Durch Unterscheidungen werden also Einheiten mit einer Innen- und Außenseite konstruiert. Ein „markierter“ Raum, Zustand oder Inhalt wird von einem „unmarkierten“ Raum, Zustand oder Inhalt unterschieden. Durch eine Bezeichnung wird immer nur eine Seite der Unterscheidung bezeichnet und die andere nicht. So beschreibt der Begriff „Stuhl“ den Stuhl und nicht seine Umgebung, seinen Kontext, in dem er steht. Bezeichnen heißt, den Gegenstand in Differenz zu allem anderen zu sehen (WILLKE 1996). Die Merkmale einer Unterscheidung, die einer unterschiedenen Einheit zugeschrieben werden, sind keine Elemente der Einheit, sondern ihres Kontextes (so ist z.B. der Gegenstand auf dem Stuhl kein Element der Einheit „Stuhl“, sondern dessen Kontextes)².

Erkennen und Beobachten resultieren, wie an diesem Beispiel deutlich wird, immer in einem relationalen, d.h. in einer Beziehung stehenden, in einem Kontext stattfindendem Prozess. Jedoch kann, wenn davon auszugehen ist, dass eine Trennung zwischen Beobachteten und Beobachter nicht durchzuführen ist, angegeben werden, unter welchen Umständen beobachtet wird, da Menschen die Welt sonst nicht verstehen könnten. Erkennen bedeutet in diesem Zusammenhang, wir konstruieren eine Bedeutung. Die Zuweisung von Ursache und Wirkung ist immer eine Interpunktion, die ein Beobachter vornimmt und damit Charakteristikum der Beschreibung, nicht jedoch des beobachteten Prozesses. Ursachen und Wirkungen stehen somit in einer unauflösbaren Wechselwirkung. Erkennen trifft auf einen bereits vorhandenen „Vor-Begriff, ein Vor-Verständnis, ein Vor-Urteil“ (MEHRGART 1995). Somit interagiert Erkennen³ immer mit sich selbst, ist gleich-

¹ Ein einfaches Beispiel wäre die Zeichnung eines Kreises oder eines Quadrates auf einem Blatt Papier als erster Schritt der Unterscheidung von Innen und Außen.

² Wenn eine Person keinen Begriff für ein Phänomen habe, „existiert“ dieser Gegenstand für diese Person nicht. Für einen anderen kann dieser Gegenstand existieren.

³ Als ein Beispiel nennt MEHRGART (1995) die Ansteckung mit einem Virus, der als ein Erkennungsvorgang verstanden werden kann, wenn eine Körperzelle einen passenden Virus „erkennt“.

zeitig ein Erkennen von Erkennen¹. Dieser Prozess wird als Selbstreferentialität² (Autopoiese) bezeichnet.

Beobachtung läßt sich unterteilen in Beobachtung erster und zweiter Ordnung (VON FOERSTER 1997, WATZLAWICK 1976, 2001). Die Beobachtung erster Ordnung ist die Beobachtung von Sachverhalten, faktischen Abläufen und von „unbezweifelbaren Tatsachen“. Aus den Ergebnissen verschiedener Bedeutungs-zuweisungen entsteht die „Beobachtung, bzw. Wirklichkeit zweiter Ordnung“. Dies ist die Ebene der Sinnzuschreibung und der unterschiedlichen Weltbetrachtung, die nicht objektiv und für alle Zeiten beschrieben und klar definiert werden kann. Aufgabe der Erkenntnistheorie ist Beobachtung zu beobachten (Beobachtung 2. Ordnung), indem sie sich nicht auf das „was“, sondern auf das „wie“ der Beobachtung erster Ordnung bezieht (BARALDI u.a. 1997). Es wird also beobachtet, wie ein Beobachter beobachtet³.

Jede Beobachtung benutzt die eigenen Unterscheidungen als „Code“ und erzeugt damit zugleich eine Grenze zwischen innen und außen (BARALDI u.a. 1997). Die sonst übliche Subjekt - Objekt Unterscheidung wird in diesem Ansatz durch die Operation der Beobachtung ersetzt. LUHMANN (1995) bezeichnet dies als „operativen Konstruktivismus“. Nach dieser Sichtweise arbeitet jedes System mit der Operation der „Schließung“: Ein System kommt mit den Umwelten nie direkt, sondern über eine „strukturelle Kopplung“ in Kontakt⁴. Dabei weist jedes System einen blinden Fleck auf, da es sich selbst nicht vollständig beobachten kann, es kann jedoch von einem weiteren Beobachter beobachtet werden, der diese Beschränkung, „den blinden Fleck“, sehen kann, da er einen anderen Blickwinkel einnimmt.

¹ Von MATURANA und VARELA (1987) wird Erkennen und Handeln gleichgesetzt.

² Selbstreferentialität besagt, dass Systeme sich auf den Ebenen ihrer Elemente, ihrer Strukturen und ihrer Einheit operationell selbst reproduzieren. Ein System kann von außen nicht determiniert werden. Die Operationen eines Systems sind zirkulär vernetzt, führen also auf sich selbst zurück. Die Operationen des Systems verweisen auf Operationen des Systems. Auf die Selbstreferentialität wird im zweiten Kapitel: „Die Theorie sozialer Systeme“ näher eingegangen.

³ GROTH (1996) hält auch dies für eine Beobachtung erster Ordnung, in der die Unterscheidungen der ersten Beobachtung unterschieden werden.

⁴ Dieser Vorgang wird im Kapitel 2.1.3: „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“ ausgeführt.

Eine weitere grundsätzliche Differenzierung des Beobachtungsprozesses¹ trifft SIMON (1995a). Der Autor unterscheidet Beobachtung in die Prozesse der Beschreibung, der Erklärung und der Bewertung. Unter „Beschreiben“ versteht er den Versuch einer interpretations- und bewertungsfreien Bezeichnung von Phänomenen. Im Idealfall handelt es sich um eine zunächst sinnfreie und dabei auch für sich allein sinnlose Datenerhebung. Solch eine Bewertungsfreiheit ist in der Alltagskommunikation so gut wie nie gegeben, da Begriffe² Konnotationen tragen, welche die benannten Daten gleichzeitig erklären und bewerten, ohne dass dies (in der Regel) reflektiert wird. Beschreiben heißt, sich ein sprachliches Bild eines Gegenstandes oder eines Ereignisses zu machen (WILLKE 1996). Beschreibung spricht die Ebene der Phänomene an, auf der die tatsächlichen oder möglichen Interaktionen und Relationen des Gegenstandes aufgezählt werden³. „Erklärung“ bezeichnet die Modellierung eines Mechanismus, der das beschriebene Phänomen produziert, bzw. produzieren könnte. Solche Erklärungsprinzipien sagen nicht immer viel über die beschriebenen Phänomene aus, sondern nur, dass ein sozialer Einigungsprozess stattgefunden hat, eine bestimmte Erklärung als gültig und verbindlich anzusehen. Die beschriebenen Phänomene sind de facto auch für alternative Erklärungen offen. Bei der „Bewertung“ urteilt der Beobachter nach seinen subjektiven Kriterien. Diese Kriterien (z.B. moralische, politische, ästhetische) leiten die individuelle und soziale Selektion des Verhaltens.

LUHMANN befreit die Beobachtung von „ontologischem Ballast“ (GROTH 1996), indem er, wie bereits ausgeführt, jede Beobachtung auf die eigene Operation zurückführt und die Art und Weise der Beobachtung als ausschlaggebend betrachtet. Auch LUHMANN misst so dem Beobachter eine hohe Bedeutung zu. Bei einer Beobachtung, hierauf verweist VON FOERSTER (1996), ist der Beginn

¹ Beobachter können ihre subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen als eine Art „innere Landkarte“ verstehen, an der sie sich orientieren. Mit dem Bild der Landkarte wird deutlich, dass nie im Maßstab 1 : 1 beobachtet werden kann und dass es wichtig ist, die Landkarte nicht mit dem zu beobachtenden Phänomen, hier die Landschaft, zu verwechseln.

² Begriffe sind nicht Realitäten der Dinge, sondern Realitäten im Verstande (BECKMANN 1981).

³ Bei einer Beschreibung mittels Sprache handelt es sich für SIMON (1995b) bereits um eine Beobachtung zweiter Ordnung.

kein Anfang, sondern genau genommen ein „Schon-begonnen-haben“, also ausschließlich eine Sequenz von Unterscheidungen und Bezeichnungen. Der Anfang ist demnach schon da¹ (VON FOERSTER 1996). Bei einem Erkenntnisprozess ist die Zuweisung von Ursache und Wirkung eine Interpunktion, die ein Beobachter vornimmt und damit ein Charakteristikum der Beschreibung, nicht jedoch des beobachteten Prozesses. Ursachen und Wirkungen stehen somit in einer unauflösbaren Wechselbeziehung.

Um zu erklären, wieso die Alltagswelt als eine „stabile Wirklichkeit“ (SIMON 1995a) erfahren wird, kann angenommen werden, dass Verhaltensweisen, die in der Alltagswelt vorkommen, eine höhere Wirklichkeitsentsprechung aufweisen, wenn diese Beschreibungen durch Andere in Kommunikationsprozessen bestätigt werden. Somit ist ein zentraler Punkt bei der Konstruktion von Wirklichkeit die Kommunikation.

Ein weiteres Beobachtungsproblem zeigt sich durch die Schwierigkeit, nur etwas beschreiben zu können (wie in dieser Studie Familien), was „äußerlich“ sichtbar ist (z.B. die Interaktionsmuster). Gedanken und Gefühle der Familienmitglieder können nur erfragt werden. Erkenntnisse des Beobachtungsprozesses können daher nur aus den Interaktionsmustern und den subjektiven Beschreibungen der Familienmitgliedern hergeleitet werden². Außerdem kann sich bereits die Beobachtungssituation durch die Anwesenheit des Beobachters „verändern“, also Beobachtung das Beobachtete verändern. In einem solchen zirkulären Prozess zwischen Beobachter und Objekt wird eine „neue Wirklichkeit geschaffen“ (siehe SIMON 1995a), bei der es sich dann um einen neuen Gegenstand handelt, wobei auch der Beobachter verändert wird.

Der Beobachtungsprozess wird erleichtert, wenn sich der Beobachter in eine „exzentrische Position“ (PETZOLD 1993) begibt und so tut, als ob er außerhalb seines Selbst stünde, um auf diese Weise auf sich und seine Kommunikations-

¹Es bleibt offen, ob „der Anfang“ einen Anstoß benötigt.

² Auf diese Problematik wird bei der Darstellung des Forschungsansatzes und der Güteprüfung dieser Studie näher eingegangen (siehe das Kap. 7.2.1: „Der subjektorientierte Forschungsansatz“ und das Kapitel 7.3.2: „Die Güteprüfung der qualitativen Forschungsinstrumente“).

partner zu schauen. Wenn er und sein Diskurspartner die Interaktionen und die Beziehungsgestaltung analysieren, können beide ihre subjektiven Innenperspektiven in gegenseitigen Identifikationen verstehen und sich durch die Einnahme der Außenperspektive auf eine konsensuelle Realität einigen (SIMON 1995a).

Diese Ausführungen über die Beobachtung haben grundlegende Bedeutung für die Beschreibung von Gesundheit und Krankheit. Im Rahmen dieser Untersuchung stellt sich die Frage, welche Prozesse, bzw. Zustände, als krank - nicht krank, bzw. gesund unterschieden werden. Diese Grenze wird von den Beobachtern gezogen. Macht ein Beobachter (z.B. der Untersucher oder ein Klient), Aussagen über einen Menschen, eine Familie oder ein anderes System, macht er gleichzeitig Aussagen über sein eigenes Verhalten. Der Untersuchende und das beobachtete System sind beides Bestandteile eines spezifischen Interaktionssystems, in dem das Verhalten des einen immer in „Ko-respondenz“ (PETZOLD 1993) mit dem Verhalten des anderen gesehen werden muss. Der Beobachter oder Forscher ist deshalb nie außenstehender Beobachter, sondern er produziert das mit, was er beobachtet.

Um Gesundheit und Krankheit systemtheoretisch zu beschreiben, ist es nicht nur notwendig, die Position des Beobachters zu diskutieren, sondern auch darzustellen, was vom Beobachter als Realität, als die Wirklichkeit und als eine Konstruktion verstanden wird. Dieses Spannungsverhältnis wird im nächsten Kapitel erörtert.

1.2 Realismus und Konstruktivismus

„Der Realist sagt: „Wir leben in einer Welt und nicht in zwei oder drei oder siebzehn.“

Der Konstruktivist sagt „Wir leben in einer von vielen Welten.“

Das „wir“ des Realisten ist universell: es umfasst die ganze Menschheit.

Das „wir“ des Konstruktivsten/Relativisten ist regional: es umfasst die Mitglieder einer Gemeinschaft unter mehreren, und eine davon mag sogar die Gemeinschaft der Realisten sein.“ JOSEF MITTERER (1999)

Wenn es, wie im letzten Kapitel ausgeführt, keine vom Beobachter unabhängige Wirklichkeit gibt, da wir die Wirklichkeit selbst konstruieren, stellt sich die Frage nach der unterscheidbaren Realität, bzw. die Frage: Was ist diese Welt noch, außer dass sie meine Vorstellung ist? In diesem Kapitel werden zur Beantwortung dieser Fragen zunächst verschiedene Aspekte des Konstruktivismus diskutiert und der „Radikale Konstruktivismus“ kritisch beleuchtet, um dann zu versuchen, die Denkweisen des „Realismus“ und des „Konstruktivismus“ zusammenzuführen.

Konstruktivismus und Realismus besetzen im erkenntnistheoretischen Spektrum gegensätzliche Positionen (MITTERER 1999). Die Bezeichnung Konstruktivismus ist ein Etikett für einen theoretischen Standpunkt und für eine Methode, mit der über Realität geredet, gedacht und betrachtet wird, d.h. wie Erkenntnisse gewonnen werden (DE SHAZER 1992). Es entspricht dem schon immer in der Epistemologie vorhandenen Grundkonzept, dass wir die Dinge nicht so erkennen, wie sie sind, sondern nur, wie sie uns erscheinen. Die Realität selbst ist unerkennbar (GRÖSSCHEN 1999).

Der Konstruktivismus gründet sich auf verschiedene Ansätze¹, die u.a. auf Ideen

¹ Der Konstruktivismus wird unterschiedlich differenziert: RUSTEMEYER (1999) unterscheidet die (neuro)biologische (MATURANA, VARELA), die informationstheoretische-kybernetische (WIENER, BATESON, VON FOERSTER), die psychologische (PIAGET, VON GLASERSFELD) und die soziologische Variante (LUHMANN). WESTMEYER (1999) unterscheidet den individuumbezogenen (KELLY), den Radikalen (VON GLASERSFELD, VON FOERSTER) und den Sozialen (GERGEN) Konstruktivismus.

der Psychologen VON GLASERSFELD und WATZLAWICK, des Physikers und Kybernetikers VON FOERSTER und der chilenischen Biologen und Erkenntnistheoretikern Maturana und Varela gründen. Gemeinsam ist diesen Autoren die Annahme, dass immer Konstruktionen eines Beobachters die Grundlage einer Erkenntnis sind. Grundannahme ist, dass die Welt, bzw. das, was wir für die Welt halten, nicht die Ursache unserer Wahrnehmung ist, sondern deren Resultat. Der traditionelle naturwissenschaftliche Ansatz, der vom Beobachter in der Position eines objektiven, neutralen, außenstehenden Beobachters ausgeht, der Fakten beschreibt, erweist sich demnach als eine Illusion. Der Konstruktivist versteht sich als ein „erkennendes Subjekt“, als mitwirkender Beobachter und ist somit Bestandteil und Gestalter der Selbstorganisation der Wirklichkeit¹. Wahrnehmen und erkennen sind für den (Radikalen) Konstruktivisten keine wirklichkeitsabbildenden Vorgänge, sondern ein „Erfinden“ (VON FOERSTER 1997), ein Erschaffen, d.h. ein Konstruieren von Wirklichkeit. Dabei gehen Maturana und Varela (1987) von der Gleichzeitigkeit des Hervorbringens von „Gestalt und Feld“ aus. Keine Unterscheidung oder Konstruktion kann für sich alleine stehen, sie steht immer in einem Kontext und muss in unsere Erfahrung passen. Realität ist demnach, im Sinne einer umgebenden physikalischen Realität - Anlass für die Wirklichkeitskonstruktionen (Gröne 1997). Wie diese Realität beschaffen ist, entzieht sich den Erkenntnismöglichkeiten, die weiteren Aussagen sind abhängig von unseren eigenen Konstruktionsleistungen. Was wir von unserer Umwelt wahrnehmen, darf nicht mit „der Realität“ verwechselt² werden. Wird dieses Erkenntnis gefolgt, können wir von der Wirklichkeit nicht wissen, wie „sie ist“ und die Frage, ob eine Wahrnehmung „falsch oder richtig ist oder ob sie stimmt“, verliert an Interesse. Es wird statt dessen gefragt, ob das, was wahrgenommen wird, „passt“, d.h. gangbar, brauchbar oder viabel³ (VON GLASERSFELD 1992) ist. Wahrnehmen, Erkennen und Verstehen sind subjektabhängige Prozesse.

Diese Subjektabhängigkeit bedeutet aber keine Beliebigkeit oder reiner Subjektivismus. Gerade weil wir nur einen subjektiven Zugang zur „Realität“ haben, sind

¹ Wirklichkeit wird als Resultat, nicht als das unabhängige Objekt von Beschreibungen verstanden (Rustemeyer 1999).

² Dies käme einer Verwechslung von Landkarte und Landschaft gleich (Simon 1995b).

³ Viabel nennt von Glasersfeld (1992) eine Handlungs- oder Denkweise, die an allen Hindernissen vorbei zum erwünschten Ziel führt.

wir auf die soziale Eingebundenheit, den Kontakt zu anderen Menschen angewiesen. Individuelle Wahrnehmung ist (im Sinne einer Konstruktion) nicht nur von anderen beeinflusst, sondern ohne andere gar nicht denkbar. Menschen sind darauf angewiesen, gemeinsam mit anderen, konsensuelle Wirklichkeitsmodelle, bzw. viable Erfahrungswirklichkeiten (GRÖNE 1997) auszuhandeln, die als Orientierungsrahmen dienen. Was „wirklich“ gilt, wird also mit anderen ausgehandelt. Wir leben so in einer Welt „relativer Wahrheiten“ (GRÖNE 1997), in dem „real“ nur unsere eigenen Modelle sind¹. Wenn wir die Alltagswirklichkeit als eine stabile Wirklichkeit erleben, entsteht dieser Eindruck dadurch, dass diese Alltagswirklichkeit durch andere Menschen in unserem sozialen Kontext fortlaufend bestätigt wird. Dinge, die nicht nur von uns, sondern auch von anderen wahrgenommen werden, gelten im Alltag wie in der Epistemologie als „real“. Individuen müssen ihre Verhaltensweisen und Wirklichkeitsmodelle so konstruieren, dass ein „operationaler Konsens“ (GRÖNE 1997) entsteht. Die intersubjektive Wiederholung von Erlebnissen schafft die „objektive Wirklichkeit“ (VON GLASERSFELD 1992).

Im Idealfall bewegt sich die Wirklichkeitskonstruktion in einem „Fließgleichgewicht“ (SIMON 1995a). Hierbei ist die Bedeutung eines Ereignisses für ein Individuum nicht allein bestimmend, jeder Mensch hat, wenn auch begrenzt, durch die "härtere Wirklichkeit" (SIMON 1995a) Wahlmöglichkeiten auf ein Ereignis zu reagieren. Dies bedeutet, dass der Umgang mit einem Ereignis ausschlaggebend. Auch wenn der Mensch Wahlmöglichkeiten hat, darf nicht vergessen werden, dass ihn eine Vielzahl vorgegebener Strukturen prägen. So kann ein Paar beispielsweise weitgehend aushandeln, wie die eheliche Rollenverteilung aussehen soll, dabei ist dieses jedoch z.B. von den Bedingungen der vorhandenen Arbeits- oder Kindergartenplätze abhängig.

Für den Radikalen Konstruktivismus (hier seien stellvertretend VON GLASERSFELD, WATZLAWICK und VON FOERSTER genannt) ist die Welt so, wie wir sie sehen, ein Konstrukt unserer Wahrnehmung, d.h. unseres Gehirns (G. ROTH 1994). Dabei geht der Radikale Konstruktivist davon aus, dass Wirklichkeit nicht

¹ „Wahrheit“ ist ein Geltungsanspruch, der sich auch für HABERMAS (1981) nur auf Sachverhalte bezieht und insofern nur diskursiv eingelöst werden kann.

entdeckt, sondern erfunden wird. Menschen „bauen“, bzw. „erfinden“ (VON FOERSTER) die Welt, in der sie leben. In der Konsequenz bedeutet dies, dass es keine objektiven Fakten, sondern nur subjektive Sichtweisen gibt. Wirklichkeit ist demnach nur das Ergebnis eines Kommunikationsprozesses, eines Übereinkommens darüber, was für wirklich gehalten wird. Das Fazit dieser Erkenntnistheorie¹ ist: Ob eine objektive Wirklichkeit existiert wissen wir nicht. Wir existieren nur durch die Welt, die wir uns geschaffen haben. Die Wirklichkeit rekonstruieren wir für uns. Wir legen uns die Welt so zurecht, wie wir sie gebrauchen können, sodass wir überleben können. Für den „Radikalen Konstruktivismus“ ist die Welt, wie wir sie wahrnehmen, nicht Ursache unserer Wahrnehmung, sondern deren Resultat. VON FOERSTER (1997) geht davon aus, dass die Sinnesorgane nicht ein Abbild der Wirklichkeit produzieren, sondern nur unspezifische Reize an das Gehirn weiterleiten. Aus diesen Erregungen wird die Wirklichkeit „errechnet“. Sozialität erscheint als eine wechselseitige Errechnung von Ich und Du (RUSTEMEYER 1999). In letzter Konsequenz² führt diese Sichtweise zur Auflösung des positivistischen Wissenschaftsbegriffs.

Jedoch erkennen radikalkonstruktivistische Forscher, wie VON FOERSTER (1997) und VON GLASERSFELD (1999) an, dass es außerhalb unserer kognitiven selbstgeschaffenen Wirklichkeit eine Realität, im Sinne einer uns umgebenden physikalischen Welt, gibt. Es entzieht sich jedoch unserer Erkenntnis, wie diese beschaffen ist, es lässt sich nur feststellen, dass es sie gibt. Alle weiteren Aussagen über die Realität ist für den „Radikalen Konstruktivsten“ abhängig von den eigenen Konstruktionen. Somit sind Beobachter und Beobachtetes nicht zu trennen, da das, was wir erkennen, damit verbunden ist, wie wir erkennen. Die Realität ist der Stimulus der Erkenntnis, aber nicht mehr. Alles andere wird zu einem Konstrukt. Dabei entsteht das, was wir als Wirklichkeit

¹ „Erkennen ist das Vornehmen von Unterscheidungen durch das erkennende Subjekt.“ (VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997, S. 87)

² Hierzu führen BARALDI u.a. aus: „Wenn einmal die Beziehung auf eine letzte Realität als Garant der Stabilität und Angemessenheit der Erkenntnis verworfen worden ist, kann man keinen neuen Fixpunkt mehr gewinnen, der endgültige Behauptungen ermöglicht. Es gibt keinen letzten Beobachter, der die Wahrheit kennt.“ (BARALDI u.a. 1997, S. 103)

bezeichnen¹, im Dialog. Nontriviale Systeme konstruieren gemeinsame Wirklichkeiten, indem sie sich im Konsens einigen, wie sie die Dinge sehen.

In der Auseinandersetzung mit radikalkonstruktivistischen Positionen² ist vor allem deren „antirealistische Orientierung“ bemängelt worden³. Dem „Radikalen Konstruktivismus“ wird vorgeworfen, dass durchaus „Realität und Objektivität“ vorhanden sind. Der Hauptvorwurf der „Realisten“, so MITTERER (1999), ist, dass der Konstruktivismus ohne Realismus nicht auskommen kann. BUCHHOLZ (1995) hält dem „Radikalen Konstruktivismus“ vor, zu einer Beliebigkeit zu führen, die in einem wissenschaftlichen Kontext unbrauchbar sei. Wenn Meinungs- und schon Beobachtungsunterschiede nicht mehr ausgefochten werden könnten, weil man sich bequem auf die immunisierende Position zurückziehe und meine, das Beschriebene sei lediglich eine eigene Wirklichkeitskonstruktion, habe dies verhängnisvolle pragmatische Wirkungen. Im Fall von Kontroversen bei der Beobachtung und der Interpretation würde der Dialog in der Regel sehr rasch beendet, im Fall der Übereinstimmung zweier Beobachter oder Interpreten würde der Dialog zwischen ihnen überflüssig, führt BUCHHOLZ aus. Um hier gegenzusteuern, schlägt er in Anlehnung an BATESON (1995) das Prinzip der doppelten Beschreibung vor, indem beispielsweise eine Familie unter verschiedenen Perspektiven beschrieben wird, die sich im Geist des Beobachters zu einer Einheit integrieren könnten⁴.

Im „Radikalen Konstruktivismus“ besteht das Defizit, so der Vorwurf von REICH (1998), die Intentionalität des Verständigens auf einen subjektiven Vorgang

¹ Bezeichnen heißt den „Gegenstand“ in Differenz zu allem anderen zu sehen.

² Siehe hierzu GRÖNE (1997), BARALDI u.a. (1997), VON FOERSTER (1997), S. J. SCHMIDT (1998), SIMON (1995, 2000), VON SCHLIPPE und SCHWEIZER (1997), RUSTEMEYER (1999).

³ VON GLASERSFELD (1999) geht auf diese Kritik ein. Er setzt Konstruktivismus nicht mit allumfassendem Relativismus gleich. Genau dies, auch wenn es ihm vorgeworfen werde (1999), bedeute es nicht, denn unsere Erlebniswirklichkeit kann von unserem kognitiven System nicht willkürlich verändert werden. Da ein Mensch mit seiner Wirklichkeitskonstruktion nie an ein Ende kommen werde, sie immer nur „viabel“, sein kann, muss er sich immer wieder, um sich abzusichern, in Kommunikationsprozessen vergewissern, dass seine vorgestellte Wirklichkeit geteilt wird, bzw. erklärbare Differenzen vorhanden sind.

⁴ BUCHHOLZ (1995) verweist auf das Beispiel von BATESON, nachdem Informationen des rechten und des linken Auges durch ihre Synthese „Tiefe“ erzeugen.

zurückzusetzen. Ein rein subjektiver Vorgang sei kulturell gar nicht in dieser reinen Form existent, da auch Konstruktivist*innen nie frei von Kultur, sozialen Voraussetzungen und den intentionalen Spannungen einer Lebenswelt sind. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass es neben der Konstruktion von Wirklichkeit die Realität selber als Wirklichkeitskomponente¹ gibt. Wir kommen nicht umhin, Normen und Werte zu setzen, um Positionen zu beziehen. Dabei drücken Wirklichkeitskonstrukte auch die Interessen von Beobachtern aus.

S.J. SCHMIDT² (1998) nimmt diese Kritik am „Radikalen Konstruktivismus“ auf, indem er die Entgegensetzung von Subjekt und Objekt ersetzt durch die operative (prozessuale) und temporäre Differenz System/Umwelt, wobei die Differenz nur in Beziehung zueinander bestimmt werden kann. *„Nur ein System, das diese Differenz plausibel „aufmachen“ kann, kann sich über diese Differenz selbst sinnvoll als System beobachten. Nur im Kontext einer Umwelt kann ein System operieren. Und nur wenn ein System hinreichend operativ geschlossen ist, um systemverträgliche Umweltkontakte selbst selektieren und verarbeiten zu können, kann es in einer Umwelt überleben.“* (SCHMIDT 1998, S. 32)

Auch LUHMANN (1997) grenzt sich vom „Radikalen Konstruktivismus“ ab. Er begreift Wirklichkeit (im „Operativen Konstruktivismus“) im wesentlichen als sinnhaft strukturierte und kommunikativ geformte Wirklichkeit. Systeme konstituieren eine Differenz zu ihrer Umwelt, indem sie Operationen der Unterscheidung und Bezeichnung herbeiführen, die sich rekursiv auf sich selbst beziehen³. Beim Konstruieren und beim Beobachten fließt das wahrgenommene Objekt erneut mit ein (rekursiver Prozess), das Ergebnis der Beobachtung wird zu ihrem Eingang

¹ G. ROTH fasst zusammen: *„Wenn ich aber annehme, dass die Wirklichkeit ein Konstrukt meines Gehirns ist, so bin ich gleichzeitig gezwungen, eine Welt anzunehmen, in der dieses Gehirn, der Konstrukteur, existiert.“* (1994, S. 288)

² Noch 1991 stellte S.J. SCHMIDT fest: Konstruktivist könne man nur ganz, nur radikal sein, radikalkonstruktivistische Positionen könnten mit realistischen Positionen nicht gemixt werden, denn der „Radikale Konstruktivismus“ liefere keine Möglichkeit, in einem korrespondenztheoretischen Sinne, zwischen Wahrheit oder Falschheit von Aussagen über die „Wirklichkeit“ zu unterscheiden. Er liefere auch keine Handhabe, die Wahrheit seiner eigenen Aussagen (in diesem realistischen erkenntnistheoretischen Sinne) festzustellen. Für den „Radikalen Konstruktivismus“ sei das ontische nicht existent, zumindest nicht relevant. Hier zeigt sich wohl zwischenzeitlich eine Entwicklung zu einem Kritischen Konstruktivismus, wie ihn BRUNNER (1988) und MEHRGARDT (1995) vertreten.

³ Hier bezieht sich LUHMANN (1997) auf BROWN UND VON FOERSTER.

(operationale Schließung). Durch die rekursive Anwendung einer Operation auf die Ergebnisse vorheriger Operationen führt der Konstruktivismus somit alle Ereignisse auf eine Beobachtung zurück. Demnach werden Beobachtungen beobachtet. Entscheidend ist die Erkenntnis, dass die Referenz auf Unterscheidungsoperationen liegt.

Ähnlich drückt es WILLKE (1996) aus, wenn er davon ausgeht, dass ein System sich operativ aus der Umwelt¹ ausschließt und sich beobachtend in sie einschließt, indem es die Differenz zur Umwelt als Unterscheidung von Selbstreferenz und Fremdreferenz der systemeigenen Beobachtung zugrunde legt. Für WILLKE ist diese systemtheoretische Erkenntnispraxis zugleich radikaler und gemäßiger, als der „Radikale Konstruktivismus“. Sie sei radikaler, indem sie, je nach Möglichkeit der Beobachtung, an ein operationsfähiges System anknüpft, da jede Beobachtung als Operation des beobachtenden Systems nach dessen idiosynkratischen Operationsregeln verläuft. Die Operationen eines Systems werden durch Anregungen und Verstörungen (Perturbationen) durch die Umwelt angeregt. Andererseits sei eine solche systemtheoretisch formulierte Erkenntnis gemäßiger, wenn sie problemlos von einer existierenden Außenwelt ausgeht, in der ein über das Aufnehmen von Differenzen kanalisierter Kontakt möglich ist. Alles, was an Operationen möglich ist, sind nach WILLKE, Operationen des Systems durch den selbstreferentiellen und geschlossenen Operationsmodus des Systems. In einem Trial-and-Error-Verfahren und Experimenten werden intern aufgebaute Annahmen auf ihre Brauchbarkeit, Umweltadäquanz und Umweltverträglichkeit geprüft. Insofern sei es sinnvoller, statt von Konstruktivismus von Experimentalismus zu sprechen, denn sowohl Organismen, wie in den meisten Fällen auch psychische und soziale Systeme, konstruieren nicht planvoll innere Realitäten, sondern sie bauen diese evolutionär in Serien von Experimenten auf. Folgt man diesem Ansatz, so ist nach WILLKE (ebenso BARALDI u. a. 1997) der

¹ BRÜHL (1989, S. 10) definiert „Umwelt“ als eine immer besondere Umwelt eines einzigartigen Systems. *„Diese Einzigartigkeit ist jedoch wiederum nur eine gedachte: denn Umwelt ist zugleich Umwelt von Systemen und das Bezugssystem ist zugleich Teil der Umwelt von anderen Systemen. Demnach kann das Verhältnis System-Umwelt auch als die Dialektik der Beziehungen zwischen Systemen gedacht werden, die ihre jeweilige empirische Ausprägung durch die historischen Zeit-Raum Bedingungen erhalten.“*

Ansatz des Operativen Konstruktivismus dem Ansatz des Radikalen Konstruktivismus vorzuziehen.

Einer der Hauptkritikpunkte am Konstruktivismus besteht in dem Vorwurf seiner Indifferenz gegenüber normativen Aspekten. So wirft LUHMANN (1997) VON FOERSTER und VARELA vor, aufgrund einer „Vereinfachung“, die Ethisierung moralischer Fragen auszublenden; REICH (1998) sieht im Konstruktivismus die Machtfrage¹ nicht berücksichtigt. LEVOLD (1993) kritisiert ebenfalls die Vernachlässigung der normativen Dimensionen. Er führt dies am Thema der Gewalt aus: Gewalt bedroht die Existenz, das Wohlergehen und die Freiheit von Menschen mit der ihr eigenen Brachialität. Um Einflüsse von Gewalt zu verhindern, reicht die Position des „Superbeobachters“ nicht aus. Diese Position ist eine soziale Fiktion. Indem wir über das Problem der Gewalt reden, sind wir bereits ein Teil des Problemsystems Gewalt. Bedeutungsgebende Konstrukte, die das Gewaltproblem in unserer Wahrnehmung und unserem Handeln strukturieren, manifestieren sich in Begriffen wie Macht, Kontrolle, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Sicherheit, Schutz, Gut/Böse, Schuld und Verantwortung. Gerade diese wirken aber als soziale Kriterien in Familien u.a. sozialen Systemen. Am Beispiel der Gewalt lässt sich zeigen, dass Realität nicht einfach dadurch verschwindet, dass man aufhört sie zu denken, man kann sie nicht wegdenken (LEVOLD 1993).

Ein weiteres Handicap des Konstruktivismus ist die Überbetonung kognitiver Aspekte und die Vernachlässigung der Affekte² und der Motivationsdynamik (siehe LEVOLD 1993). Die Frage, wie Lebewesen Informationen über ihre Umwelt erzeugen und sich orientieren, wird kognitivistisch verkürzt. Gefühle übernehmen von Beginn an zentrale Steuerungs- und Orientierungsfunktionen in der Koppelung von Systemen, unser Handeln ist immer komplizierten affektiv/kognitiven Regulationen unterworfen. Ein kognitionsorientiertes Modell kann die komplexe Verbindung von Denken, Fühlen und Handeln nicht befriedigend beschreiben. Als Konsequenz kann angenommen werden: Jede Wirklich-

¹ Hierauf wird im zweiten Kapitel: „Die Theorie sozialer Systeme“ näher eingegangen.

² Der Terminus Affekt dient als Oberbegriff für die in der Literatur uneinheitlich definierten Begriffe „Emotion“, „Gefühl“, „Stimmung“ u.a. (siehe CIOMPI 2000). Für CIOMPI sind Affekte umfassende qualitative psycho-physische Bestimmtheiten von unterschiedlicher Dauer, wobei der Grad des Bewußtseins unterschiedlich ist.

keitskonstruktion ist (auch) affektgesteuert. Immer wirken, so kann mit CIOMPI (1998¹) zusammengefasst werden, affektive und kognitive Komponenten zusammen.

Der "Kritische Konstruktivismus" (BRUNNER 1988 und MEHRGARDT 1996), bzw. der "Integrative Konstruktivismus" (S.J. SCHMIDT 1998) knüpfen an diese Kritikpunkte an. Diese nehmen zwischen dem Realismus und dem Radikalen Konstruktivismus Zwischenstellungen ein. Realität wird hier definiert als der Bereich konsensueller, im Miteinander hervorgebrachter Konstruktionen, die sich historisch in der Kultur verdichtet haben. Hierdurch wird eine pragmatisch relevante Konstruktion von Wirklichkeit erreicht, die sich in die Allgemeinheit von Kultur einordnet. Somit „glaubt“ der „Kritische Realist“, bzw. der „Kritische Konstruktivist“ (MEHRGARDT 1995 -1997), immer noch, trotz ihrer unmittelbaren Unzugänglichkeit, an die Existenz von Realität. Der Kritische Konstruktivismus nimmt an, dass sich die Bereiche Realität und Wirklichkeit wie ihre Konkretisierungen innen und außen, Körper/Seele, Subjekt und Objekt, Ich und Du dialektisch zueinander verhalten. Realität und Wirklichkeit sind „*unscharfe Begriffe*“ (MEHRHART 1996, S. 30), sie beinhalten keine topologisch feststehenden bzw. feststellbaren Grenzen.

Wie SIMON (1995a) ausführt, sind die entscheidenden Kategorien zur Beurteilung der Wirklichkeit nicht Wahrheit und Objektivität, sondern Konsens, Brauchbarkeit und Nützlichkeit. Eine heute nützliche Beschreibung der Wirklichkeit kann morgen nicht mehr sinnvoll sein; hier benötigen wir eine „Wirklichkeitsflexibilität“ (GRÖNE 1997). Um dem Vorwurf der Vernachlässigung ethischer Fragen entgegenzutreten beschäftigen sich in letzten Jahren konstruktivistische Autoren wie VON FOERSTER (1997) und MATURANA (2001) u.a. vermehrt mit diesem Thema. Beispielsweise formulieren VON SCHLIPPE und SCHWEITZER (1997) für eine systemische Theorie vier ethische Grundpositionen systemischen Handelns. Sie fordern dazu auf, den größeren Kontext und die vorgenommenen Definitionen und Bewertungen zu beachten, sich auf die eigene Verantwortung zu besinnen und in

¹ Mündliche Mitteilung auf dem Kongreß „Weisen der Welterzeugung. Die Wirklichkeit des Konstruktivismus II“ in Heidelberg (1998).

respektvoller Weise auf Unterschiede hinzuweisen¹. Für die Position eines Integrativen Konstruktivismus heißt dies: Wenn ethische Grundpositionen nicht mehr abgeschoben werden können an Instanzen wie „Objektivität“ oder „Wahrheit“ ist das eigene Handeln an immer wieder zu hinterfragenden Maßstäben zu messen, die mit der Ethik der Wertegemeinschaft abzugleichen sind. In einem solchen Diskurs muss auch erörtert werden, welche Konstruktionen in einer Wertegemeinschaft ethisch toleriert und als „nützlich“ erachtet² werden, denn nicht alle Konstruktionen können „akzeptiert“ werden, bloß weil es Konstruktionen sind (K. REICH 1998). Daraus folgt, nicht nur unsere Konstruktionen müssen von uns verantwortet werden, sondern auch die sich aus diesen ergebende Realitäten.

RITSCHER (1996) grenzt sich mit dem Begriff der Rekonstruktion ebenfalls vom Radikalen Konstruktivismus ab. Unter Rekonstruktion³ versteht RITSCHER die Erstellung von „Bildern“ sozialer Beziehungsereignisse eines anderen Menschen im Kopf des Beobachters. Dieses Bild ist nicht objektiv, da das beobachtete Verhalten durch Auswahl und Interpretation in ein für den Beobachter stimmiges Bild vom Anderen eingepasst wird, bzw. zur Herstellung (gleich Rekonstruktion) eines solchen Bildes geführt hat. Dieses Bild ist aber auch keine subjektive Neuerfindung des "Anderen", da trotz aller Auswahl ein Teil von dem „real existierenden Ich“ wahrgenommen wird. Erfahrung wird durch Auswahl, Reduktion und Interpretation in die intersubjektive Kommunikation eingebracht. Die entscheidenden subjektiven Komponenten innerhalb des Prozesses der Rekonstruktion von Wirklichkeit sind die eigenen Vorannahmen, bzw. „Vorurteile“. Durch einen „schöpferischen Akt“ (RITSCHER 1996) werden diese Erkenntnisse zu einer neuen Gestalt verknüpft. *„Erfahrung, Verhalten, und*

¹ 1. Denke und handle ökologisch valide (Oder: „Es gibt immer einen größeren Kontext.“)
² 2. Achte auf die Definitionen und Bewertungen, die du vornimmst (Oder: „es könnte auch ganz anders sein.“) 3. Besinne dich auf deine persönliche Verantwortung (Oder: „Es gibt kein Richtig oder Falsch, aber du bist Teil des Kontextes und alles was du sagst, hat Konsequenzen!“) 4. Achte darauf, in respektvoller Weise Unterschiede zu schaffen (Oder: „Füge dem Bild des/der Klienten etwas Neues hinzu.“) (S. 273)

² Offen bleibt die Frage, wer entscheidet, was „nützlich und brauchbar“ ist.

³ Ähnlich sieht dies DE SHAZER (1992). Er führt den Begriff der Dekonstruktion ein. Unter Dekonstruktion versteht der Autor den Interpretationsrahmen eines untersuchten Bedeutungssystems so zu zerlegen und das Interpretationssystem so in Frage zu stellen, dass die Annahmen, auf denen das Modell der Beobachtung basiert, aufgedeckt werden.

subjektive Rekonstruktion der Wirklichkeit sichern sowohl den Austausch mit, als auch die Abgrenzung von den systemischen Umwelten. Erst beides macht Subjektivität als Intersubjektivität möglich.“ (RITSCHER 1996, S. 231) Durch diesen Austausch verändern sich Subjekt und Umwelt, da jede auf die Umwelt bezogene Aktion auf das Subjekt selbst zurückwirkt und damit eine neue Assimilations- und Akkomodationsleistung nötig wird (Selbstreferenz). Die Umwelt ändert sich, weil jede Aktion des Subjekts in irgendeiner Form beantwortet werden muss, was wiederum eine Assimilation des Subjekts durch die Umwelten und ihre Akkomodation an das Subjekt erforderlich macht. Subjekt und Umwelt können demnach nur in gegenseitiger Bezogenheit wachsen (Ko-Evolution).

Individuelle Wahrnehmung im Sinne der oben angesprochenen Konstruktion von Wirklichkeit ist, wie bereits erwähnt, ohne den Bezug auf einen anderen nicht denkbar. Nur durch die soziale Eingebundenheit, den Kontakt zu anderen, ist Erkennen möglich. Da wir keinen eigenen Zugang zur Realität besitzen, sind wir darauf angewiesen, Realität, bzw. Wirklichkeit mit anderen auszuhandeln. Ohne Sozialisation und Kommunikation wäre ein Individuum nicht in der Lage, Vorstellungen von Objekten und über das eigene Ich zu entwickeln. In diesem Prozess konstruieren wir auch unsere eigene Biographie durch Kommunikation „neu“, wir verbinden Fakten der Geschichte, d.h. Realitäten, mit Wirklichkeitskonstruktionen. Erkennen vollzieht sich so immer vor dem Hintergrund historisch gewordenen Konventionen¹.

Diese Anmerkungen zeigen, dass es „den“ Konstruktivismus nicht gibt. Ein „reiner“ Konstruktivismus ist ebenso schwer zu finden, wie ein „reiner“ Realismus². Die Unterschiede gleichen sich an, wenn mit G. ROTH (1994) davon ausgegangen ist, dass die Wirklichkeit ein Konstrukt des Gehirns ist und man daher eine Welt annehmen muss, in der ein Konstrukteur existiert. Nur darf dieses Verhältnis nicht kausal gedacht werden: Realität bringt nicht die Wirklichkeit hervor. Für MITTERER (1999) ist der Realist in Wirklichkeit ein Konstruktivist und

¹ Siehe hierzu J. HABERMAS (1981), im zweiten Kapitel gehe ich auf die Kritik von HABERMAS an LUHMANN näher ein.

² Häufig werden Autoren, so MITTERER (1999), einer anderen Richtung zugerechnet als jener, der sie sich zugehörig fühlen.

der Konstruktivist ein Realist, da beide in ihrer gegenseitigen Kritik die jeweilige Position voraussetzen. MITTERER führt aus: *„In seiner Kritik universalisiert der Konstruktivist jedoch die eigenen Grundsätze zu Voraussetzungen, die auch für Realisten gelten. Er kann dem Realisten nicht zubilligen, dass er im Gegensatz zu ihm die Welt tatsächlich erkennt und also zu Recht Realist ist. Wenn die Welt zu 100% die Welt meiner Erfahrung und mein Erleben ist, wenn Wissen ausschließlich eine interne Konstruktion des menschlichen Subjekts ist, dann gilt dies auch für den Realisten, ob er dies wahr haben will oder nicht: Der Realist ist in Wirklichkeit ein Konstruktivist. Der Realismus wird so zu einem Sonderfall des Konstruktivismus, der versucht, seine Konstruktion der Wirklichkeit zu verabsolutieren, indem er sie mit der unabhängigen Realität gleichsetzt.“* (MITTERER a.a.O., S. 487)

Der Konstruktivismus kann zusammenfassend in seinen verschiedenen Formen als eine moderne Form einer interpretativen Soziologie angesehen werden. Er geht von zwei Prämissen aus: Wir können eine von uns als unabhängig gedachte Welt prinzipiell nicht erkennen und erzeugen die uns bekannte Welt mit Hilfe mentaler Operationen (FISCHER 2000). Der "Kritische Konstruktivismus" (BRUNNER 1988 und MEHRGARDT 1995-1997) und der "Integrative Konstruktivismus" (S.J. SCHMIDT 1998) sind in der Lage, vorhandene physiologische, psychologische und soziologische Erkenntnisse in eine konsistente Ordnung zu bringen. Hierbei beziehen sie sich metatheoretisch ausdrücklich selbst in die gesetzten Grundannahmen ein. Der Konstruktivist, so HEJL (1992) gibt nicht vor, Abbilder der sozialen Wirklichkeit anzubieten, statt dessen macht er Vorschläge zum sozialen Prozess der Erzeugung von Realitätskonstrukten. Der Konstruktivismus ist ein nützliches Konstrukt, wir brauchen jedoch auch Kriterien, nach denen wir entscheiden können, wann es ethisch nützlich ist, konstruktivistisch zu betrachten. Auch der Konstruktivist kann nicht für sich eine Beschreibung der Wahrheit in Anspruch nehmen, denn seine Theorie besagt ja, dass diese Wahrheit prinzipiell unergründlich ist (VON GLASERSFELD 1999). Jeder konstruiert die Wirklichkeit in Abhängigkeit von der Umwelt und in Abstimmung mit ihr. Sie ist nicht absolut und zeitlos gültig, sie ist geprägt durch den kulturellen und sozialen Kontext und die unterschiedlichen Begriffssysteme. Wirklichkeit ist das Ergebnis historischer Verdichtung. Der Operante und der Radikale Konstruk-

tivismus vernachlässigen die affektive Ebene. Diese Konzepte berücksichtigen nicht genügend, dass Kommunikation nicht nur durch Sprache und Kognitionen, sondern auch präverbal, leiblich¹ und symbolisch stattfindet. Diese Konzepte gehen zudem zu wenig auf die konkreten Lebensformen (K. REICH 1998) ein und berücksichtigen kaum die Konsequenzen der „harten“ Wirklichkeit auf die „weichere Wirklichkeit“ (SIMON 1995a).

Der in diesem Kapitel diskutierte Konstruktivismusbegriff bildet wie die im nächsten Kapitel vorgestellte Zeichentheorie eine erkenntnistheoretische Grundlage für eine Theorie sozialer Systeme. Der Konstruktivismus betont die Relevanz sprachlicher und kommunikativer Prozesse für die „*Erzeugung sozial geteilter Wirklichkeiten*“ (SCHIEPEK 1999, S. 40). Dieser Blickwinkel ermöglicht es auch, Phänomene aus dem Bereich Gesundheit und Krankheit als soziale Konstruktionen² zu verstehen. Aus Sicht des Konstruktivismus sind Gesundheit und Krankheit Merkmale der Beobachtung, nicht aber der zu beobachtenden Phänomene. Erst durch eine Unterscheidung, einer Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder sozialen System) d.h. durch Kommunikation, werden sie sozial festgelegt und zu einem „Symptom“. Ein Symptom bedarf der kommunikativen Validierung (SIMON 1995a) um als „Störung“ oder als „Krankheit“ anerkannt zu werden.

Aus dieser Perspektive sollen auch die in dieser Studie untersuchten Phänomene der Essstörungen und der Multiplen Süchte betrachtet werden. Hierzu wird im empirischen Teil eine Untersuchungsmethode benötigt, die einerseits solch eine Perspektive zulässt und andererseits zu empirisch aussagekräftigen Ergebnissen führt. Mit dem in dieser Studie vorgestellten subjektorientierten qualitativen Untersuchungsansatz³ soll sich diesem Anspruch angenähert werden.

¹ Im Kapitel 2.3: „Der Leib als soziales Phänomen“ wird dieser Zusammenhang ausgeführt.

² Siehe das Kapitel 4.4: „Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit“.

³ Siehe hierzu das Kapitel 7: „Fragestellungen, Forschungsansatz und Methoden der empirischen Studie“, insbesondere das Kapitel 7.2.1: „Der subjektorientierte Forschungsansatz“.

1.3 Eine übergreifende Theorie der Zeichen

„Immer gibt uns unser Erkennen.....nichts als Zeichen, niemals das Bezeichnete.“

MORITZ SCHLICK (Allgemeine Erkenntnislehre 1925)

THURE VON UEXKÜLL (1996) und FRITZ B. SIMON (1995, 2000) beziehen sich in ihren Erklärungsansätzen von Gesundheit und Krankheit neben konstruktivistischen Grundannahmen grundlegend auf die Zeichentheorie (Semiotik). Für das Verständnis der im späteren vorgestellten Erklärungsansätze von VON UEXKÜLL und SIMON¹ soll in diesem kurzen Kapitel mit der Darstellung einer „Theorie der Zeichen“ ein weiterer Erkenntnishintergrund eröffnet werden, der den konstruktivistischen Ansatz ergänzt.

Mit der Theorie der Zeichen wird eine übergreifende Theorie zum Verständnis von Prozessen in sozialen Systemen angeboten. Unter einem „Zeichen“ versteht man eine durch ein Signal bewirkten Wahrnehmungsinhalt, der über sich hinaus auf eine Ursache oder eine Bedeutung verweist. Bereits PLATON und ARISTOTELES beschäftigten sich in der Antike mit der Bedeutung von Zeichen, weitergeführt wurde dies in der „Neuzeit“ u.a. von LOCKE, LEIBNITZ, MEAD und SCHÜTZ².

Für ECO (1977) ist eine Zeichentheorie (semiotische Philosophie) eine Fundamentaltheorie, eine universale Wissenschaft, die sich grundsätzlich über alle Wissensgebiete³ erstreckt. Sie befasst sich mit allen Arten von Kommunikationen (Informationsaustausch) zwischen Menschen, zwischen „nichtmenschlichen“ Systemen und innerhalb von Organismen. Zeichen sind keine isolierten Phänomene, sondern sie sind „Zeichen zu“ oder „für etwas“ in einem Umfeld. Kulturen lassen sich so als „zeichengebend“ (SIMON 1995a) verstehen; dabei werden

¹ Siehe die Kapitel 4.5.2: „Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll“ und Kapitel 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung – Fritz B. Simon“.

² Zur Geschichte der Zeichentheorien siehe JUCHEM (1985).

³ Der Streit, ob es sich bei der Theorie der Zeichen um eine eigenständige Methode bzw. Wissenschaft oder eine Universalwissenschaft (LEIBNITZ) handelt, soll hier nicht geführt werden.

Zeichen auf verschiedenen Ebenen verortet; z.B. in der Medizin auf der Ebene des Körpers oder in der Psychoanalyse auf der Ebene des „Unbewußten“. In diesem Prozess benutzt ein Subjekt ein Zeichen und verweist auf ein bezeichnetes Objekt.

Der Gegenstand der Semiotik ist der Prozess der Semiosis, ein Unterscheidungsprozess, an deren Ursprung Semata (Zeichen) stehen. Zeichen sind Unterscheidungsmaße, sie geben Hinweise und gehen dabei nicht in dem auf, was sie repräsentieren. Einem Zeichen alleine kommt für sich keine Bedeutung zu; vielmehr sind innerhalb eines Systems alle Zeichen ausschließlich in Relation zueinander deutbar (MERSCH 1993). Zeichen sind keine empirischen Objekte, sondern sie haben die Funktion, „ein Zeigendes“ (ECO 1987) zu sein. (Wir erkennen keine Zeichen, sondern beispielsweise einen Stuhl, eine Tür oder anderes.) Daher kommt ihnen selbst keine Realität zu; jedes Zeichen wird vielmehr zu dem, was es ist, erst durch eine Zuschreibung. *„Konsequenterweise kehrt sich da allerdings auch das Verhältnis von Bezeichnung und Bedeutung um. Nicht die Bedeutung bestimmt die Bezeichnung, sondern der Sinn läßt das vom Zeichen Bezeichnete hervortreten – Sinn, der auf Sinn zurückgeht und Sinn erzeugt, der zu einer Geschichte gehört und neue Geschichten erfindet.“* (MERSCH, 1993, S. 95)¹

Wahrgenommenen Zeichen werden von Beobachtern Beschreibungen, Erklärungen und Bedeutungen, also Sinn zugewiesen. Dies wird im Sozialisationsprozess erlernt. Durch Zeichen können Regeln konstruiert werden, die selbst wieder als "Ordnungsparameter" (W.C. KRIZ 2000) menschlichen Verhaltens im sozialen Prozess wirken. Durch diesen interaktiven Prozess ermöglichen sie einerseits

¹ An zwei Beispielen soll der Sinn, der „neue Geschichten erfindet“ erläutert werden: Im Roman das „Foucaultsche Pendel“ konstruiert ECO (1989) eine Geschichte, die sich „verselbständigt“ und damit einen neuen Sinn und eine neue Geschichte erfindet. Vom Naturforscher GRZIMEK wird eine andere „Erfindung“ berichtet. GRZIMEK wollte den Naturtourismus in Afrika in den 60er Jahren anstoßen. Er verkündete in einer seiner beliebten Fernsehsendungen, es gäbe jetzt Pauschalreisen nach Ostafrika. In der Folgezeit riefen die Touristik-Unternehmen bei ihm an und wollten wissen, welcher Konkurrent dahinter steckte. GRZIMEK teilte jedoch nicht mit, dass er diese Nachricht frei erfunden hatte. Einige Wochen später gab es bereits solche Fernreisen wirklich. So konnte GRZIMEK durch eine Erfindung die Wirklichkeit anstoßen und die Nationalparks in Kenia und Tansania unterstützen (TAZ, 07.08.1999).

eine gewisse Berechenbarkeit sozialen Verhaltens. Andererseits dienen sie der Komplexitätsreduktion oder der Trivialisierung (VON FOERSTER 1997). Im Rahmen dieses Konstruktionsprozesses interpretiert kein Interpret ein Zeichen definitiv, vielmehr ist jeder Interpret selbst ein Zeichen und Teil einer Beobachtung. So erzeugt jede Interpretation weitere Zeichen¹, die wiederum darauf warten, interpretiert zu werden. Als Kriterium für die Existenz einer Realität nimmt VON UEXKÜLL (1996) das Prinzip der Rückmeldung an. Rückmeldungen informieren, ob eine Deutung als solche (Sinngesamt) in einem allgemein akzeptierten System von Zeichen verstanden wird und ob ein Verhalten zu einem Ziel führt.

Zeichensysteme, so kann zusammengefasst werden, schaffen eine gemeinsam geteilte und konstruierte Realität und haben daher die "Macht" bestimmte Handlungsmuster zu "erzeugen" (W.C. KRIZ 2000). Sie werden in einem interaktiven Konstruktionsprozess zwischen Subjekten durch Kommunikation und Handeln verwendet, um Informationen auszutauschen und um Sinn zu übermitteln.

¹ Wie dem Konstruktivismus, so stellt sich auch der Semiotik die Frage nach dem virtuell letzten Interpreten. Nach MERSCH enthält in der Semiotik jede Deutung die Möglichkeit einer Vermehrung von Komplexität und Information, wonach „*Verstehen immer heißt: Besser verstehen.*“ (MERSCH, 1993, S. 97) ECO (1987) verweist darauf, dass es, wenn es eine letzte Struktur geben sollte, man diese nicht definieren kann. Der Prozess der Semiose erweist sich als ein unendlich produzierendes Geschehen, das nirgends zu einem Abschluß kommt. Der Bezugspunkt einer Semiose ist bereits ein komplexer Diskurs, denn er führt zurück auf etwas, was bereits gedacht, geglaubt und gewußt wurde.

2. Die Theorie sozialer Systeme

"Jeder Satz, den ich schreibe, meint immer schon das Ganze, also immer wieder dasselbe und es sind gleichsam nur Ansichten eines Gegenstandes unter verschiedenen Winkeln betrachtet."

LUDWIG WITTGENSTEIN (1994)

Im vorigen Kapitel wurden mit der Erörterung des Konstruktivismus und der Semiotik erkenntnistheoretische Grundlagen, auf die sich eine Systemtheorie beziehen kann, vorgestellt. In diesem Kapitel wird das begriffliche Instrumentarium der Systemtheorie erschlossen (Kap. 2.1 „Prinzipien systemischen Denkens“) und die Stellung des Subjekts diskutiert (Kap. 2.2: „Die Personenzentrierte Systemtheorie“). Da die in dieser Arbeit untersuchten Phänomene der Essstörungen und der Multiplen Süchte auch Probleme auf der Leibebene aufweisen, wird explizit auf den Leib als ein soziales Phänomen eingegangen (Kap. 2.3: „Der Leib als soziales System“), bevor abschließend die Wechselbeziehungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Systemen problematisiert werden (Kap. 2.4: Soziale, psychische und organische Systeme und deren Wechselbeziehungen). Dieses Thema ist grundlegend für die Erörterung eines systemischen Ansatzes von Gesundheit und Krankheit.

2.1 Prinzipien systemischen Denkens

Systemisches Denken gründet auf der konstruktivistischen Erkenntnisposition, nach der wir die Realität über die Welt und ihre Phänomene konstruieren. Systemische Perspektiven gewinnen in den Sozial- und Humanwissenschaften bei der Erklärung psychischer und sozialer Phänomene zunehmend an Bedeutung. Begriffe wie „Selbstorganisation“, „Chaos“, „Kontingenz“ u.a. rücken in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit multidisziplinär angelegter Ansätze.

In diesem Kapitel (2.1.1 „Systemtheoretische Grundlagen“) werden grundlegend Prinzipien systemischen Denkens behandelt. Einer ersten Definition „sozialer Systeme“ schließt sich ein kurzer historischer Überblick an. Anschließend werden

in einem Unterkapitel die Komplexitätsbildung, bzw. –reduzierung erörtert,. Im Folgenden wird expliziter (Kapitel 2.1.2) auf „Triviale und Nicht-triviale Systeme“ eingegangen, um dann zentrale systemische Aspekte der „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“ (Kap.2.1.3) und von (2.1.4) „Kommunikation und Sinn“ zu behandeln.

2.1.1 Systemtheoretische Grundlagen

Der Begriff des Systems wird in verschiedenen Wissenschaften verwandt. In den Naturwissenschaften wurde entdeckt, wie in chemischen Prozessen „quasi von selbst“ neue Ordnungen, "diszipative Strukturen", entstehen. Mit der Chaostheorie und der Synergetik wurden in der Physik ähnliche Phänomene beschrieben¹. Nach diesen Erkenntnissen entwickeln Systeme unter bestimmten Randbedingungen aus sich heraus "selbst organisiert" neue Strukturen. Grundlegend für die neuere soziale Systemtheorie sind die Beiträge von LUHMANN und MATURANA.

Der Systembegriff beschreibt die Natur und Denkprozesse in Form von Regelkreismodellen bzw. Feedbackschleifen. Mit den "Systemwissenschaften" (W.C. KRIZ 2000) wird die Trennung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften überwunden (RITSCHER 1996). Systemtheoretischen Überlegungen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass ein System sich in seiner Ganzheit qualitativ neu und anders verhält, als die Summe seiner isoliert zu betrachtenden Elemente. Somit ist in einer allgemeinen Definition ein System eine aus irgendwelchen Elementen (materieller und geistiger Art) geordnete, zusammengesetzte Ganzheit (SIMON u. STIERLIN 1984). Systeme sind Gebilde, die aus verknüpften Elementen bestehen (LUDEWIG 1995), sie lassen sich nach LUHMANN (1984) unterscheiden in Maschinen, Organismen, psychische und soziale² Systeme.

Menschen leben in sozialen Systemen. Sie regeln das soziale Leben dadurch, dass sie untereinander Kontakte aufnehmen, anbieten, vermeiden oder ablehnen.

¹ Siehe hierzu KRIZ (1999).

² Die sozialen Systeme unterscheidet LUHMANN (1984) in Interaktionen, Organisationen und Gesellschaften.

Soziale Systeme sind komplexe Ausdrucksformen für Sinnzusammenhänge von Elementen, die von einem Beobachter als eine Einheit begriffen und von anderen Systemen unterschieden werden können. Systeme haben viele Möglichkeiten miteinander in Verbindung zu treten, dabei werden jeweils die präferiert, die in immer wiederkehrenden Interaktionsmustern auftreten, als Interaktionsmuster zu Beziehungsregeln werden und so ein begrenztes Beziehungsgeflecht für einen bestimmten Zeitraum konstituieren. Soziale Systeme lassen sich wiederum in Teilsysteme¹ untergliedern und differenzieren. Mit Hilfe verschiedener sozialer Medien werden ganz allgemein "Energien" und "Sinn" in Form von sozialem Handeln und Kommunikation ausgetauscht.

Ein System benötigt Grenzen, kein System kann außerhalb seiner Grenzen operieren (BARALDI u. a. 1997). Die Systemgrenze ist allgemein ein Kriterium, welches erlaubt zu unterscheiden, was Teil des Systems ist, so dass zur Systemumgebung alles zählt, was nicht Teil des Systems und nicht Systemgrenze ist. Dabei kann die Abgrenzung nicht immer strikt vorgenommen werden (Was ist z.B. die Grenze eines Sees? Ist es der Rand der Wasseroberfläche oder gehört ein Streifen des angrenzenden Landes dazu?) Der entscheidende Punkt bei der Definition einer Grenze ist das zu erklärende Problem, welches ein Beobachter auswählt, d.h. konstruiert. Auf das Individuum bezogen, sind diese soziologisch der Schnittpunkt oder „Berührungspunkt“ (HEJL 1992) eines Netzwerkes sozialer Systeme.

Nach diesem ersten Überblick soll die Geschichte der Systemtheorie kurz gestreift werden, um anschließend einige zentrale Aspekte aus einem historischen Verständnis heraus besser beschreiben zu können:

In der Biologie gilt VON BERTALANFFEY als der Begründer der allgemeinen Systemtheorie. Für ihn waren Systeme geordnete Gebilde jeder Art, seien dies nun Atome, biologische Zellen, Maschinen, soziale Gruppen oder Sternsysteme, bei denen es sich um eine Menge von Elementen im mathematischen Sinne, d.h. um definierte Teile handelt, zwischen denen Wechselbeziehungen bestehen.

¹ In der Familientheorie werden die Teilsysteme als Subsysteme bezeichnet.

Diese bilden eine bestimmte Ordnung, wobei die Elemente sich jeweils zu einer höheren Einheit im System verbinden.

Die Frühphase der Systemtheorie (1950 bis 1980) wird als Phase der Kybernetik¹ erster Ordnung bezeichnet. PARSONS betonte die (Binnen-) Differenzierung von Systemen und führte diese auf die allgemeine Unterscheidung von vier Systemfunktionen (AGIL² Schema) zurück. Die Strukturhaltung stand im Mittelpunkt seiner Überlegungen; die Sozialisation wurde theoretisch auf das Gleichgewicht in sozialen Systemen und in der Interaktion bezogen (SCHULZE u.a. 1989, SCHULZE und KÜNZLER 1991). Das Bestandserhaltungsproblem von Systemen wurde in den Dimensionen Zeit (Gegenwart, Zukunft) und Raum (innen und außen) rekonstruiert. In späteren Jahren rekonstruierte PARSONS soziale Systeme in Hinblick auf Bedingungen und Mechanismen ihrer Umweltverflochtenheit. Er thematisierte intersystemische Austauschvorgänge in ihrer Vermittlung durch Interaktionsmedien und Interpenetration. In der Konzentration auf interne Systemprozesse sieht WILLKE (1996) die Stärken und Schwächen dieses system-funktionalen Ansatzes. PARSONS berücksichtigte durchaus die Umweltbedingungen sozialer Systeme, doch bezog sich sein Bezugspunkt zu sehr auf die Erhaltung eines Systems unter variablen Umweltbedingungen.

Die Beschäftigung mit Theorien über Beobachter, die ein System beobachten, ca. ab 1980, gilt als die Kybernetik der Kybernetik oder als Kybernetik zweiter Ordnung. Die Kybernetik zweiter Ordnung bezieht die kybernetischen Prinzipien als Wissenschaftssystem auf die Kybernetik. Der Beobachter und seine Erkenntnismöglichkeiten werden als Teil des Systemkontextes mit einbezogen. Für VON FOERSTER (1996) ist jede Erkenntnistheorie, die einen Anspruch auf Geschlos-

¹ Kybernetik ist die Bezeichnung für die wissenschaftliche Beschäftigung mit selbst-regulierenden Systemen. Als eine Querwissenschaft untersucht sie die Wechselwirkungen zwischen komplexen Systemen oder Teilsystemen. Einen exemplarischen Überblick geben VON SCHLIPPE und SCHWEIZER (1997) und SCHIEPEK (1999).

² Abkürzung für eine Viererfeldtafel, in der die Begriffe adaption (Anpassung des Systems an die Umweltbedingungen und Fähigkeiten der Umwelt Ressourcen zu entnehmen), goal-attainment (Zielerreichung – Definition und Verwirklichung kollektiv verbindlicher Ziele), integration (Integration – Verknüpfung der Systemelemente zu einer Einheit durch komplementäre Handlungsmuster) und latency (Strukturhaltung und –neukonstitution) die vier Systemprobleme bezeichnen. PARSONS erhielt durch Kreuztabellierung vier systemuniverselle Funktionen, denen je ein Subsystem zugeordnet wurde.

senheit und Vollständigkeit erhebt, im Grunde eine kybernetische Theorie, da das zentrale Konzept die Zirkularität, die Rekursivität sei. VON SCHLIPPE und SCHWEIZER (1997) verweisen jedoch mit Recht darauf, dass auch Ansätze der Kybernetik erster Ordnung weiterhin von Bedeutung sind. So ist es z.B. durchaus hilfreich, Hierarchien, Koalitionen, Systemgrenzen und andere Phänomene in Familien zu beschreiben.

LUHMANN entwickelte für die Soziologie mit dem funktional-strukturellen Ansatz den system-funktionalen Ansatz von PARSONS weiter. Dieser Ansatz „*radikalisierte die funktionale Analyse*“ (WILLKE 1996, S. 6). LUHMANN (1984) fragte zunächst nach den Funktionen offener sozialer Systeme, nach dem Warum und dem Wie von Systembildung, der Grenzziehung zur Systemumwelt und der Komplexitätserhöhung durch funktionale Differenzierung. Mit der Übernahme des Autopoiese-Konzeptes, der von der Biologie her argumentierenden Systemtheoretiker Maturana und Varela, verlagerte sich LUHMANNs Interesse auf Fragen nach den Grundprozessen sozialer Systeme. In den Mittelpunkt seiner Forschungen rückten die Themen Beobachtung, Differenzierung, Kommunikation, Verknüpfung, Sinn sowie die Selbstreferenz. Aus einer Theorie offener Systeme wurde nun eine Theorie selbstreferentieller Systeme¹.

LUHMANN versuchte zu beobachten, wie Systeme beobachten. Damit dies überhaupt möglich sein konnte, musste er mit einer ontologischen Setzung beginnen, nämlich, „*dass es Systeme gibt*“ (1984, S. 30). Somit sind Systeme weder analytische Konstruktionen, noch Modelle, sondern objektive Bestandteile der Realität. Hierauf aufbauend definiert WILLKE (1993, S. 282) Systeme als „*einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehung untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehung zu anderen Elementen. Diese Unterschiedlichkeit der Beziehung konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt des Systems trennt*“.

¹ VON FORESTER (1996) verweist auf einen noch unentschiedenen Streit, ob neben neuronalen, molekularen, zellulären, psychischen und sozialen Systemen auch kognitive Systeme beschrieben werden können.

Systeme können als Konstrukte menschlicher Erkenntnis, als Folgen der zirkulären Bewegung von Beobachten und Denken (LUDEWIG 1995) betrachtet werden. Für LUDEWIG liegen Konzepte der Kybernetik, Synergetik, Selbstorganisation, Selbstreferenz und des (Radikalen) Konstruktivismus im Umfeld des Begriffs System. Sie variieren ein Thema. Gemeinsam ist diesen Theorien, dass systemisch denken heißt, sich auf Systeme zu konzentrieren und dass Aussagen aus der Perspektive eines Beobachters gemacht werden. Ist ein System durch eine Unterscheidung des Beobachters erkennbar geworden, kann es als selbstreferenziell betrachtet werden. Solche Vernetzungen von interagierenden Größen¹ sind in unserer Realität überall, z.B. im Zentralnervensystem, der Wirtschaft, im Verhalten von Menschen, Familien, Gruppen, zu finden.

Nach diesem Überblick soll differenzierter erörtert werden, wie Strukturen in lebenden Systemen aufrechterhalten werden und wie eine Komplexitätsbildung, bzw. –reduzierung möglich ist.

Lebende Systeme müssen im Gegensatz zu statischen Systemen ihre Strukturen aktiv aufrechterhalten. Ein Kennzeichen lebendiger Systeme ist ihre Dynamik und Prozesshaftigkeit. Lebende Systeme entwickeln sich beständig, sie bewahren ihre Formen, Eigenschaften und Verhaltensweisen nur, wenn sie aktiv aufrecht erhalten werden. Auch Beständigkeit und Mangel an Veränderung bedürfen einer Aktivität, denn alles verändert sich, es sei denn, irgendwer, oder was sorgt dafür, dass es bleibt wie es ist² (SIMON 1995) Beispielsweise sorgt im Körper das Funktionieren der körperlichen Strukturen dafür, dass das System „Körper“ erhalten bleibt (Autopoiese).

Zur Beschreibung dieser Prozesse greift LUHMANN (1984) in seiner Systemtheorie auf die Begriffe Komplexität und Kontingenz zurück. Als komplex bezeichnet er eine zusammenhängende Menge von Elementen, wenn auf Grund systemimmanenter Beschränkungen der Verknüpfungskapazität der Elemente nicht mehr

¹ Besonders die Chaosforschung zeigt die Unberechenbarkeit von Phänomenen. Im Kapitel 2.1.3: „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“ wird hierauf näher eingegangen.

² Selbst wenn jemand versucht, dafür zu sorgen, dass „es bleibt wie es ist“, entsteht Aktivität (persönliche Anmerkung von BRÜHL, Dez. 2000).

jedes Element jederzeit mit jedem verknüpft sein kann. Komplexität bezeichnet für WILLKE (1996) den Grad der Vielschichtigkeit, der Vernetzung und Folgelastigkeit eines Entscheidungsfeldes. Komplexität beinhaltet in der Folge einen Selektions- und Unterscheidungszwang¹. Kontingenz hingegen beinhaltet die nicht vorab festgelegten Handlungs- bzw. Verhaltensmöglichkeiten der Systeme. Der Begriff der Kontingenz bezieht sich auf die einem System in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehenden Operationsalternativen und bezeichnet das Maß an Freiheitsgraden der Selbststeuerung (WILLKE 1996). Kontingenz beinhaltet die Möglichkeit, dass etwas auch anders als erwartet ausfallen könnte. Jedes psychische und soziale System erfährt die Kontingenz anderer Systeme als ein Problem mangelnder Erwartungssicherheit; die eigene Kontingenz dagegen erfährt das System als Freiheitsgrade und Alternativspielraum². Dies bedeutet, dass Menschen im Prinzip die Möglichkeit besitzen, unvorhergesehen, offen, variabel, also kontingent zu handeln und ebenso kontingent zu reagieren³.

Bereits PARSONS führte für diese Zusammenhänge den Begriff der „doppelten Kontingenz“ ein, der beinhaltet, dass sowohl Ego, als auch Alter⁴ nicht von vorne herein festgelegte Handlungsmöglichkeiten besitzen. Jedes System bestimmt das eigene Verhalten durch komplexe selbstreferentielle Operationen innerhalb der Systemgrenzen und versucht durch Handeln andere Systeme zu beeinflussen. Da die Selektionskriterien nicht von außen beobachtet werden können, ist jedes System für ein anderes eine „black box“. Durch das Feedback eines anderen Systems entwickelt sich eine weitere Operation. Dieser Prozess setzt sich in

¹ Es sei noch darauf hingewiesen, dass die Reduzierung von Alternativen (z.B. in der Sozialisation) dazu dient, Sicherheit in der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu schaffen. Diese „Trivialisierung“ (VON FOERSTER) ermöglicht erst die Kalkulierbarkeit der Kommunikation. Ein Mensch oder ein System werden durch entsprechende Rückkopplungen „berechenbarer“, wenn sich immer wieder ähnliche Kommunikationen anschließen.

² BARALDI u.a. (1998, S. 37) führen dies an einem Beispiel aus: *„Der Begriff der Kontingenz bestimmt ein Datum mit Bezug auf die möglichen Alternativen: er bezeichnet den Sachverhalt, dass das, was aktuell (also nicht möglich) ist, auch anders möglich (also nicht notwendig) ist. Mit Kontingenz wird also die Möglichkeit bezeichnet, dass ein Datum anders ist, als es ist.“*

³ BRÜHL (1989) bezieht die Kontingenz auf den historischen Prozess und verweist darauf, dass die sichtbaren Möglichkeiten z.T. bereits historisch vergangen sind und nur durch Restauration bereits abgestorbener oder im Absterben begriffener Systeme oder durch Aufbau neuartiger Systeme als Möglichkeiten wiederhergestellt werden können.

⁴ Modellhaft treten sich zwei unbekannte Personen gegenüber, die hier „Alter“ und „Ego“ genannt werden.

rekursiven Schleifen fort. Auf diese Weise und durch die Komplexibilität der Systeme kann eine neue emergente Ordnung entstehen. Sieht man von dem Fall einer vollkommenen Zerstörung ab, kann ein anderes System nicht berechnet und kontrolliert werden. Durch diese „doppelte Kontingenz“ entsteht ein neuer selbst-referenzieller Zirkel, der eine neue Ordnung darstellt, die sich nicht auf eines der beteiligten Systeme reduzieren läßt (LUHMANN 1984).

Eine Möglichkeit, Komplexität zu reduzieren, ist die Bildung von Teilsystemen, bzw. von Subsystemen. Am Beispiel Familie lassen sich Subsysteme von sozialen Systemen gut darstellen: Ehepartner, Großeltern und Kinder stellen für das System Familie Subsysteme dar. Gleichzeitig kann das System Familie Subsystem zum Verwandtschaftssystem sein.

Eine andere Möglichkeit der Komplexitätsreduktion sind Identitätsbildungen. Sie ermöglichen die Abgrenzung gegenüber der Umwelt und regulieren die kommunikative Abschottung oder die Anschlußbereitschaft eines Systems. Die Grenzen können verschieden durchlässig sein. In sozialen Systemen drücken Grenzen Vereinbarungen aus, wer oder was zu einem System dazugehören oder nicht dazugehören soll. Im Zusammenhang mit dem Schwerpunktthema dieser Arbeit wird zu definieren sein, was die Familie ausmacht und wer zur Familie dazugehört. Rechnet man beispielsweise die Großmutter zu einer Familie hinzu, könnte vom Modell einer Mehrgenerationenfamilie ausgegangen werden. Wird die alleinerziehende Mutter und ihre Kinder betrachtet, kann sie in einem normativen Sinn als eine „unvollständige“ Familie angesehen werden. An diesen Beispielen wird deutlich, wie bedeutsam Grenzziehungen sind, sie schaffen Sinn und tragen zur Identitätsbildung bei.

Abschließend kann zusammengefasst werden: Systeme werden konstituiert, indem ein Beobachter einen Unterschied zwischen den Elementen konstruiert und eine Grenze zwischen innen (im System) und außen (in der Umwelt) zieht, die gleichzeitig System und Umwelt miteinander verbindet. Ein System ist das, was „zusammensteht“ (VON FOERSTER 1997). Systeme sind keine an sich existierenden Einheiten oder Objekte, sondern sie sind eine bestimmte Betrachtungsweise menschlicher Wirklichkeit (WELTER-ENDERLIN 1999). Somit ist vom

Beobachter abhängig, was von ihm als zusammenstehend definiert wird. Wendet sich ein Mitglied einer Gruppe oder einer Familie an ein anderes, wendet es sich gleichzeitig auch an die weiteren Mitglieder. *„Operationell kann man daher alle Beteiligten dieser Gruppe in einen einzigen Operator zusammenfassen, der mit sich selber kommuniziert, d.h. jede Ausgabe innerhalb des Systems ist eine Eingabe: die Operationen in einem geschlossenen System sind rekursiv.“* (VON FOERSTER 1997, S. 43) Systeme sind eine Bezeichnung für einen Sinnzusammenhang von Elementen, die als Einheit begriffen und von anderen Einheiten der Umwelt unterschieden werden können. Sie können in lebende und nicht lebende (z.B. ein Auto als eine Maschine) Systeme unterschieden werden. Für lebende Systemen gilt, dass sich alles verändert; „es ist alles im Fluß“.

Die Modelle der Kybernetik und der Systemtheorie gründen sich nicht auf herkömmliche Ursache – Wirkungsbeziehungen. Sie ermöglichen es, logische Verknüpfungen zu beschreiben, indem eine Ganzheit betrachtet wird, deren Elemente in einem Netzwerk von Wechselbeziehungen miteinander verbunden sind, in dem jedes die Bedingungen aller anderen beeinflusst (SIMON 1995a). Gleichzeitig ist ein System in eine Umwelt eingebunden. Es besteht aus Subsystemen, die mit anderen Systemen in Beziehung stehen und ist als Subsystem Teil eines ihm übergeordneten noch größeren Systems. Diese Logik der Systemtheorie fällt mit dem „letzten großem“ System, das per Definition keine Grenze hat. Um in der Realität sinnvoll, d.h. in diesem Zusammenhang „nützlich“ handeln zu können, wird ontologisch vom Vorhandensein eines Systems ausgegangen.

2.2 Triviale und Nicht-triviale Systeme

Grundlegend für die Systemtheorie ist die Unterscheidung zwischen sogenannten „trivialen“ und „nicht-trivialen Maschinen“¹ (VON FOERSTER 1997). „Triviale Maschinen“ sind analytisch bestimmbar, vergangenheitsunabhängig und voraus sagbar, sie reagieren immer auf die gleiche Art, d.h. wir wissen, was wir erwarten können. Nach VON FOERSTER (1997) sind „triviale Maschinen“ für den Beo-

¹ Mit dem Begriff der Maschine ist nach VON FOERSTER eine begriffliche Struktur gemeint.

bachter durchschaubar und für ihn, wenn er ausreichende Kompetenz besitzt und immer alle Informationen verfügbar sind, steuerbar. Der Operator dieser Maschine arbeitet stereotyp nach dem Programm der mechanischen Kausalität. Er konstruiert aus jedem Input (Einwirkungspunkt) eine mechanische Ursache und jeden Output als mechanische Wirkung (WIRSCHING, HUBER u. VON UEXKÜLL 2000).

In einer Abbildung soll dieser Zusammenhang verdeutlicht werden:

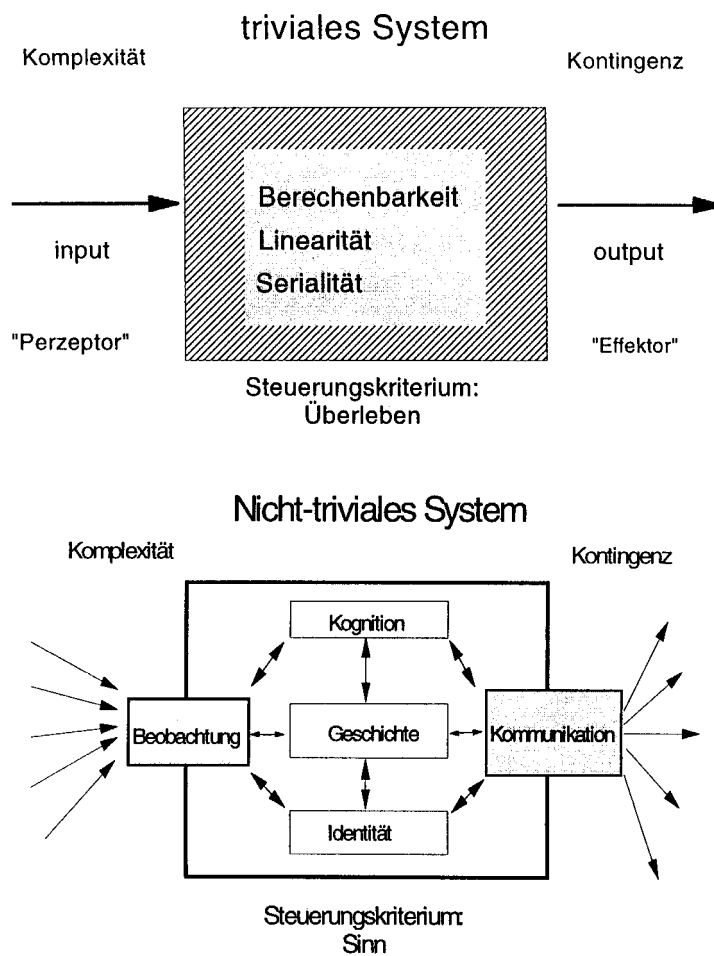


Abb. Nr. 1: Triviale und nicht-triviale Systeme (modifiziert nach VON FOERSTER 1997 und WILLKE 1996)

„Nicht-triviale Maschinen“ hingegen sind analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und unvoraussagbar. Da der innere Zustand mit dem Operator gekoppelt ist, ändert sich nach jedem Arbeitsgang sein Programm, es folgt auf dem gleichen Input ein anderer Output. Lebende Systeme sind „nicht-triviale

Maschinen“, sie zeichnen sich durch Autonomie und Eigengesetzlichkeit aus. „Nicht-triviale Maschinen“, von WILLKE „Nicht-triviale Systeme“ genannt, sind in einem ständigen Wechsel (Prozess) und weisen Eigendynamiken auf, die sich einer Steuerung von außen entziehen. Durch die Nichtberechenbarkeit der nicht-trivialen Systemen ist die Annahme einer kausalen Ursache – Wirkung – Denkens unhaltbar. In solchen Systemen gibt es eine nicht zu überschauende potentielle Komplexität.

Individuen und andere soziale Systeme sind nicht-triviale Systeme (VON FOERSTER 1997, WILLKE 1996), sie sind auf Sinn basierende und Sinn konstituierende Systeme. Solche komplexen Systeme zeichnen sich durch die Zirkularität ihrer Operationsweisen aus, d.h., dass die wesentlichen Prozesse, die die Dynamik und das Verhalten der Systeme bestimmen, im Inneren des Systems und aufgrund der eigenen autonomen Steuerungslogik ablaufen. Dieser Prozess wird als "operative Geschlossenheit" bezeichnet. Aufgrund dessen kann sich das System selektiv gegenüber seiner Umwelt öffnen und einen Bezug herstellen. Das Innere des Systems bildet spezifische kognitive, semantische und soziale Strukturen, die in ihrem Zusammenspiel bestimmen, welche Kommunikationen, Handlungen, Erwartungen und Entscheidungen als relevant betrachtet und gewählt werden (WILLKE 1996). Als ein zentrales Element der Organisation¹ wird die Kommunikation betrachtet. Für WILLKE ist ein Begreifen und Beeinflussen eines Systems nur möglich, indem durch die Personen „hindurch gesehen“ (a.a.O., S. 36) wird auf die hinter ihnen sich verbergenden Kommunikationsstrukturen und Regeln. Immer sind „Personen“ als Bewußtseinssysteme an der strukturellen Koppelung² beteiligt.

Den Unterschied zwischen statischen (meist trivialen) und lebenden – nicht trivialen - Systemen erläutert SIMON (1991) an einem Beispiel. Erhält ein statisches System, wie ein Auto, durch eine von außen kommende Kraft eine Beule, so läßt sich diese durch die Aktivität eines Gummihammers wieder beseitigen. Ohne dieses Tun wäre die Beule geblieben. Das System Auto bleibt bei einer

¹ Die Organisation stellt das übergeordnete Prinzip dar, nach dem die Mitglieder eines zuvor definierten Systems interagieren (LINDEMANN und VOSSLER 1999).

² Auf die strukturelle Kopplung wird im Weiteren näher eingegangen.

Reparatur passiv. Läuft ein Mensch, ein lebendes System, gegen einen Schrank und holt sich eine Beule, so verschwindet diese nach einigen Tagen von „allein“. Das System Mensch bedarf also keines von außen kommenden „Gummihammers“, mit dem Schäden beseitigt werden, sondern es „repariert“ sich selbst. Die Aufrechterhaltung einer bestimmten Struktur, hier der Beule beim Menschen, bedarf einer anderen Erklärung, da sie normalerweise wie selbstverständlich "verschwindet". Bei einem lebenden System müssen demnach Strukturen aktiv aufrecht erhalten werden. Denn alles verändert sich, es sei denn, irgendwer oder irgend etwas sorgt dafür, dass es so bleibt, wie es ist¹. Beim Menschen bewirken körperliche Grundfunktionen, wie z.B. Essen, Trinken und Ausscheiden, dass Strukturen bewahrt werden.

Diese Erzeugung und Selbsterhaltung von Systemen (Autopoiese) soll im nächsten Kapitel diskutiert werden und durch die Einbeziehung von Aspekten der sogenannten Chaostheorie ergänzt werden.

2.3 Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung

„Wir müssen alle Möglichkeiten in Betracht ziehen, jede Ordnung und jedes Chaos.“ UMBERTO ECO (Der Name der Rose ,1987)

Der Begriff der Selbstorganisation² (Autopoiese) beschreibt die Fähigkeit von Systemen unter veränderten Umweltbedingungen ihre Strukturen zu verändern und dadurch zu überleben. Es werden Prozesse und Zustände beschrieben, die ihre Ordnung ausschließlich oder vorwiegend dem Wechselspiel innerer Kräfte verdanken. Diese innenbedingte sachlich notwendige, frei angestrebte und bei Störungen (meist) wieder hergestellte Ordnung gibt es nur in einem Feld oder System. Als selbstorganisierend bzw. selbsterzeugend betrachtet HEJL (1992) Systeme, die aufgrund bestimmter Anfangs- und Randbedingungen spontan als

¹ Siehe hierzu das nächste Kapitel.

² Der Begriff der Selbstorganisation dient als Oberbegriff für die Begriffe selbstreproduzierendes System, selbstreparierendes System und lernendes System (SIMON und STIERLIN 1984).

spezifische Zustände oder Folgen von Zuständen entstehen. Der Gegensatz ist eine auferlegte Ordnung, deren Zustandekommen und Erhaltung nur durch äußeren Zwang gesichert ist. Nach den Konzepten der Selbstorganisationstheorien entsteht Ordnung¹ aus sich heraus. Sie entsteht autonom und spontan², sie erhält sich und stellt sich nach einer Störung erneut her³.

Auch die Heilung einer Störung oder Krankheit ist der Inbegriff einer Selbstorganisation (z.B. das sich Schließen einer Wunde). Die Ordnung wird in einem dynamischen Wechselspiel prozesshaft hergestellt, aufrechterhalten und wiederhergestellt. Diese Prozesse sind rekursiv, d.h. es gibt eine zirkuläre Kausalität, die Feedback-Schleife führt in sich zurück. Durch den Kontakt mit den Umwelten des Systems entsteht das Selbst in jedem Moment immer wieder "neu". Es entsteht im Prozess, indem an der Grenze zur Umwelt im Augenblick für Augenblick entschieden wird, was zum Selbst, zum System, gehört und was zur Umwelt, indem das „Chaos“ sortiert und integriert wird. Dabei wirkt jede Stelle des Ganzen auf jede andere ein und empfängt zugleich eine Gesamtheit von Wirkungen dieser anderen (ausführlicher siehe PORTELE 1997).

Wir neigen dazu, auch aus Prozessen etwas Stabiles zu machen, das Bestand hat. (So machen wir beispielsweise die Kerzenflamme zu einem Gegenstand.) Bereits HERAKLIT war der Meinung, dass alles „fließt“. Das gilt auch für das Selbst, dass immer im Prozess, in einer gegenseitiger Abhängigkeit mit der Umwelt entsteht. Mit dem Begriff der „Fluktuation“ (ALBRECHT 1997) wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in dynamischen Systemen Stabilität nicht durch die „Struktur der Elemente“ (z.B. durch Teile des Systems, wie beim Wasserfall die Tropfen und ihre „räumliche Struktur“), sondern durch die „Struktur des

¹ In diesem Zusammenhang behauptete GOODMAN (in PORTELE 1997), dass auch eine gesellschaftliche Ordnung ohne Herrschaft eine sinnvolle Ordnung sein könnte. Anarchismus sei nicht Chaos, sondern Ordnung ohne Herrschaft. Auch diese Ordnung könne von sich aus und frei entstehen. Sie könne in Selbstorganisation im freien Zusammenschluß der Einzelnen in kleinen Einheiten wirken, wenn nur die auferlegte Ordnung, die Herrschaft weglassen werden würde.

² Kritisch merkt BRÜHL (persönliche Bemerkung 1999) an, dass auch Autopoiese zu Beginn Bewegung benötigt (z.B. bei der Vereinigung von Eizelle und Samen).

³ PERLS nannte diesen Prozess organismische Selbstregulation, womit er jedoch kein biologistisches Konzept meinte, sondern unter organismisch die Ganzheit von Körper, Seele und Geist verstand.

Prozesses“ (z.B. das ständige Fließen der Tropfen eines Wasserfalls durch immer neue Tropfen) erreicht wird. Ein dynamisches¹ System erreicht dadurch Stabilität, dass es von seinen einzelnen Teilen „unabhängig“ ist (ALBRECHT 1997).

Da wir ständigen Wechsel als sehr unangenehm erleben, bilden wir Gewohnheiten aus, die wir charakterisch nennen. Diese Gewohnheiten können uns beherrschen, Zwang ausüben und uns erstarren lassen. Wir erleben uns dann nicht mehr als autonom². BATESON (1990) spricht von der „Herrschaft der Gewohnheiten“, PORTELE (1992) von der Verarmung des Einzelnen und der Welt, indem immer wieder auf neue Situationen starr und stereotyp mit einer Gewohnheit geantwortet wird, als sei nicht jede Situation einzigartig und neu. Da viele Menschen von ihrer Vergänglichkeit möglichst nichts wissen wollen, so PORTELE 1992, 1995), täten sie oft so, als gebe es ein stabiles, überdauerndes Ich.

Das Autopoiesekonzept beschäftigt sich (auch) mit allgemeinen Aussagen über das Wahrnehmen und das Leben. Leben wird als eine Form von Erkennen verstanden, d.h., dass Systeme durch unsere Wahrnehmung „erschaffen“ werden und niemals "wirklich" sind. Mit dieser Vorstellung wird die Idee aufgegeben, ein System kontrollieren zu können. Operierende Systeme werden, wie ausgeführt, als selbstreferentielle Systeme bezeichnet. Selbstreferenz auf der Ebene der

¹ So kann auch ein Seiltänzer nur sein Gleichgewicht halten, indem er mit der Balancierstange ununterbrochen Bewegungen ausführt.

² Für PORTELE (1992) sind Menschen jedoch autonom, frei und verantwortlich. SARTRE (in PORTELE 1992) formulierte hierzu die These des "zur Freiheit verdammt" sein. Dies bedeutet, der Mensch kann an vielen Situationen nichts ändern, aber es gibt Möglichkeiten, sich in diesen Situationen zu verhalten. Diese Verantwortung wird gerne vermieden, indem die Umstände, das Schicksal, irgendwelche Mächte oder anderes verantwortlich gemacht werden. Für PORTELE ist kreatives Anpassen das, was er unter freier und direkter Antwort auf die jeweilige Situationen versteht. Auch für BATESON (in PORTELE 1992) ist Macht, nur eine quasi-physikalische Metapher. Macht gebe es überhaupt nicht. PORTELE verweist auf einen Satz von BRECHT: "Der Herr ist nur so ein Herr, wie der Knecht es ihn sein läßt" und macht deutlich, dass es des Gehorsams bedarf, damit Macht Macht ist. Der Befehl oder Mächtige, dem keiner gehorcht, ist machtlos. Leider wird in dieser Vorstellung die Realität einer „harten Wirklichkeit“ (SIMON 1995a, b), d.h. die geringeren Möglichkeiten des Knechts Einfluß zu nehmen, nicht berücksichtigt (siehe hierzu auch MATURANA 2001).

Strukturbildung kann als Selbstorganisation bezeichnet werden¹ (STRAUBMANN 1997).

Sich selbstorganisierende lebende (autopoietische) Systeme sind Systeme, deren Elemente in rekursiver Weise an der ständigen Erzeugung und Verwirklichung eben dieses Netzwerkes mitwirken und dadurch seine Einheit definieren (MATURANA und VARELA 1987). Dabei bezieht LUHMANN (1985) in sein Konzept der Autopoiese auch nicht lebende Systeme ein, in denen es möglich ist, *„eine spezifische Operationsweise festzustellen, die in diesem System und nur dort stattfindet.“* (BARALDI u.a. 1997, S. 29) In autopoietischen Systemen kann das Operieren (nach LUHMANN 1984) immer nur an sich selber anschließen (operative Schließung): Leben an Leben, Bewußtsein an Bewußtsein, Kommunikation an Kommunikation. Programmatisch auf der Ebene ihrer Programme sind autopoietische Systeme offen, d. h. sie legen die Form des Austausches mit der Umwelt selber fest. Somit sind sie geschlossen und offen zugleich, weil Geschlossenheit zur Bedingung der Offenheit wird (DÜR 1997). Autopoietische Systeme sind auf der Ebene ihres Operationsmodus autonom, aber eben nicht autark, nicht unabhängig von der Umwelt. Wäre ein System offen, ohne gleichzeitig geschlossen zu sein, würde dies bedeuten, dass es mit der Umwelt verschmilzt und nicht mehr von ihr unterscheidbar wäre.

WILLKE (1996 S. 32) präzisiert: *„In der Tiefenstruktur ihrer Selbststeuerung sind sie geschlossene Systeme, also gänzlich unabhängig und unbeeinflussbar von ihrer Umwelt. Wird diese operative Geschlossenheit zerstört, so bricht ihre Autopoiese zusammen, sie hören auf als lebende Systeme zu existieren.....Es ist allerdings wesentlich, zu beachten, dass sich die operative Geschlossenheit eines autopoietischen Systems nur auf die basale Zirkularität der Selbststeuerung der eigenen Reproduktion bezieht; in anderen Hinsichten, insbesondere bezüglich der Aufnahme von Energie und Information (d.h., der Verarbeitung möglicher bedeutsamer Differenzen), ist es durchaus und notwendigerweise offen“.* Somit sind selbstreferentielle Systeme auf der Ebene der Selbstorganisation geschlos-

¹ Diese Vorstellungen treffen sich mit denjenigen des Konstruktivismus. In beiden Theorien wird die Wirklichkeit als nicht loslösbar vom Beobachter gesehen, der zugleich zu einem Teil der Beobachtung wird.

sene Systeme. Operational geschlossene Systeme sind jedoch insofern offene Systeme als dass es um den Austausch zwischen System und Umwelt geht. Sie reagieren auf Veränderungen in ihren Umwelten mit Veränderungen der internen Systemzustände, d.h. durch innere Aktivitäten.

LUHMANN (1997) unterscheidet drei Arten von Autopoiese¹: Leben, Bewußtsein und Kommunikation. Nach seinem Vorschlag sind *„bewußte Systeme (psychische Systeme) keine lebenden Systeme, und Systeme auf der Basis sinnhafter Kommunikation (soziale Systeme) sind keine bewußten Systeme.“* (S. 70) Diese Systeme sind füreinander Umwelt. Im Weiteren fragt LUHMANN: *„Was bemerkt das Bewußtsein vom Leben seines Körpers? Und wie wenig Bewußtseinsinhalte lassen sich in das geschlossene Netzwerk der Kommunikation überführen? Kommunikationen lassen sich nur durch Kommunikationen reproduzieren; bewußte Gedanken nur durch bewußte Gedanken; und das Leben lebt sein Leben, ohne dass ihm Bewußtsein oder Kommunikation hinzugefügt werden könnte.“* (a.a.O. S. 71)

Unter Autonomie versteht LUHMANN (1997) keine Isolierung oder Unabhängigkeit von der Umwelt, sondern die Regulierung der Ab- und Unabhängigkeiten. Autonom bedeutet so, dass keines der Systeme Organismus, Psyche und soziales System von Ereignissen in den jeweiligen Umwelten im Sinne einer gradlinigen Ursache-Wirkung-Beziehung determiniert werden kann. Ein System kann lediglich „gestört“ (SIMON 1997) werden. Ein System wird durch ständige „Störungen“ (Perturbationen) angestoßen. Die internen Operationen führen zu Veränderungen erster Ordnung. Fallen diese Perturbationen zu stark aus, kann das System über die Stabilität hinaus in eine neue Struktur gedrängt werden (= Veränderung zweiter Ordnung). Somit ist die Stabilität eines lebenden Systems niemals abschließend. Lebende Systeme sind bereit zur Veränderung. Die Reaktionsweise eines Systems auf Störungen ist durch seine Struktur determiniert, d.h. es folgt einer dem System eigenen inneren Logik.

¹ MATURANA (in einem Interview in PÖRKSEN 2001) bezieht den Begriff Autopoiese nicht auf die Erklärung von sozialen Phänomenen. Zur Unterscheidung der Autopoiesebegriffe von LUHMANN und MATURANA siehe BUCHHOLZ (1990), KRIZ (1999) und MATURANA (2001).

„Frühe“ Systemtheorien arbeiten mit der Differenz Teil/Ganzes, der Unterscheidung „Figur und Grund“¹, ein Etwas und seine Umwelt, z.B. eine Person und ihre Umwelt² (Erst durch eine Unterscheidung, indem eine Grenze gezogen wird, können wir etwas benennen und bezeichnen). In der „neueren“ Systemtheorie wird die klassische Gegenüberstellung von Subjekt und Objekt ersetzt durch die operative, prozessuale und temporäre Differenz System/Umwelt, die LUHMANN in eine Theorie selbstreferenzieller Systeme einführte. Alles was geschieht, muss entweder der Umwelt oder dem System zugeschrieben werden³. Nur wenn ein System „hinreichend operativ geschlossen“ (S.J. SCHMIDT 1998) ist, um systemverträgliche Umweltkontakte selbst unterscheiden d.h. verarbeiten zu können, kann es in einer Umwelt überleben. Eine operative Schließung verhindert keineswegs kausale Beziehungen zwischen System und Umwelt, es konstituiert jedoch die Autonomie eines Systems. Selbstreferenz meint in diesem Zusammenhang, dass Systeme in der Konstitution ihrer Elemente und ihren elementaren Operationen auf sich selbst Bezug nehmen⁴. Es stellt sich allerdings die Frage, wie selbstreferentielle Schließung Offenheit erzeugen kann. Hierbei verliert die Um-

¹ Nach PORTELE (1995) wird meist die Figur, das Ich, das Etwas und nicht der Hintergrund, die Umwelt und das Nicht-Ich bezeichnet.

² Bereits bei PERLS und GOODMAN (1972 in PORTELE 1992) heißt es programmatisch: Die Definition eines Lebewesens bezieht seine Umwelt mit ein. Die Definition eines Organismus ist die Definition eines Organismus-Umwelt-Feldes und die Kontaktgrenze ist sozusagen das spezifische Organ für das Gewahrsein der neuen Situation im Feld. Hier wird bereits die gegenseitige Verbundenheit und Zugehörigkeit, das aufeinander Angewiesensein von Lebewesen und Umwelt in einem Feld in den Mittelpunkt gerückt. Nach PERLS und GOODMAN ist das Selbst die Kontaktgrenze "in Tätigkeit". Sie fragen: Was gehört zu mir und was zur Umwelt? Das Selbst ist für diese Autoren ein Prozess, der Prozess des Unterscheidens zwischen Selbst und Umwelt. Kontakt ist also eine Tätigkeit, es ist nichts stabiles. Es ist die Anerkennung "des Andersseins", die Bewußtheit der Unterschiedlichkeit. Aller Kontakt ist kreative gegenseitige Anpassung von Organismus und Umwelt. Diese kreative gegenseitige Anpassung ist das ursprüngliche. Beispiel: Der Biber verändert, indem er eine Höhle baut, seine Umwelt, gleichzeitig passt er sich aber kreativ der Umwelt an.

³ In diesem Sinne handelt es sich eigentlich nicht um eine Systemtheorie, sondern um eine System-Umwelt-Theorie.

⁴ VARELA (Interview in SIMON 1997) kritisiert dieses Verständnis eines geschlossenen Systems. Für ihn gibt es keine operativ geschlossenen Systeme, jedes Ding, was wir beobachten, „steht immer in Interaktion, weil man stets eine Unterscheidung und ein Medium hat. Geschlossene Systeme gibt es lediglich im Gedankenexperiment.....Alle Systeme mit denen wir es zu tun haben, sind offene Systeme in dem Sinne, dass immer Interaktion stattfindet. Es sind Systeme, bei denen ich ganz bewußt von Schließung (closure) und nicht von Geschlossenheit (closedness) spreche.“ (1997, S. 142) LUHMANN (1997) nimmt diese Definition auf und konkretisiert, dass er mit dem Begriff Geschlossenheit Schließung (closure) meint.

welt ihre Bedeutung als Beeinflussungsgröße, da sie nur noch in Abhängigkeit mit den Operationen des Systems gedacht wird. Denn nicht Umwelt wirkt ein, sondern das System erfasst – konstruiert¹ - Umweltphänomene nach selbsterwählten Gesichtspunkten. Jede Beobachtung² wird auf die eigene Operation zurückgeführt und nicht auf etwas „Seiendes“. Somit ist die Art und Weise der Beobachtung³ ausschlaggebend und nicht „die Realität“. LUHMANN gibt die in der traditionellen Sichtweise liegende Dualität zwischen erkennendem Objekt und vorgegeben Objekt auf und schafft so einen neuen theoretischen Zugang des Erkennens. LUHMANN fasst zusammen: *„Der Letztbezug aller funktionalen Analysen liegt in der Differenz zwischen System und Umwelt. Hierbei darf die Umwelt nicht als eine Art Restkategorie verstanden werden.“* (1984, S. 242) Das Verhältnis zwischen System und Umwelt ist für LUHMANN konstitutiv für die Systembildung. Für die Theorie selbstreferentieller Systeme ist die Umwelt Voraussetzung für die Identität des Systems, da Identität nur durch Differenz möglich ist. *„Für die Theorie temporalisierter autopoietischer Systeme ist die Umwelt deshalb nötig, weil die Systemereignisse in jedem Moment aufhören und weitere Ereignisse nur mit Hilfe der Differenz von System und Umwelt produziert werden können.“* (a.a.O. S. 243)

Die Beziehung zwischen System und Umwelt stellt SIMON (1997) mit dem Bild des Straßennetzes dar. Das Auto wird in seiner Fahrt nicht vom Straßennetz bestimmt, aber es bestimmt, wohin es nicht fahren kann. Zwischen den Leitplanken einer Straße kann es sich bewegen, außerhalb dessen wird es „gestört“. Dieser Zusammenhang gilt auch für die Interaktion mehrerer Autos, indem auch hier bestimmt wird, wohin nicht gefahren werden kann. Die Differenz von Umwelt und System ist eine Einheit. Diese Erkenntnis beinhaltet, dass das Umweltverhältnis von der Struktur des Systems bestimmt wird und das mehrere Systeme

¹ Hierin besteht der grundlegende Bezug zwischen Systemtheorie und Konstruktivismus.

² Damit ein System sich beobachten kann, muss es, wie ausgeführt, unterscheiden und bezeichnen. Bei der Selbstbeobachtung kann es sich nie als Ganzes betrachten und somit auch nie vollständig beobachten. Da es Unterscheidungen verwendet, kann es nur als Geteiltes in den Blickpunkt kommen (GROTH 1996). *„Wenn ein System sich selbst beobachtet, muß es also „schummeln“. Es muß ein selbstgeschaffenes Außen, als Fremdreferenz mit der Selbstreferenz vergleichen.“* (GROTH 1996, S. 76)

³ Siehe das Kapitel 1.1: „Die Position des Beobachters“.

niemals über die gleichen System- und Umweltbeziehungen verfügen. Umwelt ist ein systemrelativer Sachverhalt (LUHMANN 1984).

Kritisch zu betrachten sind Aussagen von Systemtheoretikern, in denen die Vorstellung einer „relativen Autonomie“ ausgeschlossen wird, wenn formuliert wird: *„Entweder ist ein System autopoietisch, oder es ist es nicht (und dann kann man nicht einmal von einem System sprechen).“* (BARALDI u.a. 1997, S. 31) Bei einer solchen Aussage zeigt sich ein neuer Dogmatismus in der Definition eines Systems, der Input und Output ausschließt. RITSCHER (1996) kritisiert am Konzept der Autopoiese mit Recht die zu starke Betonung der Umweltunabhängigkeit sozialer Systeme, insbesondere des Subjekts. Es wird nicht berücksichtigt, dass Subjekt und soziales System gezwungen sein können, Informationen „passend“ zu machen, um überleben zu können¹. Auch die Bedeutung von Interessen, Motivationen und Gefühlen in der Kommunikation werden bei der Kopplung² der Systeme zu wenig gesehen.

J. KRIZ kritisiert (1999, S. 86) an MATURANA, VARELA und LUHMANN die *„beträchtliche Konfusion“*³ der Begriffe. Er bemängelt zudem in der Systemtheorie eine mangelnde Auseinandersetzung mit der Chaosforschung. Da diese Theorie einen Beitrag zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit leistet, gehe ich zum Abschluß dieses Kapitels⁴ hierauf ein.

Mit der Einbeziehung der Chaostheorien⁵, der Erkenntnis, dass selbst in der

¹ Beispielsweise kann eine Frau erlittene Gewalt durch ihren Partner für sich neu definieren, indem die Tat des Partners mit dessen schwerer Kindheit entschuldigt wird, um mit ihm weiterhin zusammenleben zu können.

² Siehe das Kapitel 2.4: „Soziale, psychische und organische Systeme und deren Wechselbeziehungen“.

³ So stellt KRIZ die Frage, wieso LUHMANN (1984) den von MATURANA und VARELA kreierten Autopoiesebegriff übernimmt, um ihn für sich gezielt anders zu verwenden und dann den Urhebern noch Konfusion vorzuwerfen.

⁴ Auf die Bedeutung dieses Ansatzes zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit wird im Kapitel 4.6.5: „Der Mehr-Ebenen-Ansatz von J. Kriz“ eingegangen.

⁵ Die Erhaltung eines Gleichgewichts (Homöostase) war ein Thema der frühen Systemtheorie (und der Gestaltpsychologie). Homöostase meint einen Prozess, bei dem ein Feedback sicherstellt, dass eine Abweichung vom Gleichgewichtszustand wahrgenommen wird und eine regulierende Haltung ausgelöst wird, die den Parameter auf den alten Wert zurückführt. Diese Sichtweise wurde im Laufe der Zeit als zu mechanistisch angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass Organismen nicht auf Gleichgewichts-

Mathematik schon einfachste Operationen unter bestimmten Bedingungen zu prinzipiell unberechenbaren Ergebnissen führen, beziehen sich VON SCHLIPPE und SCHWEIZER (1997), J. KRIZ (1999) und W.C. KRIZ (2000) auf Vorstellungen des Physikers PRIGOGINE. Dieser beobachtete in hochvernetzten, dynamischen Systemen die Entwicklung spontaner Ordnungen, ohne dass es eine ordnende Instanz von außen gibt. Diese Organisationsformen nannte PRIGOGINE dissipative Strukturen, mit denen er Systeme bezeichnete, die ihre Stabilität und ihre Identität dadurch behalten, indem sie ständig für die Störungen und Einflüsse ihrer Umgebung „offen“ sind und in denen neue, nicht vorhersagbare, Zustände auftreten. Sehr bekannt geworden ist der sogenannte Schmetterlingseffekt, der besagt, dass selbst minimalste zufällige Ereignisse zu bedeutenden Wirkungen führen können¹. Beispielhaft sei hier eine Familie erwähnt, deren Strukturen (möglicherweise) in einen neuen qualitativen Zustand übergehen, wenn eine neue Variation von Umweltbedingungen auftritt. Wie dieser neue Zustand² jedoch beschaffen ist und wann er auftritt, ist nicht berechenbar. Wenn kleine Einflüsse Großes verändern können, kann dies auch bedeuten, dass je nach Systemzustand große Umgebungsveränderungen „wenig“ bewirken.

Die Dynamik „chaotischer“ Systeme ist in diesem Sinne als eine Formenvielfalt flexibler, sich anpassender und damit auch lernfähiger Prozesse zu verstehen³. Chaos meint jedoch nicht eine Art von Entgleisung, sondern ein Zusammenspiel

zustände oder Homöostase zustreben, sondern dass eine organisierte Komplexität produziert wird, welche sich nicht auf die Gesetze der Physik reduzieren läßt. Dies gilt insbesondere für lebende Systeme. Diese Erkenntnisse treffen mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen in der Theorie der dissipativen Strukturen in der Chemie, der Synergetik in der Physik und in der Autopoiesetheorie in der Biologie zusammen. Insbesondere J. KRIZ (1999) bemüht sich für die Sozialwissenschaften, dieses Gedankengut aufzugreifen und mit der Chaosforschung zu verbinden.

¹ Diese Erkenntnis war bereits HEISENBERG bekannt, der in seiner Theorie der Unschärferelation davon ausging, dass man über ein Atom prinzipiell nur ein unvollständiges Wissen haben kann.

² Systemtheoretisch kann dieser Prozess als Emergenz bezeichnet werden.

³ Auch die Synergetik, die der Physiker HAKEN begründete, beschäftigt sich mit der Kontinuität und Diskontinuität, Ordnung und Chaos von Systemen. Sie untersucht, wie Teile in einem Feld zusammenwirken und ihr Verhalten selbst organisieren, sodass sich für das Ganze eine Struktur ergibt, die neue Eigenschaften zeigt. Die Synergetik beobachtet, wie sich auf verschiedenen Systemebenen neue Strukturen und Regelmäßigkeiten bilden und wie sich solche Regelmäßigkeiten verändern (Phasenübergang) (siehe VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997, J. KRIZ 1999, W.C. KRIZ 2000).

zwischen Ordnung¹ (Gesetzmäßigkeit) und Chaos (Zufall). Chaos ist als ein selbstorganisierter Prozess für neue Entwicklungen offen (RAHM u. a. 1993). Da es keine vollkommen geordnete, ganz regelmäßige und stabile Ordnung gibt, haben wir es immer nur mit relativer Ordnung zu tun. Unregelmäßigkeiten können von solch einem flexiblen System besser abgefangen und verarbeitet werden und sind für die Erhaltung des Systems notwendig².

Damit überhaupt Vorhersagen über den zukünftigen Zustand eines Systems möglich sind, verhalten wir uns im Alltag meist so, als ob Verhalten berechenbar sei. Wiederholungen in der Kommunikation suggerieren uns eine gewisse Verlässlichkeit und Stabilität, sie ermöglichen zugleich Voraussagbarkeit und Planbarkeit und verringern somit Unsicherheiten im Umgang mit der Welt (J. KRIZ 1999). Wobei es natürlich – das sei nochmals erwähnt - keine Wiederholung desselben gibt, da wir nicht „zweimal in denselben Fluß steigen können“ (HERAKLIT). Jedoch beruht das Leben darauf, Komplexität zu reduzieren, Aspekte der Komplexität³ zu abstrahieren und damit Regelmäßigkeit zu schaffen.

Zudem verhalten sich auch komplexe Systeme nicht in jedem Fall und immer chaotisch. Viele Phänomene, die ein Beobachter betrachtet, weisen (scheinbar) eine stabile Struktur auf. Der Strukturhaltung dienen sogenannte Attraktoren. Diese helfen einem System über möglicherweise längere Zeiträume stabil zu bleiben (siehe J. KRIZ 1999, GRESCHIK 1998). Zu irgendeinem Zeitpunkt genügt bereits ein „geringer Einfluß“ und ein System „kippt“ über den sogenannten Bifurkationspunkt (W.C. KRIZ 2000) in einen anderen Attraktor. Aber auch hier bleibt letztlich offen, unter welchen Bedingungen ein rigides Phänomen seinen Zustand verändert und beispielsweise „chaotisch“ wird.

¹ Unter „Ordnung“ versteht J. KRIZ (2000) eine Reduktion von Komplexität, d.h. von Freiheitsgraden, mit denen das System beschrieben wird. Erst durch eine Reduktion wird Ordnung erfahrbar. Der Vorteil dieses Konzeptes liegt darin, dass Voraussagbarkeit und Planung ermöglicht werden und zugleich die Unsicherheit im Umgang mit der Welt verringert wird.

² Beispiel: Schläge unser Herz immer völlig regelmäßig, wäre dies bereits ein Indikator für einen pathologischen Zustand.

³ Auf Phänomene, wie in Familien das Spektrum der möglichen Handlungen und Wahrnehmungen reduziert wird und wie diese Handlungen einer Deutungskarriere zugeordnet werden, wird im Weiteren näher eingegangen.

Es lässt sich zusammenfassen: Systeme zeigen sowohl strukturbildende Prozesse, die eine gewisse zeitliche Stabilität garantieren, als auch „Chaos“, eine strukturzerstörende Dynamik, die Instabilität und zeitliche Entwicklung ermöglicht. In komplexen, nicht linearen, rekursiven Systemen bedingen sich Chaos und Ordnung gegenseitig. Der Übergang kann regelhaft verlaufen, aber ist nicht voraussagbar. Die Beschäftigung mit diesen Phänomenen kann, darauf verweist PRIGOGINE (siehe HUBER 1993), dazu beitragen, die Spaltung der Wissenschaften in einer Natur- und eine Geistes- und Sozialwissenschaften zu überwinden. Die Chaos-Theorie trägt zum Verständnis der Phänomene von Gesundheit und Krankheit¹ bei, denn diese enthalten Elemente von Ordnung und Chaos.

2.1.4 Kommunikation und Sinn

„Nicht Taten bewegen die Menschen, sondern Worte über die Taten.“

ARISTOTELES

In diesem Kapitel wird zunächst der systemtheoretische Kommunikationsbegriff dargestellt, um dann im Anschluß Aspekte einer handlungstheoretischen Perspektive zu erörtern.

Kommunikation ist eine Basiskategorie des Sozialen. Sie läßt sich allgemein als einen Vorgang des Informationsaustausches zwischen einem Sender und einem Empfänger mittels bestimmter Zeichen verstehen. Der Kommunikationsprozess übergreift Alter und Ego, er kann weder der Ordnungsleistung von Alter noch derjenigen von Ego alleine zugerechnet werden (EUGSTER 2000). Überall wo Menschen leben, die Wirklichkeit beurteilen und miteinander umgehen, benutzen sie ein Netz aufeinander bezogener, unterschiedlicher Zeichensysteme. Jedes Zeichen ist, dies wurde bereits ausgeführt, kulturvermittelt. Phänomene sagen an sich gar nichts aus, vielmehr „sprechen“ sie nur solange zu uns, wie wir Bot-

¹ Krank ist der Mensch nach diesem Ansatz, wenn ein dynamisches Gleichgewicht in komplexen nicht linearen Subsystemen derart gestört wird, dass eine erstarrte Ordnung oder ein unsteuerbares Chaos herrscht. Hierauf wird noch näher eingegangen.

schaften aus ihnen „herauszulesen“. Zeichen¹ bilden das ab, für was sie stehen. Da wir durch Kommunikationsprozesse „vereinbart haben“, wofür sie stehen, können wir sie erfolgreich anwenden. *„Zeichen aktualisieren in uns die Erfahrungen, denen wir sie zugeordnet haben“* (HEJL 1987, S. 125).

Die (psychologische) Kommunikationstheorie als eine der Grundlagen von Systemtheorien, wurde von BATESON, WATZLAWICK u.a. entwickelt. Grundannahmen dieser Kommunikationstheorie sind die Axiome: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ und „jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt“, wobei der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt bestimmt. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass die Beziehungsgestaltung durch die Interpunktionen der Kommunikationsabläufe festgelegt ist².

Ausgangspunkt der Kommunikationstheorie von LUHMANN (1984) ist, dass nicht Menschen kommunizieren, sondern Kommunikation kommuniziert (siehe hierzu SCHERR 1995, BARALDI u.a. 1997). Für LUHMANN unterliegen Kommunikationsprozesse einer Eigengesetzlichkeit, die nicht auf Absichten und Bewußtsein einer Person reduzierbar sind. Kommunikation ist das Verstehen der Differenz zwischen Information und Mitteilung. Die Informationen müssen nicht notwendigerweise sprachliche Formen annehmen, sondern können auch auf der Basis von Wahrnehmungen ablaufen. Hierbei ist die Wahrnehmung als solche keine Kommunikation. (Man nimmt Laute, Bilder, Reize im allgemeinen wahr ohne jede Verbindung zur Kommunikation und verarbeitet sie als Informationen). In jeder Kommunikation bildet das Verstehen die Voraussetzung für Kommunikationen und schafft so die Anschlußfähigkeit für weitere Kommunikationen (BARALDI u.a. 1997).

Für LUHMANN ist Kommunikation eine interne Operation eines sozialen Systems. Die Kommunikation zwischen Sozialsystem und Umwelt benötigt eine „Kopplung“³

¹ Siehe die Kapitel 1.3: „Eine übergreifende Theorie der Zeichen“ und 4.6.2: „Vom Zeichen zum Symptom – der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll“.

² Eine Übersicht über die psychologische Kommunikationstheorie geben VON SCHLIPPE (1987, 1991) und ALBRECHT (1997).

³ Auf die „strukturelle Kopplung“ wird im Kapitel 2.4: „Soziale, psychische und organische Faktoren und deren Wechselbeziehungen“ eingegangen.

zwischen den Systemen, Kommunikation schließt an Kommunikation an. Dies bedeutet, ein System ist gegenüber der Umwelt geschlossen, es erhält keine Informationen aus der Umwelt. Durch die Operation der Kommunikation öffnet sich jedoch ein soziales System gegenüber der Umwelt in dem Sinne, dass es die Umwelt beobachten kann, die Umwelt wird kommunikativ als Information konstruiert (BARALDI u. a. 1997). Der Sender einer Information gibt nichts nach draußen und der Empfänger holt nichts äußeres herein, sondern der Sender gibt nur Impulse. SCHEFFER (1990) konstatiert: *„Streng genommen kann man also niemand anderem sagen, was man selbst meint, man kann dem anderen auch nicht zeigen, was man selber fühlt, sondern man kann den anderen Menschen bestenfalls zu einer für beide akzeptablen Eigenreaktion veranlassen.“* Auch psychische Systeme werden lediglich als Umwelt betrachtet, relevant sind sie nur für die Produktion der Gedanken (BARALDI u. a. 1997).

Unbewusste Inhalte sind an der Kommunikation der psychischen Systeme ebenso beteiligt wie bewusste. Innerhalb des psychischen Systems ist die Differenz bewusst/unbewusst aus (dieser) systemtheoretischer Sicht nicht bedeutsam. Es wird angenommen, dass in der Kommunikation unbewusste Inhalte nicht direkt wirksam werden, sondern nur, wenn andere Kommunikationsteilnehmer diese indirekten Mitteilungen verstehen können (MAIER 2000).

Kommunikation lässt sich eine Synthese von drei Selektionen bezeichnen: Erstens, der Selektion einer Information (A hebt die Hand) und zweitens, der Mitteilung dieser Information (B sieht, dass A die Hand hebt). Hinzukommen muss als dritte Selektion das Verstehen (die Botschaft wird verstanden) als einem Folgeereignis der Differenz zwischen Information und Mitteilung (BARALDI u.a. 1997, SCHEFFER 1997). BARALDI u.a. (1997, S. 89) stellen diesen Zusammenhang in einem Beispiel dar: *„Die Kommunikation realisiert sich nur, wenn sie verstanden wird: wenn die Information (‘Es regnet’) und Alters Intention für die Mitteilung (Alter will zum Beispiel Ego dazu bringen einen Regenschirm mitzunehmen) als unterschiedliche Selektionen verstanden werden. Ohne Verstehen kann Kommunikation nicht beobachtet werden: Alter winkt Ego zu, und Ego läuft ruhig weiter, weil er nicht verstanden hat, dass der Wink ein Gruß war.“*

Das Verstehen realisiert die grundlegende Unterscheidung der Kommunikation: die Unterscheidung zwischen Mitteilung und Information.“

Wird Kommunikation, wie von LUHMANN (1984), als ein konstituierendes Element eines sozialen Systems verstanden, dann muss jede Veränderung eines Systems vorrangig aus den das System konstituierenden Kommunikationsmustern, Kommunikationsregeln und Semantiken erfolgen (WILLKE 1996). Ein soziales System öffnet sich durch die Operationen der Kommunikation gegenüber der Umwelt, in dem Sinne, dass es die Umwelt beobachten kann. Kommunikation schafft die Alternative einer Annahme oder Ablehnung einer mitgeteilten und verstandenen Kommunikation, wobei in der Annahmevariante die Ablehnungsoption in ihrer Abwesenheit präsent ist – und umgekehrt (EUGSTER 2000).

Aufgrund der Bedeutung der nichtsprachlichen Kommunikationsabläufen in Familien soll betont werden, dass Kommunikation sich nicht unbedingt der Sprache¹ bedienen muss, sie kann auch auf der Basis von Wahrnehmungen ablaufen². Wenn sich ein Kommunikationssystem über Kommunikation³ selbst ausdrücken kann, bezeichnet dies VON FOERSTER (1997) als Sprache. Ist eine Reflexion über die Kommunikation nicht möglich, bleibt es ein „*sprachunfähiges*“ (S. 178) Kommunikationssystem. Sprache fasst er als einen Begriff „zweiter Ordnung“ auf, als eine Meta-Kommunikation. Auch die Sprache selbst dient dazu, Strukturen darzustellen. Sie ist nicht ein eigenes System, sondern ein Medium, das von Systemen genutzt wird, um eigene Operationen zu strukturieren und um Reflexivität zu gewinnen (BARALDI u.a. 1997). Als ein selbstreferentielles System bezieht sich Sprache nur auf Sprache. Sie spielt eine entscheidende Rolle bei der Kopplung psychischer und sozialer Systeme.

¹ Es gibt viele Kommunikationssysteme, die nicht über sich selbst sprechen können. *„Die Bienen haben ein erstaunliches Kommunikationssystem....Aber eine Biene kann nicht einer anderen Biene vorwerfen: „Sie sprechen aber wirklich einen schrecklichen Dialekt!“* (VON FOERSTER 1997, S. 50).

² Hierbei ist die Wahrnehmung als solche noch keine Kommunikation (BARALDI u. a. 1997).

³ Der Begriff „Interaktion“ ist für PETZOLD (1993) umfassender als der Begriff der Kommunikation. Interaktion umfasst nicht nur sprachliche Äußerungen, sondern auch Gestik, Mimik und „atmosphärische Berührungen“, sowie eine Vielzahl weiterer symbolisch verschlüsselter Mitteilungen über materielle Träger wie Buchstaben, Verkehrszeichen, Geldscheine usw..

Das linguistische System ist nicht nur ein reproduktives Instrument zum Ausdruck von Gedanken, sondern formt die Gedanken, ist Schema für die geistige Aktivität und für die Analyse der Eindrücke des Individuums. Die Formulierung von Gedanken ist kein unabhängiger Vorgang, der für sich genommen rational ist, sondern er ist beeinflusst von der jeweiligen Sprache und Kultur. Wie und was wir wahrnehmen, Begriffe organisieren und ihnen Bedeutungen zuschreiben, ist weitgehend davon bestimmt, an welchem Abkommen wir beteiligt sind, Sprache in dieser Weise zu organisieren - einem Abkommen, das für unsere Sprachgemeinschaft gilt und in den Strukturen unserer Sprache kodifiziert ist (VON GLASERSFELD 1999). Dieses Abkommen ist nur ein implizites und unausgesprochenes, aber sein Inhalt ist obligatorisch. Wir können nicht sprechen, ohne uns der Ordnung und Klassifikation des Gegebenen zu unterziehen. Sprache kann nur im sprachlichen Umgang mit anderen aufgebaut werden und diese Erfahrung ist unter allen Umständen subjektiv (VON GLASERSFELD 1999). Sprache ist nicht nur an eine bestimmte Lebenswelt gebunden, sondern erzeugt beim Empfänger eines Zeichens „eigenständig Wirklichkeiten“. Mit dem Gebrauch von Sprache stellt sich das Problem, einen rekursiven, zirkulären und nicht verdinglichten Prozess abzubilden. Systemische Konzepte und Einsichten sind jedoch, so KRIZ (1998), mit unserer a-systemischen, indoeuropäischen Sprachkultur (mit Objekten und statischen Beziehungen) nicht angemessen vermittelbar¹.

Die Sprache formt das Denken, es ist jedoch irrig anzunehmen, dass wir uns auch „wirklich“ verstehen, auch wenn wir die gleiche Sprache sprechen². Zu den durch Konvention festgelegten Zeichendeutungen, kommen die ganz persönlichen Konnotationen, die bei mir ganz andere Vorstellungswelten hervorrufen können als bei meinem Gesprächspartner. Die Verstehensvarianten vergrößern sich dabei noch in Abhängigkeit vom Gesprächsgegenstand. Reden wir von konkreten Dingen, ist eine Annäherung, das Erzielen einer „scheinbaren Übereinstimmung“, leichter möglich, als bei Gesprächen über Emotionen und Abstrakta. Dabei dürfen zwei Sachverhalte nicht vergessen werden: Zum einen werden mittels Sprache

¹ Siehe SIMON (1995a), J. KRIZ 1998 und LUDEWIG 1985).

² Für LUHMANN (1984) ist es unwahrscheinlich, dass jemand in der Kommunikation erreicht, verstanden und akzeptiert wird. Daher sei alle Kommunikation „riskant“.

keine Informationen, Botschaften, Meinungen oder Gedanken übertragen, sondern sprachliche Zeichen. Diese sind nur Impulse und Anregungen, in denen nicht verpflichtend festgelegt ist, wie der Hörer oder Leser reagiert. Zum anderen ist es nicht möglich, parallel ablaufende Vorgänge eines komplexen Zusammenhangs „gleichzeitig“ sprachlich mitzuteilen. Sobald wir reden, nehmen wir, um die Komplexität des Lebens zu reduzieren, Interpunktionen vor.

Soziale Systeme konstituieren sich nach LUHMANN (1984) durch sinnhafte Kommunikation. Für den Autor ist Sinn eine Form des Umgangs mit Komplexität und zwar in sachlicher (dies/anderes), sozialer (Ego/Alter) und zeitlicher (vorher/nachher) Hinsicht (EUGSTER 2000). Sinn verweist im "Verweisungsüberschuß" (LUHMANN 1984) auf weitere Möglichkeiten des Erlebens und ermöglicht über die Anschlußfähigkeit von Kommunikationen die Kommunikation mit weiteren Systemen. Bezogen auf eine komplexe Umwelt müssen Sozialsysteme ihre Zeit und Energie auf das systemspezifisch Sinnvolle begrenzen. Sinn konstituiert Sinn und ist immer systemspezifisch. Es ist das Steuerungskriterium eines hochkomplexen spezifischen Systems und setzt einerseits Komplexität voraus und reduziert andererseits durch die Konstituierung von Sinn die Komplexität (DÜR 1997, BARALDI u.a. 1997). So wird der Bezugsrahmen gebildet, um Bestand, Wandel und Wechselwirkungen der Systeme begrifflich zu fassen.

Sinn ist für LUHMANN (1984, siehe hierzu auch STRAUBMANN 1997) eine evolutionäre Errungenschaft sozialer und psychischer Systeme, die keine Analogie zu lebenden Systemen zuläßt. Sinn und biologisches Leben werden als unterschiedliche Typen autopoietischer Organisation unterschieden (BARALDI u. a. 1997). Biologische Systeme folgen zwar einer Eigenlogik, ihrer eigenen Selektivität und Anschlußfähigkeit, sie stellen jedoch für LUHMANN (1984) nicht selbständig Sinn her.

J. KRIZ (1998 u. 1999) kritisiert LUHMANN'S Position. Er geht davon aus, dass Menschen miteinander in einem Wahrnehmungsfeld operieren und dabei Handlungen sinnhaft hervorbringen. Es schließt so keineswegs Kommunikation an Kommunikation an, sondern die kommunikative Handlung von A muss irgendwie von B aufgenommen werden und in eine eigene sinnhafte kommunikative

Handlung umgesetzt werden. Für Verhaltensänderungen sei wichtig, dass Menschen in einem Wahrnehmungsfeld anderer Subjekte operieren und dabei Handlungen sinnhaft hervorbringen.

Der handlungstheoretische Kommunikationsbegriff sieht sinnhafte Interaktion und Kommunikation durch vorgegebene soziale Bedingungen vorstrukturiert. Kommunikation kann handlungstheoretisch als ein Prozess, in denen sich Individuen als denkende, empfindende und handelnde Personen zueinander in Beziehung setzen (SCHERR 1995), interpretiert werden. Für HABERMAS (1981) hat Kommunikation nicht nur die Hervorbringung einer Gesellschaft, sondern zugleich auch die Reproduktion von Herrschaftsverhältnissen zu thematisieren. Verständigung stößt an Grenzen, wenn soziale Herrschaft die zwanglose Artikulation von Überzeugungen verhindert. Mit seinem Ansatz zielt HABERMAS auf die Überwindung von Zwang und Herrschaft, indem er die Ursache – den repressiven Charakter der gesellschaftlichen Ordnung - benennt. Lebensweltliche Kommunikation ist HABERMAS zufolge dadurch charakterisiert, dass sprachliche Verständigung auf der Grundlage der Wahrhaftigkeit, Richtigkeit und Verständlichkeit angestrebt wird. Nur in solchen Verständigungsverhältnissen können sprach- und handlungsfähige Individuen heranwachsen (SCHERR 1995), denn Handlungen finden in einem spezifischen Kontext statt, der Diskursregeln vorschreibt.

HABERMAS formuliert daher eine Konsensustheorie der Wahrheit. „Wahrheit“ ist ein Geltungsanspruch, der sich auf Aussagen über Sachverhalte bezieht und insofern nur diskursiv eingelöst werden kann. Es wird versucht im Dialog ein Einverständnis der Diskurse herzustellen. Für solch einen Diskurs sind eine Reihe von Voraussetzungen erforderlich: Die Dialoge sind intersubjektiv zu führen, unbewusste Motive müssen rekurriert werden, sie sollen in einer herrschaftsfreien Situation stattfinden und auf Rationalität¹ ausgerichtet sein. Interaktion und kommunikatives Handeln ist für HABERMAS grundsätzlich dialogisch, d.h. die Situationsdeutungen und Handlungspläne werden nicht egozentrisch entworfen, sondern über Akte der Verständigung mit anderen Handelnden koordiniert.

¹ Der Rationalitätsbegriff von HABERMAS (1981) schließt die Kommunikation ermöglichenden Elemente mit ein. Dazu gehören Emotionalität, Kreativität, Intention und Leiblichkeit.

Der Kontext einer Handlung übt eine „selektive Macht“ aus (BUCHHOLZ 1990). So ist beispielsweise bei einer polizeilichen Vernehmung klar, wer die Fragen stellt und wer zu antworten hat. Je höher die Kontexte formalisiert sind, desto präziser reichen Regeln in die offene Verhaltensregulierung hinein. Nimmt die Formalisierung ab, *„wird der Bereich von Verhaltensvorschriften unschärfer, die Toleranzen für Verstöße nehmen zu, die Regeln beziehen sich immer weniger auf manifestes Verhalten, sondern auf die Beziehungsgestaltung und auf die wechselseitige Interpretation von Motivlagen.“* (BUCHHOLZ 1990, S. 139) Je formalisierter der Kontext ist, desto weniger müssen sich die Beteiligten in einem Diskurs verständigen, bei gering formalisierten Kontexten, wie der Familie, sind hingegen viele Diskurse notwendig.

Sozialsysteme sind, so kann zusammengefasst werden, auf der Basis von Sinn organisiert. Sowohl in Leitbildern, Werten, Normen und Rollen als auch in laufenden Interaktionen wird Sinn produziert. Symbole werden zu einer eigenständigen Wirkungsebene. Die Konstitution von Sinn erfordert Zusammenhänge und den Bezug auf die Umwelt. Nur in der Rückbindung an das "intersubjektive Milieu" (vgl. PETZOLD 1993) menschlicher Sozialität können Strukturen bedeutungsträchtig und Funktionen zielgerichtet sein. Kommunikationen und Gedanken realisieren sich im Sinn. An der Systemtheorie kritisiert HABERMAS (1981), dass sie das Problem der Systemerhaltung in den Mittelpunkt stellt und das Problem der Emanzipation der Handelnden und der Humanisierung der Gesellschaft aus den Augen verliert. Während LUHMANN die Gesellschaft insgesamt als das subjektlose Prozessieren von Information, Mitteilung und Verstehen betrachtet, sieht HABERMAS in ihr einen Handlungszusammenhang vergesellschafteter Individuen und Gruppen und eine Komponente der Lebenswelt (neben Kultur und Person) (vgl. K. ROTH 1997). Die Gesellschaft kann sich zwar durch Systembildung und Differenzierung teilweise entlasten, muss sich aber insgesamt unweigerlich durch Verständigungsprozesse reproduzieren. Erkenntnis und Erkenntnisgewinn sind nicht wertfrei, sondern von Interessen bestimmt. Der systemtheoretische Ansatz, wie ihn LUHMANN vertritt, berücksichtigt nicht genügend die Wirkung gesellschaftlicher Macht. Eine Auseinandersetzung um die „richtige Konstruktion von Wirklichkeit“ erweist sich gleichzeitig auch als eine Auseinandersetzung um Macht. Diese Prozesse prägen entscheidend die Defi-

inition, d.h. bezogen auf das Thema dieser Studie, die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit.

2.5 Die Personenzentrierte Systemtheorie

In der systemtheoretischen Literatur wird kontrovers diskutiert, welche Stellung der „Person“, bzw. dem „Menschen“ zukommt. Wie bereits erwähnt, können für LUHMANN nur Kommunikationen kommunizieren und nicht Personen¹. Die Personen werden sozusagen aus der Theorie "hinausgeworfen" (VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997). Seit Anfang der neunziger Jahre ist eine „Wiedereinführung der Person“ zu beobachten². In diesem Kapitel soll begründet werden, wieso die vorliegende Studie dem personenzentrierten Ansatz folgt.

Für LUHMANN (1984) konstituieren Personen sich lediglich als Adressen für weitere Kommunikationen. Personen dürfen demnach nicht verwechselt werden mit der psychischen Realität der Bewußtseinsvorgänge oder mit der Lebensrealität des menschlichen Körpers. Soziale Systeme bestehen für LUHMANN nicht aus Menschen, die reden, sondern aus Kommunikationen. Kommunikation erzeugt sich selbst, ist also immer selbstreferentiell. Bei einem Versagen der Kommunikation, also z.B. bei Problemen in Familien, bleibt nach diesem Verständnis nur der Rekurs auf eine reflexive Kommunikation. Die Person ersetzt LUHMANN durch das selbstreferentielle System, es wird sogar zu einer „Randbedingung“ (LUHMANN 1997). Diese Position scheint LUHMANN (1984) jedoch nicht ganz durchzuhalten, denn eng an Personen gekoppelte Kommunikation betrachtet er als einen Ausnahmezustand. Solch eine Kommunikation sei beispielsweise für das System Familie charakteristisch, da dieses System als ein auf Intimkommunikation spezialisiertes Funktionssystem ausdifferenziert sei. Wenn auch kritisch zu sehen ist, dass LUHMANN Personen nur als Umwelt

¹ Aus einer systemtheoretischen Perspektive verstehen LUHMANN (1984) und WILLKE (1996) Personen als operativ geschlossene psychische Systeme. Das Nervensystem des Menschen erzeugt Gedanken, Vorstellungen und ein Bewußtsein, dessen Konstitution ausschließlich aus der Organisationsweise und Struktur des neuronalen Systems erfolgt.

² Siehe VON SCHLIPPE und SCHWEITZER (1997), LUDEWIG (1995), WILLKE (1996), MATURANA (1987), KRIZ (1990 u. 1999), PÖRKSEN (2001).

beschreibt, so bedeutet dies für ihn jedoch nicht, dass Personen unwichtig sind (STRAUBMANN 1997). Auch BARALDI u. a. (1997) betonen, die Verortung der Person außerhalb des sozialen Systems in die Umwelt bedeute keine Abwertung der Relevanz der Menschen für die Gesellschaft, denn mit dem Übergang zur Leitdifferenz System/Umwelt käme der Umwelt mindestens die gleiche Bedeutung zu, wie dem System¹.

Die personenzentrierte Systemtheorie (siehe VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997, SCHIEPEK 1999, LUDEWIG 1995, J. KRIZ 1990, 1999, W.C. KRIZ 2000) führt die Person in die Systemtheorie wieder ein und stellt den Entwurf eines Mehrebenenansatzes dar, der ausdrücklich die psychischen und physiologischen Aspekte der Kommunikation zum Thema macht.

MATURANA (2001) betont, Kommunikationen setzen Menschen voraus, die kommunizieren. LUHMANN ersetze, so der Vorwurf MATURANAS, Moleküle durch Kommunikationen und klammere so die Menschen aus. Luhmann erschaffe in seinem Modell eine Gesellschaft nicht nur ohne Menschen, sondern auch eine, in der Menschen mit besonderen Eigenschaften nicht vorkommen. LEVOLD (1993) bezweifelt besonders die Brauchbarkeit des Ansatzes von LUHMANN für die Erfassung der Dynamik von Familien, da dessen Ansatz „*theorietechnisch entpersonalisiert*“ (S. 30) sei.

Auch J. KRIZ (1999) versteht sich als ein Vertreter einer personenzentrierten Systemtheorie, in der die Abfolge von Kommunikationen so interpunktiert werden, dass beim Kommunikationsprozess die Personen in den Mittelpunkt des Geschehens rücken. Für KRIZ liegt LUHMANN'S größter Fehler darin, dass er in seinem theoretischem Konzept die Personen ausläßt. KRIZ geht, wie LUHMANN, von beobachtbaren Regelmäßigkeiten in den Interaktionen zwischen Mitgliedern sozi-

¹ BUCHHOLZ (1990) steht der Auffassung von LUHMANN kritisch gegenüber, hält sie aber im Rahmen dessen Denksystems für konsequent, da LUHMANN das soziale vom psychischen System abtrennt. *"Die Person ist Umwelt für das soziale System der Kommunikationen, gewährleistet andererseits den Aufbruch der operationalen Geschlossenheit. 'Person' ist leer; sie ist eine 'Adresse' für Kommunikationen, gleichsam der Briefkasten, aber wer im Haus wohnt, bleibt jenseits des theoretischen Anschlags."* (BUCHHOLZ 1990, S. 35).

aler Systeme aus. Den Fokus für die Basis der sozialen Interaktionen bilden jedoch die individuellen Prozesse des Menschen mit seinem subjektivem Erleben (Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle). J. KRIZ wählt also primär nicht eine makrosoziologische oder physiologische/biologische Perspektive. Allerdings dürfen auch nach KRIZ diese Sichtweisen in dem Gesamtkontext nicht ignoriert werden. Für ihn gewinnt der Mensch¹, als ein kommunikatives Wesen, seine Identität in sozialen Prozessen und wird als solcher zum Hauptgegenstand der theoretischen Bemühungen.

Ein weiterer Vorteil der Einbeziehung der Person in systemtheoretische Konzepte besteht darin, dass berücksichtigt werden kann, dass eine Person ständig in einem inneren Dialog mit sich selbst kommuniziert. In diesen inneren Dialog gehen Erwartungshaltungen und Projektionen ein. Mit der Zeit bilden sich Erwartungsstrukturen, das heißt, man meint bereits zu wissen, was der andere sagen wird. Reagiert wird nicht auf das Geäußerte, sondern auf das Erwartete. Reduziert sich allerdings Kommunikation auf diesen Vorgang, d.h. werden nicht mehr die tatsächlichen Kommunikationsakte wahrgenommen, kommt es zu einem „Nichtverstehen“ der Kommunikationssubjekte. Die Differenzierung zwischen „Erwartetem“ und „tatsächlich Geäußertem“ gehört damit zu den essentiellen Metafähigkeiten der Kommunikationssubjekte. Ist diese Fähigkeit nicht vorhanden, spricht WILKE (1996) von funktionellen Kommunikationsstörungen, da vor allem Veränderungen im Ablauf und Inhalt von Kommunikationsprozessen nicht wahrgenommen werden können. Neue Erfahrungen können nicht mehr zugelassen und die Erwartungshaltungen der Subjekte nicht mehr an neue Umweltbedingungen angepasst werden.

Im Rahmen der Personenzentrierten Systemtheorie bilden Personen die „Berührungspunkte“ (HEJL 1992) sozialer Systeme. In diesem Zusammenhang führt LUDEWIG (1995) den operativen Begriff des „Mitgliedes“ in das Konzept der „Problemsysteme“² ein, der nicht für den Menschen als Einzelwesen steht, son-

¹ Der Mensch kann mit PETZOLD als ein „Körper-Seele-Geist Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld definiert werden. Leibsubjekt und Lebenswelt sind in der „*primordialer Ko-respondenz*“ miteinander verschränkt (1993, S. 54).

² Im Kapitel 4.6.4: „Problemsysteme – Kurt Ludewig“ wird auf die Bedeutung dieser Konzeption für ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit eingegangen.

den für eine sozial konstituierte Einheit, die der Mensch darstellt. „Mitglieder“ fasst er als rekursive Operatoren auf, die den Kommunikationsprozess prägen. Mit diesem Konzept ist es möglich, Menschen als Teil eines Systems zu verstehen und seine emotionalen Qualitäten, einschließlich der leiblichen Ebene und der Relationalität¹ einzubeziehen. So kann LUHMANN'S Ansatz, dass nur Kommunikation kommuniziert, widersprochen werden. Der Personenzentrierte Ansatz bietet zudem für die im Weiteren vorgestellte subjektorientierte Forschung einen Anknüpfungspunkt.

2.6 Der Leib als soziales Phänomen

„Das Problem der Welt schließt eine Soziologie des Körpers ein, eine Frage, die in der Soziologie insgesamt verdeckt und unterentwickelt geblieben ist.“

TURNER (1984, in LABISCH 1992)

Bei Störungen des menschlichen Wohlbefindens, wie z.B. bei den Essstörungen, ist der Leib Ort des Geschehens, er wird zum Ausdrucksort von Symptomen. Daher soll in diesem Kapitel thematisiert werden, wie der Leib als ein soziales Phänomen in ein umfassendes systemisches Verständnis einzubeziehen ist. Dazu wird auf H. PETZOLD (1993) zurückgegriffen, der in seiner Konzeption den Begriff Leib vom Begriff Körper unterscheidet. Seiner Definition wird in dieser Arbeit gefolgt.

PETZOLD (1993) beschreibt den Zusammenhang zwischen Leib und Welt mit dem Begriff der „*Relationalität*“ (S. 527ff), als einem Ort, indem sich Innen und Außen verschränken. Der Begriff „Leib²“ umschließt für PETZOLD (1993) die

¹ PETZOLD (1993) meint mit Relationalität einen Prozess der intersubjektiven Korespondenz. *„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums.“* (PETZOLD 1993, S. 55)

² „Leib“ definiert PETZOLD als *„die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata, bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen, Relationalität mit dem Umfeld, ihren antizipatorischen Prospektionen und dem mnestisch archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem zusammenwirken das personale „Leibsubjekt“ als Synergem konstituieren.“* (1993, S.529)

Dimensionen Körper, Seele, Geist und Sozialität. Der Begriff „Körper“ hingegen meint lediglich die materielle Grundlage des Menschen¹. Leib-Rhythmen verbinden uns mit der Welt (Tag/Nacht, Einatmung/Ausatmung, Hochform/Niedrigform). Krankheiten und schwere Persönlichkeitsstörungen äußern sich häufig in dem Gefühl aus dem Rhythmus gefallen zu sein (z.B. bei Depressionen und Schlafstörungen). PETZOLD geht in seinem Leibkonzept von der „Enkulturation“ und der „Sozialisation des Körpers“ aus, durch die sich der Leib als „*individual and social body*“ (vgl. S. 94ff) entwickelt. Die Prägung des Körpers durch die Einflüsse der sozialen Welt bewirken eine spezifische individuelle Mimik, Gestik, Sprache und Körpersprache. Diese werden in der Sozialisation und Enkulturation inkarniert (Inkarnation). Inkarnisationsdefizite entstehen durch mangelnde Zuwendung und Inkarnisationsstörungen durch unsichere Beziehungskonstellationen. Alle seelischen Vorgänge, das Wahrnehmen, Empfinden, Nachdenken, in Kontakt treten u.a. sind auch leibliche Vorgänge (PETZOLD 1993). Viele Gefühle sind bereits abstrahiert, sie sind von Erfahrungen geformt und verinnerlichte Abstraktionen von Empfindungen². Was wir üblicherweise als Gefühle bezeichnen sind leibliche Ereignisse. Ohne die leiblichen Empfindungen von Engung (Angst), Weitung (Lösung), Spannung (Interesse), Schwellung (Hochgefühl), wären unsere Gefühle gleichsam nur „Abziehbilder“, „Photos“ von Gefühlen (keine Angst ohne Herzklopfen, keine Trauer ohne Gliederschwere, keine Freude ohne Leichtigkeit und keine Wut ohne Anspannung). Tasten, Riechen, Empfinden, Berühren sind als sinnliche Eigenschaften die Grundlage des atmosphärischen Erfassens. Einen Teilausfall dieser Fähigkeiten nennt PETZOLD (1993) „Skotomisierung des Wahrnehmungsfeldes“ und „Anästhesierung des perzeptiven (wahrnehmenden) Leibes“³.

¹ Diesem Konzept PETZOLDS liegen entsprechende umfassende Grundkonzepte zugrunde.

² Empfindungen sind konkret sinnlich z. B. hell - dunkel, laut - leise.

³ Die gesundheitliche Problematik der Dissoziation von Leiblichkeit und Sozialem wird beispielhaft am Krankheitsbild der Alexithymie deutlich. Hier haben Patienten große Schwierigkeiten Beziehung zu ihren Gefühlen aufzunehmen und sie in ihren Lebensvollzug zu integrieren. Die mangelnde Selbstreferenz und der mangelnde Ausdruck der Emotionen kann in einem rekursiven Prozess zum Entstehen weiterer Symptome beitragen. In solchen Fällen signalisieren erst die auftretenden Symptome, dass der Gefühlsablauf dieser Menschen, den sie oft konsequent versuchen zu ignorieren, erheblich beeinträchtigt ist.

Der expressive Leib umfasst Ausdrucksfunktionen und –fähigkeiten wie Haltung, Bewegung, Stimme, Tonus, Mimik, Gestik und spielerische/künstlerische Ausdrucksformen. Soziale Einflüsse können den Ausdruck dessen hemmen („sei leise“, Trauer nicht zeigen, u.a.). Durch Verbote, Entmutigungen, fehlende Anregung und fehlende „*leibliche Echos*“ kann es zu „*Lähmungen*“ und „*Amputationen*“ kommen (die schlaffe Hand, schwache Beine, piepsige Stimme....) (PETZOLD 1993, S. 582 u. 596).

Das Gedächtnis¹ ist als der „*memorative Leib*“ (a.a.O., S. 1157) nach PETZOLD die Basis der Persönlichkeit. Es verbindet den Menschen mit sich selbst, die Gegenwart mit der Vergangenheit und der Zukunft. Das Großhirn speichert Empfindungen, Bewegungen, Szenen, Beziehungen und Wörter in Form von vernetzten Engrammen (Inschriften). Die Bildung von Engrammen muss über die Sinne stimuliert werden. Das Leibgedächtnis ist kein anderes Gedächtnis, sondern speichert die Gedächtnisspuren von leiblichen Vorgängen. Der Leib wird zu einem „Referenzschema für die Ordnung der Welt“ (PORTELE² 1989).

Ähnlich argumentiert HURRELMANN (1991), ohne aber eine korrespondierende Begrifflichkeit zu entwickeln³. Er sieht das Verhältnis der Person zu ihrem „Körper“ in einer dualen Betrachtung durch zwei Seiten bestimmt. Auf der einen Seite sei es biogenetisch definiert, d.h. Körper und Bewegung können nicht willkürlich und beliebig beherrscht werden. Durch die biologischen Grenzen verfügt das Individuum über ein bestimmtes biogenetisches Potential. Auf der anderen Seite ist das Verhältnis der Person zum Körper sozial definiert: Körper und Bewegung sieht HURRELMANN als soziale Gebilde, da kulturelle Regelungen, Normierungen und Definitionen dem Individuum nahelegen und vorschreiben, wie ein Mensch

¹ PETZOLD (1993) unterscheidet das proziozeptive (eigenleibliche), das atmosphärische, das ikonische (bildhafte), das szenische und das verbal - symbolische Gedächtnis.

² PORTELE geht noch einen Schritt weiter, er betont: „*Ich bin Leib.*“ (1989, S. 216) PORTELE bezieht sich auf BÖHME, für den bereits das besitzanzeigende Fürwort „mein“ anzeigt, dass ich mich von meinem Leib distanzieren. In diesem „Haben“ statt „Sein“ dokumentiert sich bereit die Entfremdung vom Leib.

³ Der „Körperbegriff“ von HURRELMANN (1994, S. 162) beinhaltet die Körperwahrnehmung, die Körperbeziehung und das Körperverhalten, die durch die biologischphysikalische Beschaffenheit, materielle Gestaltung, kulturelle Überformung, soziale Interaktions- und Kommunikationsstrukturierungen, Dichte und Reziprozität der Beziehungen und die Teilnahme- und Partizipationschancen des Individuums im unmittelbaren sozialen und ökologischen Raum bestimmt werden.

mit seinem Körper umgehen und wie er sich bewegen soll. Die körperliche Befindlichkeit einer Person drückt das individuelle Erleben aus und ist gleichzeitig Ausdruck der gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Diese wird geprägt durch Strukturen und Ereignisse, die sich außerhalb des Bewußtseins durchsetzen und vergegenständlichen insofern die gesellschaftlichen Verhältnisse. *„Kollektive Erfahrungs- und Handlungsmuster vergesellschaften das individuelle biogenetische, physiologische und psychophysische Potential“*. (HURRELMANN 1994, S. 162) Die körperliche, Befindlichkeit einer Person verknüpft HURRELMANN mit psychologischen und soziologischen Dimensionen der Befindlichkeit und führt sie in sein Konzept der *„Lebensweise“*¹ (a.a.O. S. 163) ein.

VARELA (1992) verwendet bei der Beschreibung der Zusammenhänge von Körper und Geist den Begriff der *„Verkörperung“* (S.10). Verkörperung umfasst zweierlei: Zum einen meint der Begriff die lebendige empirische Struktur und zum anderen den Körper als Kontext und Milieu von Kognitionsmechanismen. Der Prozess der Verkörperung umfasst die Aneignung von Wissen, Erkenntnis und Erfahrung. Somit besteht ein Zusammenhang zwischen Kognitionen und Erfahrungen. Der Körper wird als *„Gedächtnisstütze“* benutzt.

S.J. SCHMIDT (1998) betont aus einer systemtheoretischen Perspektive bei der Betrachtung von Körper/Leib einen weiteren Aspekt. Er verweist darauf, dass beim Wahrnehmen, beim Erkennen, der eigene Körper mit wahrgenommen werden muss, wenn das Bewußtsein fähig sein soll, Selbst- und Fremdreferenz zu unterscheiden. Erst durch die Einbeziehung des eigenen Körpers² in die Wahrnehmung der Welt sei diese *„komplett, kompakt und undurchdringlich“* (a.a.O. S. 47).

¹ In diesem Konzept kommt zum Ausdruck, unter welchen Lebensbedingungen eine soziale Gruppe zu welchen (Re-) Aktionsformen gelangt. Die Lebensweise gibt Aufschluß darüber, welche handlungsleitenden Orientierungen eine Gruppe in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ihren Lebensbedingungen entwickelt. Diese Orientierungen zeigen sich in geteilten sozialen Werten, Normen, Sprachformen, Interaktionen und stellen ein Reservoir für Individuen, bzw. Untergruppen dar, aus dem sie persönliche und soziale Identität schöpfen.

² Es gibt auch eine *„leiblich-atmosphärisch“* vermittelte Wirklichkeit. Diese Art von Fremdbeobachtung läßt sich nur partiell erklären. HEINL (1986, 1987) beschreibt, wie sich aus seiner Sicht, Wirklichkeit, die in Familienstrukturen begründet ist, sich in der Gegenwart, in der Atmosphäre und im Leib *„abbildet“*.

SIMON (1991) gehört wie VARELA und S.J. SCHMIDT zu den wenigen Systemtheoretikern, die den Systembereich Körper betonen. Im Rahmen einer umfassenden Perspektive betrachtet er den Körper als Umwelt. Der Körper (das System physiologischer Regeln), das Verhalten (das System vorschreibende Regeln), das aktuelle Weltbild eines Menschen (das System der beschreibenden Regeln) und das soziale System (das System interaktioneller Regeln¹) sind selbstorganisierende, operational geschlossene autonome Systeme. Die Bereiche der autonomen Leibfunktionen sind nicht unmittelbar zugänglich. Störungen werden in den Symptomen angezeigt, z.B. im Fieber. Diese autonomen Leibfunktionen unterliegen vielfältigen Einflüssen (Stress u.a.).

Mit Bezug auf CIOMPI sieht SIMON Psyche und Körper als strukturell gekoppelt. In ähnlicher Weise analysiert er die System-Umfeld-Beziehungen zwischen sozialen und körperlichen Prozessen, beispielsweise den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit eines Menschen und den familiären Interaktionsmustern. *„Die Familie kann dabei nie schuld (= Ursache) an der Entstehung einer Krankheit sein. Sie kann aber den Spielraum, die Gesundheit zu erhalten, einengen. Und umgekehrt: Auch die körperlichen Bedingungen sind nicht Ursache der familiären Strukturen, sondern sie begrenzen nur die Bandbreite zwischen Notwendigkeit und Möglichkeit.“* (a.a.O., S. 86) Zwischen diesen autonomen Systemen gibt es keine Hierarchie, sondern eine Beziehung der Gegenseitigkeit. Somit reden wir, wenn wir über den Körper reden, immer auch über soziale und psychische Phänomene.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass mit der Beschreibung des Körpers zugleich durch die Wahl der Worte soziale Bewertungen vorgenommen werden. Schönheit, der Körperbau, die Haarfarbe usw. sind keine Merkmale des Körpers an sich; sie sind nicht zu lösen vom jeweiligen kulturellen Kontext. Aber auch umgekehrt, wenn wir über ein soziales System sprechen, schließt dies den Körper ein, da seine von ihm vorgegebenen Möglichkeiten und Begrenzungen

¹Regeln beschreiben die in einem System beobachtbaren Redundanzen. An ihrer Beschreibung wird deutlich, wie sich die Mitglieder eines Systems darauf geeinigt haben, die „Wirklichkeit“ zu definieren (VON SCHLIPPE u. SCHWEITZER 1997). Sie geben Auskünfte, wie ein erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten aussehen soll.

immer mit gedacht und mit gefühlt werden¹. Wir bewegen uns somit gleichzeitig auf der Ebene leiblicher, ökonomischer, politischer, ethischer und ästhetischer Bewertungen. So sind – darauf verweist SIMON (1991) – körperliche Merkmale nur eine unter vielen Bestandteilen der persönlichen Identität, die sich alle in der Kommunikation mit anderen Menschen, in der Relationalität, entwickeln.

Zusammenfassung

Das Leben beinhaltet in all seinen Dimensionen leibliche, psychische und soziale Vorgänge. Es ist immer in Bewegung, im Prozess. Im Leib inkarniert sich die Befindlichkeit der biografisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel mit den Gegebenheiten seiner Umwelt und seiner Geschichte. Der Leib ist als ein soziales Phänomen zu betrachten, er ist „intersubjektiv“ gestaltet (RIDDER 1988, PETZOLD 1993) und schließt kognitive und affektive Aspekte ein. Der Mensch muss seine „*besondere Natur kulturell-gesellschaftlich*“ verarbeiten (LABISCH 1992, S. 291). Die biologische und die gesellschaftliche Existenz des Menschen können nicht unabhängig voneinander, sondern nur als ein Wirkungszusammenhang gedacht werden. Der Mensch umfasst so die Dimensionen Leiblichkeit, Personalität, Institutionalität und Sozialität.

Die Bedeutung des Leibes wird in Standardwerken der Systemtheorie von LUHMANN, WILLKE u. a. nicht ausreichend berücksichtigt, bzw. es wird der unzureichende Begriff des Körpers nur in Teilaspekten erörtert. Ein Konzept, welches systemtheoretisch an den Leibbegriff anknüpft, ermöglicht es, das Subjekt in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen und bildet so eine Brücke zwischen einer Systemtheorie, die sich von LUHMANN abgrenzt und einer subjektorientierten Forschung. An die Erörterung der Bedeutung des Leibes im sozialen Kontext schließt sich die Frage an, wie die Kopplung zwischen diesen Dimensionen erfolgt. Im nächsten Kapitel wird versucht Antworten auf diese Frage zu finden.

¹ Körperliche Potentiale machen Menschen grundsätzlich sozial abhängig. Dies beginnt bereits mit der Geburt, denn der neugeborene Mensch ist nicht selbständig lebensfähig, nur im Kontext der (meist familiären) Interaktion ist sein Überleben gesichert. Somit ist die kleinste Überlebenseinheit für das Individuum nicht das Ich, sondern die Beziehung zu anderen Menschen, also die soziale Gruppe.

2.7 Soziale, psychische und organische Systeme und deren Wechselbeziehungen

Die Verknüpfung von Leib, Geist, Psyche und Sozialität ist für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ein bedeutsames Wissensgebiet, dem immer mehr Aufmerksamkeit zukommt. Neben Soziologie, Medizin, Psychologie und den Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich auch die Naturwissenschaften, hier besonders die Neurobiologie, mit dieser Thematik. In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die Wechselbeziehungen von sozialen, psychischen und organischen Systemen¹. Ich beginne mit Anmerkungen über das Modell der „strukturellen Kopplung“ von LUHMANN.

Für LUHMANN sind, wie bereits ausgeführt, biologische, psychische und soziale Systeme füreinander Umwelt. Eine entscheidende Frage zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist das zu bestimmende Verhältnis der Systemtypen. Systeme sind voneinander abhängig, sie können ohne andere nicht existieren² und operieren. Die Annahme, dass Psyche und soziale Umwelt füreinander wechselseitig Umwelt sind, ist für LUHMANN eine *„heilsame Radikalkur gegen die alte Krankheit des Holismus, der alles verschlingenden Ganzheitseuphorie“* (1995 S. 31). LUHMANN grenzt sich vom Holismus ab und schlägt um die Beziehungen zwischen den Systemen zu kennzeichnen, den Begriffe der „strukturellen Kopplung“³ und den der „Interpenetration“ als Dachbegriffe vor.

Da für LUHMANN (1984) auf die Wirkung einer jeden Aktivität, einer Operation, z.B. des Nervensystems, wiederum eine Aktivität des Nervensystems folgt, werden in dieses Nervensystem keine Informationen aufgenommen und verarbeitet, sondern lediglich innere Aktivitätsmuster variiert. Somit gibt es aus der Innenperspektive keine Innen-/Außen-Unterscheidungen. Nur aus der Außen-

¹ Im vierten Kapitel dieser Arbeit werden mehrere systemische Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit vorgestellt, in denen versucht wird, das Problem der Kopplung der sozialen, psychischen und organischen Systeme auf verschiedenen Wegen zu lösen.

² Die Atmung ist ein Beispiel der ständigen Verbindung zwischen Leib, Psyche und sozialer Umwelt. Nur im Zusammenspiel dieser Systeme können Menschen überleben.

³ Strukturelle Kopplung wird als ein Prozess wechselseitiger Anpassung verstanden, der zu einer zumindest vorübergehenden Ruhe führt, wenn sich beide Systeme nicht mehr „stören“.

perspektive (SIMON 1991, 2000b) kann zwischen dem Organismus und seiner Umwelt unterschieden werden, indem davon ausgegangen wird, dass sich in der Interaktion mit der Umwelt der motorische Ausgang mit dem sensorischen Eingang verbindet und die selbstbezügliche Schleife (Selbstorganisation) schließt. Veränderungen in der Umwelt eines Systems wirken lediglich als „Perturbationen“¹. Durch eine Perturbation gerät ein System in eine „Krise“ und verläßt den Ruhezustand. Die alten Operationen verlieren ihren Nutzen, was nicht nur negativ, sondern auch positiv sein kann und führen zu einer neuen Anpassung, da ein System sich verändern muss, wenn es überleben will. Ohne Perturbationen und „Krisen“, ohne „Störungen“ von Ruhe und Ordnung gibt es keine Evolution. Somit sind Perturbationen Störungen und Anregungen, Chancen und Gefahren.

Im Prozess der strukturellen Kopplung vollziehen Systeme einen Entwicklungsprozess, indem jedes System die Überlebensbedingungen und Selektionskriterien für das Verhalten und die Strukturen anderer Systeme beeinflusst. Systeme entwickeln sich koevolutiv, was nicht Kausalbeziehungen, sondern Gleichzeitigkeit meint. Für die Entwicklung von Systemen ist daher entscheidend, an welche Umwelten es dauerhaft gekoppelt ist (EUGSTER 2000). Im Rahmen des Prozesses der strukturellen Kopplung begrenzen Systeme zudem gleichzeitig ihre Entwicklungsmöglichkeiten. Die Koinzidenz zweier interpenetrierender Systeme ist ein Ereignis, dass im Moment seines Erscheinens wieder verschwindet (BARALDI u. a. 1997). Damit es zu einer strukturellen Kopplung kommt, sind Wiederholungen in den Interaktionen notwendig.

"Strukturelle Kopplung" meint die Kopplung der Strukturebenen² der jeweiligen Systeme, also nicht etwa von Operationen. Eine Operation findet immer im hier und jetzt statt und wird als Struktur abgespeichert. Der Begriff der strukturellen

¹ Perturbation meint Beunruhigung, Störung und Anregung.

² Unter Struktur wird in einem kybernetisch-systemischen Sinn die Gesamtheit der zwischen den Elementen eines dynamischen Systems bestehenden Beziehungen verstanden, wenn der Systemprozess regelhaft, organisiert und zielgerichtet abläuft. Der Strukturbegriff beinhaltet „äußere“ Strukturen (z.B. familiäre Organisationsform, Familiengröße, ökonomische Lage, Geschwisterreihenfolge u.a.) ebenso, wie „innere“ Strukturen (familiäre Rollen, Regeln, Grenzen u.a.). Strukturen sind der Ausdruck von Funktionsweisen eines Systems (siehe SIMON u. STIERLIN 1983, SIMON 1995a, KAISER 1989, ALBRECHT 1997).

Kopplung bezeichnet immer ein Verhältnis der Gleichzeitigkeit, wie auch System und Umwelt immer gleichzeitig existieren. Was gleichzeitig ist, entzieht sich einer kausalen Beeinflussung. Es gibt so keinen Einbau von Operationen des einen Systems in ein anderes, sondern nur Irritationen, mit der Folge, dass im „irritierten System Unsicherheiten entstehen, für die dann eine Lösung gesucht werden muß, die mit der Fortsetzung der Autopoiese des Systems – mit weiterem Denken, ,mit weiterem Kommunizieren – kompatibel ist.“ (LUHMANN 1995, S. 32) Ein System verhält sich solange entsprechend der Logik ihrer internen Organisation, bis es gestört wird und das Gleichgewicht (SIMON 1997) verliert. Die internen Strukturen organisieren sich neu, bis die Störung kompensiert ist und ein neues Gleichgewicht entwickelt ist. Bei der nächsten Störung wird der Zyklus erneut durchlaufen. Gelingt es dem System nicht, das neue Gleichgewicht zu finden, verliert es seine Integrität und es löst sich auf.

WILLKE (1996) erweitert das Modell der strukturellen Kopplung von LUHMANN und bezieht Erwartungen, Handlungen, Entscheidungen und Kommunikation ein. Das Innere des Systems, seine Identität, werden aus je spezifischen kognitiven, semantischen und sozialen Strukturen gebildet, welche in ihrem Zusammenspiel bestimmen, welche Kommunikationen und Handlungen und welche Erwartungen und Entscheidungen als relevant betrachtet und gewählt werden.

Kritisch ist anzumerken: LUHMANN interessiert¹ sich hauptsächlich für die Frage der Kopplung von psychischen und sozialen Systemen. Die Kopplung des psychischen und des sozialen Systems mit dem Körper beschäftigt ihn, wie bereits ausgeführt, nur am Rande, bzw. er hat keine klare Antwort auf die Frage nach der Bedeutung der Leiblichkeit für soziale und psychische Systeme.

Die Vorstellung von LUHMANN², der das Ineinandergreifen von Systemen auf die System-Umwelt-Frage reduziert und damit Input- und Output-Beziehungen ausschließt, bewertet J. KRIZ (1999) kritisch. Der Ausschluß dieser Beziehungen

¹ So LUHMANN (in SIMON 1997) in einem Gespräch zum Verhältnis von biologischen, psychischen und sozialen Systemen.

² WILLKE (1996) scheint diese Kritik zu einem Teil anzuerkennen, wenn er einräumt, dass ein anderes System um den Preis seiner Identität und Autonomie „von außen“ umgepolt, verändert oder umstrukturiert werden könne.

ist für ihn ein Mangel, neben der Bedeutung, die die Rekursivität besitzt, gibt es durchaus noch Linearität¹ bzw. Kausalität. Historische Ereignisse erfolgen nacheinander, es gibt somit Interaktionen, die in einem linearen Modell besser erfasst werden können, als in einem geschlossenen zirkulären Modell.

LEVOLD (1993) stimmt zwar der Aussage von LUHMANN zu, dass wir den inneren Zustand einer anderen Person nicht instruktiv festlegen können. Gegenüber beispielsweise einem Kind haben wir jedoch genügend Mittel durch Sozialisation zu prägen, Verhalten und Entwicklung einzugrenzen und zu manipulieren. Diesen Sachverhalt sieht auch SIMON (1991) kritisch, er führt daher die Unterscheidung einer "harten und weichen Wirklichkeit"² ein.

Zum Verständnis des Kopplungsprozesses trägt eine Anmerkung VON FOERSTERS (1997) bei, der den Begriff „passen“ von VON GLASERSFELD (1984) aufnimmt, mit dem dieser „passen“ nicht im Sinne von Anpassung versteht, sondern eine Passung gemeint ist, mit der wie mit einem Schlüssel ein Schloß geöffnet werden kann. So ist vorstellbar, dass bei der Kopplung von Systemen einige Schlüssel passen, andere hingegen nicht. Interaktion findet statt, wenn Systeme zusammentreffen und dabei wechselseitig strukturelle Veränderungen auslösen. Offen bleibt, was und welcher Impuls diese Interaktion auslöst und welche Folgen dies für ein nicht-triviales System hat.

Ungeklärt ist auch die Frage, ob die Kopplung der Systeme hierarchisch erfolgt. TOMM (1996) geht bei der Klärung dieser Frage zwar von der Idee offener Hierarchien aus, indem jedes Element als ein Teil einer Ebene (z.B. das Nervensystem), als auch weiterer Ebenen (z.B. der Mensch) verstanden wird, führt diesen Gedankengang jedoch nicht konsequent weiter. Der Autor geht davon aus, dass beispielsweise das Individuum sowohl ein "Selbst", wie ein Teil der Familie ist. Hieraus folgert er, dass eine Änderung auf einer Ebene (z.B. der Genuß von Alkohol) auf mehreren Ebenen wirkt. TOMM, der sich auf MINUCHIN (1992)

¹ Nach BATESON (1997) beschreibt Linearität die Relation zwischen einer Reihe von Ursachen oder Argumenten, bei der die Sequenz nicht zum Ausgangspunkt zurückführt.

² Auf diese Unterscheidung wurde im Kapitel 1.2: "Realismus und Konstruktivismus" eingegangen

bezieht, bezeichnet solche Veränderungen als abwärts oder aufwärts gerichtete Kausalität. Leider führt TOMM mit diesen Begriffen erneut eine mechanistische Sichtweise ein, die zum Verständnis der strukturellen Kopplung nicht notwendig ist, da Kopplungsprozesse rekursiv denkbar sind.

Das Verhältnis zwischen Leib, Psyche und sozialem System berührt die Frage nach einer Gewichtung dieser Faktoren. J. KRIZ (1999) bemängelt zu Recht bei LUHMANN die mangelnde Berücksichtigung psychologischer Faktoren im Verhältnis zu medizinischen. So weist KRIZ darauf hin, dass beispielsweise chronisches Asthma in einem komplexen Geschehen gesehen werden muss und neben den biologischen-medizinischen emotionale und soziale und insbesondere familiäre Prozesse einbezogen werden müssen. Er begrenzt jedoch soziale Prozesse auf kommunikative Faktoren, soziale Prozesse sind weit mehr als Kommunikation. Die Auswirkungen sozialer Bedingungen auf den Menschen werden von J. KRIZ nicht ausreichend gewürdigt.

Neben der Frage nach der Gewichtung der Faktoren beim Prozess der Kopplung stellen sich weitere, z.T. offene Fragen: Solche noch offenen Fragen sind: Wenn der Mensch und somit auch sein Gehirn aus lauter Atomen besteht, wie können Atome Bewußtsein haben? Wie wird aus Nervenimpulsen Bewußtsein? Oder wie ist das Phänomen zu verstehen, jetzt diesen Gedanken zu lesen, obwohl der Leser nur Papier und Druckerschwärze vor sich hat? Diese Fragen kann die Psychologie und die Soziologie nicht alleine beantworten. Hierzu benötigen wir u.a. die grundlegenden Beiträge der Neurobiologie und der Quantenphysik, die in den letzten Jahren vermehrt von systemtheoretisch orientierten Autoren diskutiert werden (siehe beispielhaft J. KRIZ 1999, G. ROTH 2001). Deren Erkenntnisse können im Rahmen dieser Arbeit nur angedeutet werden, sollen aber aufgrund ihrer Bedeutung des Verständnisses des Kopplungsprozesses erwähnt werden.

Alle psychischen Vorgänge haben ihre Grundlage in hirnpfysiologischen Vorgängen. Der Teil der äußeren Reize, die uns überhaupt erreichen, wird in elektrische Erregungen und damit in die Einheitssprache der neuronalen Impulse und der chemischen Botenstoffe (Transmitter) umgesetzt (G. ROTH 2001). Bei diesen Prozessen wird jedoch lediglich mit elektrischen Aktivitäten der

Rezeptorzelle die Intensität der Erregung codiert, nicht aber die Art und das Wesen der Erregung (VON FOERSTER 1992, G. ROTH 1994). Die Aktivität der Neuronen und Synapsen ist neutral, sie „wissen“ nichts. Also können die Regeln, nach denen sich diese Einheit konstituiert, nicht von ihnen stammen, sondern nur von den Vorerfahrungen des kognitiven Systems. Zu den Vorerfahrungen gehört die Grundorganisation des Gehirns, die sich stammesgeschichtlich herausgebildet hat und die strukturelle Ordnung des Gehirns, wie sie sich während der Individualentwicklung in selbstorganisierender, „epigenetischer“ Weise (G. ROTH 1994) entwickelt.

Aus Sicht der LUHMANNSCHEM Theorie benutzt das psychische System lediglich das „Rauschen“ der Nervenimpulse, um sich daraus über selbstreferentielle Schleifen aufrecht zu erhalten. Ein Gedanke oder ein Gefühl findet auf neurologischer Ebene nicht statt, dort gibt es nur „Nervenimpulse“ (MAIER 2000). Die Bewußtseinsinhalte scheinen wenig mit dem Trägermedium zu schaffen zu haben (wie auch die Wellen, die aus den Boxen des Radios schallen). Unser Gehirn ist Träger von Informationen, mit deren Hilfe wir, anders als andere lebende Systeme, ein Bewußtsein entwickeln, das Informationen erzeugen und verarbeiten kann. Bewußtsein gibt es nur bei Lebewesen, die sich selbst als leiblich¹ vorhanden in der Welt erfahren können.

Neurobiologen beziehen in die Kopplungsprozesse neben hirnhysiologischen Vorgängen auch quantenphysikalische Kräfte und das Immunsystem ein. Dem zu Folge sieht WARNKE (1999) Gesundheit und Krankheit² durch diejenigen Prozesse begründet, die im Vakuum quantenphysikalische Kräfte übertragen. Dies schließt das Hormon-, Enzym-, Immunsystem und das psychische System ein. *„Elektromagnetische Feldkräfte halten nicht nur die Bausteine unseres Körpers zusammen, sondern bestimmen auch unsere Lebensfunktionen. Die Grundlage aller Lebenskräfte sind quantenphysikalische Felder, die von fluktuie-*

¹ Der Leib ist dabei das Gegenstandsgebiet all dessen, was man im Körper spürt (Ekel, Müdigkeit, Hunger...).

² Nach WILHELM (1999) versucht das Gehirn eine Erkrankung zu regulieren, indem es die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten normalisiert, um ein neuroendokrines Gleichgewicht herbeizuführen. Ob der Anstoß für diese Interaktion aus einem Gespräch oder durch ein Medikament bewirkt wird, sei dabei gleichgültig.

renden Energiewellen getragen werden – Materie und organisches Gewebe sind letztlich ein Mosaik von Energiequanten.“ (1999, S. 56) Diese Vakuumenergie sei von direkten energetischen Umwelteinflüssen, von Psyche und Geist beeinflussbar. Der Geist sei unbedingt als grundlegende Kraft in jedes Energiesystem zu integrieren. Dieses integrative Modell stellt die „*kodierte Energie*“ (S.59), als Information, in den Mittelpunkt und integriert organische, psychische und geistige Komponenten.

FELTEN (1994) hingegen vermutet, dass die Nerven einen direkten Einfluß auf die Steuerung des Immunsystems haben und somit das Gehirn direkt einen Einfluß auf das Immunsystem hat. Stress kann so Einfluß nehmen, indem unterschiedliche Neurotransmitter einen ständigen Informationsaustausch zwischen verschiedenen Zelltypen ermöglichen. Ununterbrochen werden Hormone ausgeschüttet, wobei die Neurotransmitter ständig mit den Zellen der Zielorgane im ganzen Körper kommunizieren (FELTEN 1994). Höher entwickelte Gehirnzellen können durch Impulse den Hormonausstoß beeinflussen. Signale, mit denen das Gehirn auf Emotionen reagiert, haben Auswirkungen auf das Immunsystem. Körper und Seele sind nach diesem Ansatz keine getrennten Bereiche, keine geschlossenen selbstregulierenden Systeme. Wahrnehmungen und Gefühle beeinflussen die Funktionsweise des Gehirns und des Immunsystems und jede Emotion übt auf die peripheren Körperteile einen starken Reiz aus. Diese Erkenntnisse lassen FELTEN daran zweifeln, dass kognitive Systeme von der Gehirnstruktur bzw. vom neuronalen System funktional und operativ unabhängig sind.

Zusammenfassung:

Körperprozesse, Kognitions-Emotions-Prozesse, Bewußtsein, impulsive und expressive Kommunikationsprozesse und interaktionelle Kommunikationen moderieren sich gegenseitig. Die strukturelle Kopplung ist durch „*psychosozibiologische Mediatoren*“ (CIOMPI 2000) bestimmt. Hierzu gehört für CIOMPI das Phänomen der neuronalen Plastizität, d.h. der synaptischen Bahnung und Langzeitpotenzierung als Basis aller Lernvorgänge, die um so tiefer in die Feinstruktur der neuronalen Assoziationsnetze reichen, je häufiger sie auftreten und desto emotionaler sie befrachtet sind. Ob hierbei die Kopplung zwischen Organismus

und sozialem System der Psyche bedarf, wie es LUHMANN (1984) fordert, oder ob die Emergenz der Psyche als Resultat der Kopplung von Organismus und sozialem System (siehe SIMON 2000b) betrachtet werden kann, ist offen.

Mit dem Ansatz von LUHMANN (1984, 1995) können die Prozesse der strukturellen Kopplung nicht ausreichend erklärt werden. Sein Ansatz, nach dem Systeme notwendigerweise vom menschlichem Subjekt zu abstrahieren sind, widerspricht einem Modell, in dem Ko-respondenz (PETZOLD 1993) und Relationalität im Mittelpunkt steht. Meine Leithypothese ist daher: Organismus, Geist, Psyche und soziales System (des eigenen und des „anderen“) interagieren, fordern Anpassung, bzw. Verständigung und induzieren Krisen¹. Welches System sich anpasst, hängt auch davon ab, welches aktuell flexibler und eher in der Lage ist, sich „kreativ“ anzupassen, also weniger starr ist. Eine strukturelle Kopplung zwischen Systemen benötigt Redundanz, neuronale Hirnaktivität und Affekte. Zudem sind die Erwartungen von Familie, Schule, Freunde, u. a., die Anforderungen, die das Alter und der Lebenszyklus bedingen, ebenfalls Perturbationen, die einen Entwicklungsanreiz oder eine Entwicklungsstörung bewirken können. Somit benötigen Entwicklungen „Störungen“².

Die Art der Kopplungsprozesse hat für ein Verständnis pathogener und salutogener Prozesse eine besondere Bedeutung. Darüber hinaus liefert das Konzept der strukturellen Kopplung eine Interpretationsmöglichkeit, warum z.B. „rigide Familienstrukturen“ im Lebensvollzug „unterlegen“ sind, also krank machen. Bevor solche Prozesse näher beschrieben werden, soll im nächsten Kapitel auf die besondere Bedeutung des sozialen Systems Familie eingegangen werden.

¹ Kann eine Krise nicht gelöst werden und es kommt nicht zu einer „Veränderung zweiter Ordnung“, kann ein Symptom entstehen.

² So kann beispielsweise die körperliche Entwicklung in der Pubertät eine „Störung“ für die Psyche darstellen, die im Allgemeinen durch den Entwicklungsprozess kompensiert wird.

3. Die Familie als soziales System

„In der Welt der „Postmoderne“, in welcher uns Identität nicht mehr fraglos zur Verfügung steht durch Zugehörigkeit zu sozialer Schicht, Geschlecht und Rolle, sondern quasi täglich neu verhandelt werden muß, wird die eigene Familie mit ihrer Geschichte und ihren Geschichten zur wichtigsten Bühne für die Thematisierung des Selbst.“ WELTER-ENDERLIN (1999)

In der Koevolution von leiblichen, psychischen und sozialen Systemen wirkt jede Kommunikation als Sozialisation (GILGENMANN 1991). Dies weist auf die Bedeutung der Sozialisation und damit auf die Familie als die bedeutendste Sozialisationsinstanz hin.

In diesem Kapitel wird zunächst eine Übersicht über das soziale System Familie gegeben. Im Anschluß beschäftige ich mich mit Konzepten der familialen Sozialisation. Da die Entwicklung der Familien historisch geprägt ist, wird in einem Exkurs auf den historischen und kulturellen Wandel der Familie seit der Nachkriegszeit hingewiesen, um dann das Thema der Familie im Kontext ihrer Umwelten (Kap. 3.3) zu behandeln. Im Kapitel „Familienzyklus und generationsübergreifende Muster“ wende ich mich der Analyse von Lebenslaufkonzepten und der Mehrgenerationenperspektive (Kap. 3.4) zu. Letztere leisten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis von soziopsychosomatischen Phänomenen im Kontext der Familie. Nach diesen allgemeineren Darstellungen werden Kriterien entwickelt, nach denen familiäre Beziehungen (Kap. 3.5) und die Funktionalität familiärer Strukturen (Kap. 3.6) auf dem Hintergrund einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie beschrieben werden können. Da davon ausgegangen wird, dass es besonders in „kritischen Lebenssituationen und –phasen“ zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt, wird zum Abschluß des Kapitels explizit auf diese Zusammenhänge eingegangen.

3.1 Überblick: Die Familie als soziales System

Die Geschichte der Familie zeigt, dass sie in ihrer heute bekannten Gestalt gesellschaftlich vermittelt und keine bloße Naturkategorie ist. Von „Familie“ im heutigen Sinne kann erst seit dem 18. Jahrhundert gesprochen werden. Familie, als ein „Intimsystem“ (FUCHS 1999), ist jener gesellschaftlich bestimmte Ort, an dem sich die basalen Elemente der menschlichen Persönlichkeit herausbilden, die sich dann ihrerseits wieder prägend auf die Gesellschaft auswirken. Für das Individuum leistet die Familie die Grundsicherung der ökonomischen, emotionalen, leiblichen und psychosozialen Bedürfnisse ihrer Mitglieder. Als eine „intermediäre Institution“ (SCHNEIDER 1994) ist die Familie durch die gesellschaftlichen Strukturen und zunehmend durch Sozialpolitik und staatliche Eingriffe geprägt.

Die Familie ist der Ort, indem die grundlegenden Sozialisationsprozesse für den biologischen und gesellschaftlichen Erhalt des Menschen stattfinden. Sie versorgt die Gesellschaft mit jeweils neuen Generationen und ist diejenige Institution, die während der kindlichen Entwicklung einen adäquaten, das heißt den jeweiligen Bedürfnissen der Familienmitglieder angemessenen Rahmen liefern muss, um eine erfolgreiche Sozialisation zu leisten. Familien sind besonders wichtig in Zeiten, in denen sich das Individuum überfordert fühlt und sich in die Familie zurückzieht. Hierdurch gewinnt die Familie eine Stabilisierungsfunktion für die Familienmitglieder und gewinnt gleichzeitig als Institution Stabilität.

Die Familie ist die kleinste Einheit (unserer) gesellschaftlichen Ordnung. Sie hat die Aufgabe, den Menschen so weit zu entwickeln, dass er seine Arbeitskraft und sein Leben reproduzieren kann. Die Familie trägt ihren Teil dazu bei, Ordnung, Organisation und Disziplin zu ermöglichen, die für den Ablauf der Produktions- und Tauschprozesse der industriellen Gesellschaft erforderlich sind. Der segmentierten Gesellschaft dient sie als Grundform der Differenzierung (BARALDI u.a. 1997).

Als für die Familie konstitutiv können nach NAVE-HERZ (1994, S. 5f) die folgenden Merkmale zusammengefasst werden:

1. Die Familie hat aufgrund der Übernahme der Reproduktions- bzw. Sozialisationsfunktion eine biologisch – soziale Doppelnatur,
2. sie hat ein besonderes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis, das über das hinausgeht, was in anderen sozialen Systemen möglich ist. Der Familie werden für die jeweilige Kultur ganz spezifische Rollenstrukturen mit entsprechenden Rollendefinitionen, -bezeichnungen und –erwartungen zugewiesen,
3. sie ist gekennzeichnet durch die Geschlechterdifferenz, also durch das Zusammenleben der Eltern- und Kindergeneration.

Neben dieser allgemeinen Definition von Familie ist festzuhalten, dass jeder Mensch im wesentlichen subjektiv „konstruiert“¹, welche Personen für ihn zu einer Familie gehören. So kann z.B. ein Kind, das bei der Mutter lebt, mit seinem Familienbegriff die Mutter-Kind-Beziehung und/oder die Beziehung des Kindes zur „neuen“ Familie des Vaters meinen oder erwachsene Kinder können in ihrem Verständnis auch von Familie sprechen, obwohl sie schon länger nicht mehr in diesem „Zuhause“ wohnen. Diese Beispiele zeigen: Eine Familie ist nicht notwendigerweise (ausschließlich) durch die Kategorie Hausgemeinschaft oder Haushalt gekennzeichnet. Mit der Bezeichnung Familie ist somit nicht nur eine bestimmte Anzahl von Individuen gemeint, sondern sie ist das Produkt der Schaffung einer gemeinsamen konsensuellen Realität durch die Familienmitglieder (VON VILLIEZ 1986).

Der Fortbestand der Gesellschaft beruht auf der natürlichen Reproduktion. Aus einer Ehe wird eine Familie, wenn die Ehepartner durch Geburt oder Adoption von Kindern zu Eltern werden. Ausschlaggebend ist nicht, wie sonst in der Natur, die biologische Elternschaft, sondern die faktische soziale Übernahme der Elternposition². Die Familie ist durch die Gleichzeitigkeit der Geschlechts- und Generationsdifferenzierung gekennzeichnet. Die Beziehungen der Geschlechter und die zwischen Kindern und Eltern werden von den jeweils dominierenden Moral-

¹ Subjektiv können sich beispielhaft auch drei erwachsene Schwestern, die nach dem Tod der Mutter zusammenleben, ebenso als Familie verstehen, wie ein (erwachsener) Mann, der mit Onkel und Tante zusammenlebt.

² In einer Reihe von nicht-europäischen Kulturen ist die soziale Elternschaft unabhängig von der biologischen.

vorstellungen, Normen und Werten der Gesellschaft reguliert. Der Grad und die Dauer der Abhängigkeit der Kinder von den Eltern wandelt sich mit der Entwicklung der Gesellschaft.

Die Familie kennzeichnet ein intensiver wechselseitiger Austausch von Gefühlen, Verhaltensweisen und Informationen ihrer Mitglieder. Der Mensch ist auf Grund seiner biologischen Bedingungen ein soziales Wesen; um zu überleben ist er auf soziale Systeme, vor allem die Familie, angewiesen. Die Familie bietet einen Ort, an dem die sich entwickelnden psychischen, physiologischen und sozialen Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden können¹. Der Familie kommt für die Entwicklung des Menschen eine zentrale Bedeutung zu, da in der Kindheit die in den Familien anzutreffenden Sozialisationsbedingungen unmittelbar auf die körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklungsprozesse einwirken. Für die Entwicklungsprozesse der Kinder sind Zuwendung, Körperpflege, Ernährung und ein altersgemäßes Verhalten der Erziehungspersonen, die Funktionalität der Familienstrukturen und die Qualität der emotionalen Beziehungen und des Familienklimas entscheidend. Ebenso bedeutsam sind die sozio-ökonomischen Lebensumstände der Familie.

In einer Familie ist jede Verhaltensweise eines Mitgliedes systemrelevant, Veränderungen im Verhalten einzelner werden oft sehr schnell wahrgenommen und können Irritationen auslösen. Auch überhöhte Erwartungen an das Glückspotential von Familien können sich auf das unvermeidliche Konfliktpotential des familiären Alltags verstärkend auswirken (siehe HURRELMANN 1994).

Die Familienmitglieder haben in der Regel intensive soziale und emotionale Beziehungen, bei meist hoher Interaktionsdichte (KAISER 1989). Sie haben hohe Erwartungen an Geborgenheit und Sinnbestätigung (J. KRIZ 1999). Die Beziehungen sind auf Dauer und Kontinuität ausgerichtet. Gegenüber anderen Systemen hat in Familien die Leiblichkeit der Familienmitglieder eine besondere Bedeutung. Die Dynamik der familiären Interaktionen entsteht durch die Referenz

¹ Auf den Aspekt der Familie als Sozialisationsinstanz wird ausführlicher im nächsten Kapitel eingegangen.

auf gemeinsame Sinndeutungen und eine gemeinsame Geschichte, die in der Regel den Zeitverlauf mehrerer Generationen umfasst. Familie verweist also immer auf einen intergenerationalen Bezug.

Kinder müssen lernen, dass die Prinzipien, nach denen Menschen miteinander umgehen, nicht ohne Anpassungsprozesse von der Familie auf außerfamiliäre Sozialbeziehungen übertragen werden können. Der Dualismus der Sphären des Privaten und des Öffentlichen bedeutet, dass Familie und Gesellschaft nicht miteinander identisch sind, d.h. die Ordnung der Strukturen der Familie findet keine spiegelbildliche Entsprechung in der Strukturoordnung der Gesellschaft und umgekehrt. Ein Vorteil dessen ist, dass der gesellschaftliche Status heute nicht mehr (so sehr) durch die Familie vermittelt wird, wie in traditionalistisch orientierten Gesellschaften, auch wenn die Familie heute noch entscheidend den Weg eines Kindes mitbestimmt.

Seit den sechziger Jahren wird die Form der „klassischen Kernfamilie“, in der zwei Generationen vertreten sind - der Ehemann, die Ehefrau, (die nicht verheiratet sein müssen) und ein oder mehrere Kinder, von der Sozialpolitik gefördert. Von diesem Familientypus sind Mehrgenerationenfamilien zu unterscheiden. Auch in Großstädten ist dieser Typus in der Form der sogenannten „multilokalen Mehrgenerationenfamilie“, häufig vertreten, wenn auch die Haushalte räumlich getrennt sind. "Erweiterte Familien", ein weiterer Familientyp, sind Familien, in denen Kern-/Teilfamilien mit anderen Menschen unabhängig von Generationszugehörigkeiten oder einer Verwandtschaft zusammenleben. Hierzu können auch "Wohngemeinschafts-Familien" bzw. Paare und Einzelpersonen mit oder ohne Kinder gerechnet werden. Zur "Ein-Eltern-Familie" wird eine Familie durch Verwitwung, Verwaisung, Trennung, Scheidung, Desertion oder durch Geburt außerhalb einer festen Partnerschaft¹.

¹ Bei dieser Einteilung ist zu beachten, dass manche Familien nur für eine bestimmte Zeit in einer bestehenden Konstellation zusammenleben. Für bestimmte Zeiträume, z.B. wenn der Vater "auf Montage" ist, leben die Angehörigen praktisch in einer anderen Familienkonstellation, hier die Mutter mit ihrem Kind/ihren Kindern, in einer zeitweiligen „Ein-Eltern-Familie“. KAISER (1989) schlägt daher vor, Familienformen lediglich als stabiles Situationsmerkmal aufzufassen, da sie je nach realer Konstellation einen unterschiedlichen Stellenwert aufweisen.

Von den vielfältigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die auf die Familie einwirken, kann in dieser Übersicht nur auf einzelne Aspekte verwiesen werden¹: Das Familienleben wird bedeutsam beeinflusst durch die Arbeitswelt, in der wir ungefähr ein Drittel der Lebenszeit verbringen. Allgemein gilt (siehe KAISER 1989, GERHARD 1989), je größer die Arbeitszufriedenheit, desto weniger Ängstlichkeit, Depressivität und Krankheiten treten auf. Generell ist die Arbeitszufriedenheit von Männern höher als die von Frauen, un- und angelernte Arbeiter sind weniger zufrieden als z.B. Angestellte. Massenerkrankungen wie Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen und die meisten psychischen Störungen treten bei Angehörigen der unteren Schichten überproportional häufig auf. Vor allem bei schweren psychischen Störungen sind die unteren Schichten überrepräsentiert. Unterschichtsangehörige (vgl. ANTONOVSKY 1979, SCHEPANK 1987) sind häufiger frühen Verlusten ausgesetzt und erleben mehr Dauerbelastungen, z.B. durch schlechte Wohnverhältnisse und körperlich belastende Arbeitssituationen. Sie haben immer noch weniger Chancen, ein angemessenes Kompetenzrepertoire und ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln.

In der Arbeitsteilung der Gesellschaft werden Frauen und Männern verschiedene Aufgaben zugewiesen. Die Arbeitsteilung ist zum überwiegenden Teil kulturell und gesellschaftlich festgelegt. Häufig sind die ausschließlich männlichen Arbeiten diejenigen Aufgaben, die in einer Gesellschaft als die besonders ehrenvollen Aufgaben gelten, ein hohes Prestige besitzen oder durch die sich ein höheres Einkommen erzielen läßt (vgl. NAVE-HERZ 1992). Diese gesellschaftliche Arbeitsteilung wird in den Rollenbildern von Mann und Frau festgeschrieben und über die Vater- oder die Mutterrolle in die Familie hinein verlängert. Frauen sind durch Mutterschaft, Erziehungsarbeit, Berufsarbeit und Hausfrauendasein einer vielfachen Rollenbelastung unterworfen. Auch heute sind Frauen noch hauptsächlich in Dienstleistungsberufen beschäftigt und bleiben in sogenannten Frauenberufen weitgehend unter sich. Das Lohnniveau ist im Durchschnitt geringer als das der Männer. Untersuchungen in den achtziger Jahren zeigten, dass in den befragten Familien fast ausschließlich die Frauen die Verantwortung für die Kin-

¹ Einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen Krankheit und Familie aus einer soziologischen Perspektive gibt GERHARDT (1989).

dererziehung übernehmen (WAHL u.a. 1989, NAVE-HERZ 1992).

Die bedeutsamsten kritischen Lebensereignisse (siehe das Kapitel 3.7), die eine Familie treffen, sind Scheidung, bzw. Trennung der Eltern, Todesfälle, chronische Erkrankungen und Pflegefälle, sowie eine länger dauernde Arbeitslosigkeit des/der hauptsächlich Erwerbstätigen. Eine lang andauernde Arbeitslosigkeit schränkt den finanziellen Handlungsspielraum der Familie ein und kann zu psychischen Belastungen führen (siehe den FÜNFTEN FAMILIENBERICHT 1995). Eine nicht-eheliche Geburt hat besonders für "nicht-erwünschte" Kinder weitreichende belastende Folgen (AMMENDT u. SCHWARZ 1990). Weitere relevante Probleme in Familien sind „problematische“ Beziehungen zwischen den Mitgliedern, häufige Gewalt und Aggressionen eines oder beider Elternteile und eine oft zu beobachtende Hilflosigkeit der Eltern, ihre Rolle auszufüllen. Insbesondere wirkt eine problematische Elternpaarbeziehung destabilisierend auf das Familiensystem und führt zu Triangulierungen¹. In der Regel kommen bei belasteten und „auffälligen“ Familien mehrere Risikofaktoren und Belastungen zusammen. Problematische Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und Probleme der familiären Funktionstüchtigkeit sind im Kontext des Zeitgeistes und der Lebensphasen, d.h. der gesellschaftlich produzierten Wirklichkeit zu betrachten. Die Überwindung von Krisen und Anforderungen kann die Familie für neue Anforderungen und Krisen stärken.

Der fünfte Familienbericht der Bundesregierung (1995) weist der Familie eine besondere Bedeutung für die Gesundheit der Familienmitglieder zu. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass eine gesunde Lebensweise durch die Qualität des Zusammenlebens im Familienverband beeinflusst wird². Familienmitglieder stellen in der Regel ein hohes emotionales Unterstützungspotential untereinander dar. Mitglieder von Familien verfügen meist über ein ausgedehnteres Netzwerk als Alleinstehende (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1995).

¹ Die Triangulation ist die Erweiterung einer konflikthafter Zweierbeziehung um eine dritte Person, z.B. einem Kind, die den Konflikt verdeckt und/oder entschärft. Auf diese Problematik wird im Weiteren näher eingegangen.

² Eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit zeigt sich bei ledigen, geschiedenen, verwitweten Männern und Frauen gegenüber verheirateten (KAISER 1989).

Hinsichtlich der Konsumgewohnheiten, einschließlich dem Zugang zu psychotropen Substanzen, kommt der Familie eine Leitfunktion zu. Der FÜNFTHE FAMILIENBERICHT (1995) verweist darauf, dass eine positive Vorbildfunktion hinsichtlich des Tabak- und Alkoholgebrauchs offensichtlich nur von einem Teil der Familien wahrgenommen wird¹. So kann Familie einerseits eine Unterstützung für ein „gesundes Leben“ bedeuten, andererseits aber ein pathogener Lebenskontext sein, in dem die Mitglieder überfordert werden. Familie kann somit ein Stressfaktor sein, andererseits eine Unterstützung bei der Verarbeitung von Stress bieten.

Das soziale System Familie ist so zugleich als ein Kommunikationssystem, ein Machtsystem, ein affektives, emotionales, biologisches und kulturelles System und als eine Institution zu betrachten (BUCHHOLZ 1990). Die Eltern, Ehepartner, die Mutter-Kind-Diade oder Vater-Kind-Diade, also Personenkonstellationen, die kleiner sind, als die Kernfamilie, sind als Subsysteme zu bezeichnen, solange sie innerhalb des Systems verbleiben². Die Subsysteme regeln ihre Beziehungen und Interaktionen durch innere Grenzen, die in einer Rangordnung³ zueinander stehen.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen über die Familie soll nochmals auf ein Verständnis der Familie aus konstruktivistischer/systemischer Sicht fokussiert werden: Ein Familiensystem kann mit Bezug auf VON FOERSTER (1997) definiert werden als etwas, was zusammensteht und was ein Beobachter als zusammenstehend definiert. Es ist die Bezeichnung für einen Sinnzusammenhang von Elementen, die als Einheit begriffen und so von anderen Elementen

¹Hier zeigt sich, dass insbesondere Kinder von „starken Alkoholtrinkern“ als auch diejenigen abstinenten Eltern mit einem überdurchschnittlichen Risiko späterer Alkoholabhängigkeit aufwachsen. Alkoholmissbrauch und vollständige Alkoholabstinenz der Eltern scheinen es den Kindern zu erschweren, einen angemessenen Umgang mit Alkohol zu finden (siehe ALBRECHT 1997). Es wäre interessant zu erforschen, ob solch ein Umgang der Eltern mit Alkohol sich auch auf das Leben von Frauen mit Essproblemen und Multiplen Süchten auswirkt.

² Treten sie heraus, können sie zu einem eigenständigen System werden.

³ Auf die Frage, in wie weit die Bildung von Rangordnungen in Familien im Rahmen eines systemtheoretischer Modelle angemessen ist, wird im Kap. 3.6.3: „Hierarchien“ eingegangen.

unterschieden werden können¹. Die Aufmerksamkeit ist nicht auf das einzelne Objekt, sondern auf die Beziehungen, die zwischen den Familienmitgliedern existieren, gerichtet (GOLDBRUNNER 1989). Beim Betrachten des Systems Familie wird die integrative Organisation von Teilprozessen beobachtet. Ein Ereignis wird erklärt, indem die Teilprozesse mit dem Gesamtprozess in Verbindung gesetzt werden (GUNTERN 1983)². Hierbei wechseln sich in Familiensystemen Phasen von Stabilität und Verunsicherung so ab, dass die „Abstoßungs- und Bindungskräfte“ immer wieder in Frage gestellt werden und sich neu auspendeln müssen (SIMON 1995 a)³.

Die allgemeine (systemische) Definition von Familie, die VON FOERSTER vorschlägt, hält LUHMANN (1997) für nicht ausreichend. Er geht davon aus, dass Familiensysteme ihre Grenzen selbst produzieren, indem sie entscheiden, wer zur Familie gehört. Für die Alltagsabgrenzung hält LUHMANN die Grenze der Wohngemeinschaft am plausibelsten. *„Wer zusammenwohnt, gehört zur Familie.“* (1997, S. 173) Solch eine Definition ist, wie bereits ausgeführt, für viele Fälle nicht ausreichend. Dies trifft beispielsweise auf eine alleinerziehende Mutter und einem getrenntlebenden Vater zu oder auf Großeltern, die in der Nachbarschaft wohnen und zu denen ein intensiver Kontakt besteht. In diesen und anderen Fällen ist eine Definition der Familie als eine Wohneinheit nicht ausschlaggebend. Zu einer Familie kann auch gehören, wer nicht mit ihr zusammen lebt, oder man kann sich ihr als zugehörig nach einem Auszug erleben. Systemtheoretisch formuliert bedeutet dies: Systeme, bzw. ihre Grenzen, werden kommunikativ definiert. In einer solchen Betrachtung steht nicht die Frage der Funktionsweise einer Familie im Vordergrund, sondern die nach ihrer Selbstbeschreibung (vgl. EUGSTER 2000).

Die Definition der Familie von LUHMANN ist noch an einem weiteren Punkt problematisch. Familien sind zwischen zwei anderen Systemen verortet: Der Gesamtgesellschaft mit ihren Subsystemen auf der einen Seite und die perso-

¹ Siehe das zweite Kapitel: „Die Theorie sozialer Systeme“.

² Als ein System kann dabei ein Individuum ebenso betrachtet werden, wie eine Familie (siehe VON SCHLIPPE u. MATTHEI 1987, LUDEWIG 1999).

³ Kann dieses Gleichgewicht nicht erhalten werden, bildet sich, wie noch ausgeführt wird, häufig ein Symptom.

nellen Systeme auf der anderen Seite. Diese „Zwitterstellung“ (BUCHHOLZ 1990) stellt die Familie täglich vor die Aufgabe, öffentliche und private Lebensbereiche abzugrenzen.

Insbesondere die bereits¹ diskutierte These LUHMANNs, dass die systemtheoretische Betrachtung der Familie von dem Subjekt abhebt und nur noch abstrakt Kommunikationen als System betrachtet, verhindert, diese von subjektiven abhängigen und die Subjekte in Konstitution und Handlungsmöglichkeit beeinflussenden, Prozesse zu verstehen. Gleichwohl bleibt die Beschäftigung mit den Kommunikationen und den Interaktionen in Familien eine wichtige Grundlage zum Verständnis von Familien. Die Bedeutung der Kommunikation war schon immer ein „prominenter Bestandteil“ (SCHULZE u.a. 1989) der kybernetischen Systemtheorie.

3.2 Familiäre Sozialisation

Die familiäre Sozialisation als der Ort, in dem die grundlegenden Sozialisationsprozesse für den biologischen und gesellschaftlichen Erhalt des Menschen stattfinden, prägt entscheidend den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Daher wird ausführlicher auf den Sozialisationsprozess² eingegangen. Um die Bedeutung der Familie für den Erwerb gesundheitsrelevanten Verhaltens zu betonen wird abschließend das Modell des „produktiven Realitätsverarbeiters“ von HURRELMANN (1991, 2000) vorgestellt.

Die Sozialisationsleistungen der Familie sind historisch³ geprägt, sie sind ein „Spiegelbild“ (SCHNEIDER 1994) ihres gesellschaftlich definierten Stellenwertes und unterliegen sozialstrukturellen und zeitgeschichtlichen Einflüssen⁴. Sozialisa-

¹ Siehe das zweite Kapitel: „Die Theorie sozialer Systeme“.

² Auf die Phase der Adoleszenz gehe ich ausführlicher im Kapitel 3.4.2: „Phasenabläufe in Familien mit Adoleszenten“ ein

³ Auf diese Entwicklungsprozesse wird im nächsten Kapitel, dem Exkurs über „Kontinuität und Wandel der Familie seit der Nachkriegszeit“, eingegangen.

⁴ GEULEN (1991) gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der sozialisationstheoretischen Ansätze.

tion umfasst die gesamte Entwicklung des Menschen und charakterisiert den Prozess des Hineinwachsens des Individuums in gesellschaftliche Struktur- und Interaktionszusammenhänge in der Auseinandersetzung mit den sozialen und dinglich-materiellen Lebensverhältnissen. Sie findet in keiner Dimension wertfrei statt; die Determinanten der personalen Entwicklung, des Handelns, Fühlens und Denkens stehen immer im sozialen Kontext der gesellschaftlichen Strukturen. Der Sozialisationsbegriff schließt die Veränderungen in der Umwelt und des sozialen Handelns ebenso, wie zeitgeschichtliche Wandlungsprozesse der gesellschaftlichen Institutionen und Organisationsformen ein. Sozialisation untersucht die Genese von Entwicklungsprozessen menschlicher Personen, milieuspezifische Sozialisationspraktiken, unterschiedliche Sinnangebote und die Bedeutung der Sozialisationsagenten. Zudem meint Sozialisation auch die empirische Betrachtungsweise als eine methodische Grundlage (BRÜHL¹ 2000).

Der Mensch wird durch die Sozialisationsinstanzen und den hier ablaufenden Konstruktionsprozessen von Wirklichkeit von einem biologischen zu einem sozialen Wesen. Dieser aktive biologische, geistige, psychische und soziale Prozess der Vergesellschaftung betrifft den Menschen in seiner gesamten Lebenszeit und thematisiert das trianguläre Verhältnis von Individuum, Institutionen und Gesellschaft. Sozialisation hat die Aufgabe, die Lebensfähigkeit des einzelnen Menschen und der Gesellschaft zu reproduzieren. Lebensfähigkeit meint in diesem Zusammenhang mehr als die Erhaltung der Physis. Sozialisation ist der Prozess in einer gegebenen Gesellschaft, der über Generationen hin das Fortbestehen der Menschen ermöglicht und sich in das Funktionsgefüge der verschiedenen Sektoren der Gesellschaft zu integrieren versucht.

Von den Sozialisationsagenten kommt der Familie als Primärgruppe eine besondere Bedeutung zu. Die primäre Sozialisation ist der Beginn eines lebenslangen, wechselseitigen Enkulturationsprozesses, hierbei ist die Sozialisation eines Familienmitgliedes eine gleichzeitige (sekundäre) Sozialisation der anderen Familienmitglieder. Kinder und Jugendliche sind immer auch Sozialisationsagenten ihrer Eltern. Zudem wirkt die Familie in einem rekursiven Prozess auf die

¹ Vorlesung an der Universität Oldenburg im SS 2000.

Gesellschaft. Sozialisationsprozesse prägen die Familie und das Individuum nicht nur mit Normen und Werten, sondern bieten immer auch alternative Verhaltensmöglichkeiten an, seien sie konform oder abweichend. Dieser Prozess kann im Hinblick auf die vorgegebenen Normen und Werte gelingen oder misslingen.

Aus einer systemtheoretischen Sicht definiert LUHMANN Sozialisation als den Vorgang, „*der das psychische System und das dadurch kontrollierte Körperverhalten des Menschen durch Interpenetration formt.*“ (1984, S. 326) Sozialisation wird von LUHMANN, da psychische Systeme autopoietisch sind, als Selbstsozialisation begriffen. Psychische Systeme können sich die Komplexität sozialer Systeme durch Differenzschemata verfügbar machen, indem sie die Umwelt ordnen und auf sich beziehen (STRAUBMANN 1997). Der Grundvorgang der Sozialisation ist somit die selbstreferentielle Reproduktion des psychischen Systems¹. Sozialisation findet auf der Ebene der Grundoperationen psychischer Systeme durch eine Synchronisation von Kommunikation und Bewußtsein durch Medien statt, bei der Variationen von Ereignissen in den beteiligten Systemen ausgelöst werden (GILGENMANN 1991). Jede Interaktion, jeder Kontakt „löst“ Sozialisation aus; bestimmt jedoch nicht die Form der Strukturveränderung. Sozialisation ist so ein Effekt des Prozessierens doppelter Kontingenz (SCHULZE u. KÜNZLER 1991). Welche Variationen ausgelöst werden, hängt von der aktuellen Struktur und der Ausdifferenzierung des Systems, also von bereits abgelaufenen Sozialisationsprozessen ab. Sozialisation ermöglicht einerseits Autonomie, andererseits wird der Mensch prinzipiell in seiner Autonomie und seinen prinzipiellen Möglichkeiten eingeengt. Mit PORTELE (1989) soll nochmals betont werden, dass Sozialisation nicht nur durch Rollen, Normen und Verbote u.a. erfolgt, sondern vor allem durch Realitätsdefinitionen (Konstruktionen).

HURRELMANN (1991, 1994, 2000) verbindet sozialisationstheoretische mit gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen. Auf dieses Konzept des „produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts“ (1991) soll aufgrund der Bedeutung für den

¹ MATURANA hingegen fragt nach den biologischen Grundbedingungen der Sozialisation und kennzeichnet sie durch Liebe; „*Ohne Liebe keine wirkliche Sozialisation*“ (in LUDEWIG 1995, S. 102). Für LUDEWIG ist „*sozialisiertes Lieben*“ (LUDEWIG 1995, S. 159) eine in der Natur des Menschen angelegte Emotion, auf der die Koordinierung des liebenden Potentials zwischen den Menschen beruht.

Gesundheitsbegriff dieser Arbeit eingegangen werden. Der Autor wendet diesen Ansatz hauptsächlich auf seine Vorstellungen zur Gesundheitssozialisation und Verhaltenssteuerung an.

HURRELMANN bezieht in seinen Sozialisationskonzepten biophysische Theorien, Belastungs- und Bewältigungsmodelle, psychodynamische, entwicklungstheoretische, verhaltenstheoretische und soziologische Theorien zur Erklärung von Abweichung, Verhaltensauffälligkeit und Gesundheitsbeeinträchtigung aufeinander. Gesundheitsrelevantes Verhalten wird von HURRELMANN als ein im sozialen Kontext erlerntes und lebensgeschichtlich erworbenes soziales Verhalten verstanden. Er bezieht belastende Lebensbedingungen, individuelle Lebensbewältigungsstrategien und soziale Unterstützungsnetzwerke in sein Erklärungsmodell der Entstehung von physiologischen, psychologischen und sozialen Symptomen einer Person oder eines anderen Systems ein. Auch HURRELMANN geht von einem komplexen Wechselspiel physiologischer, psychischer und sozialer Faktoren aus. Die Sozialisationstheorie nimmt hierbei eine Synthesefunktion für die verschiedenen Erklärungsmodelle ein, da die menschliche Persönlichkeitsentwicklung¹ durch wechselseitige Beziehungen zwischen biologischem Organismus, sozialer und dinglicher Umwelt konzipiert ist. Dieses Konzept gelingender oder mißlingender Sozialisation kann zur Analyse von Abweichung, Auffälligkeit und Beeinträchtigung von Gesundheit und Krankheit beitragen, weil so das Auseinandertreten, bzw. das Über- oder Unterdimensionieren von Teilen einer Gesamtheit als Störung des gesundheitlichen Gleichgewichts betrachtet werden kann.

Dieses dynamische Prozessmodell (HURRELMANN 1991, 2000) versteht die Persönlichkeitsentwicklung als ein weitgehend selbstgesteuerten Prozess, der in einer komplexen Beziehung zu organismusinternen und -externen Ressourcen steht und sich ständig um den aktiven Austausch zwischen innerer und äußerer Lebenswelten, der Realität bemüht. Es enthält Rückschleifen, da der Prozess der Entstehung von Symptomen in Familien für den Sozialisationstheoretiker kein

¹ Unter Persönlichkeitsentwicklung versteht HURRELMANN (1994) die sequenzhafte und langfristige Veränderung wesentlicher Elemente dieses Gefüges im historischen Zeitverlauf und im Verlauf des Lebens.

einliniger, zwingender Ablauf, sondern ein schrittweiser Prozess ist, der mit jedem Schritt eine neue Weichenstellung im Verlauf der Entwicklung und des Verhaltens mit sich bringt. Somit kann bei jedem Schritt neu gefragt werden, ob sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen erhöht. Bei chronisch auftretenden Problemen sind möglicherweise die Sozialisationsinstanzen nicht in der Lage, ausreichend zu stützen, zu fördern und soziale Ressourcen in der Weise zur Verfügung zu stellen, dass sie vom Individuum produktiv genutzt werden können.

Die folgende Abbildung stellt das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung von HURRELMANN (2000, S. 61) vor:

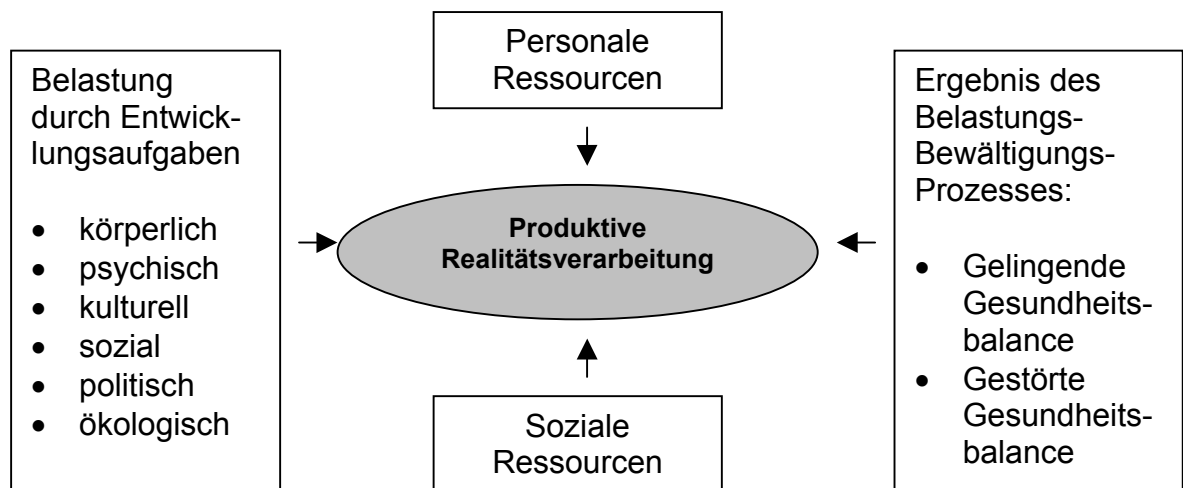


Abb. 2: „Sozialisations-theoretisches Modell der Belastungs-Bewältigungs-Prozesse“

Die produktive Realitätsverarbeitung gelingt, wenn zwischen Ressourcen und Belastungen ein Gleichgewicht hergestellt werden kann. Die Herstellung dieses Gleichgewichts ist abhängig davon, ob ausreichend innere und äußere Ressourcen zur Verfügung stehen. Mit diesem sozialisationstheoretischen Ansatz, der einen Schwerpunkt auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit legt, ist es möglich, die individuelle Persönlichkeitsentwicklung zu analysieren und Bezüge zu sozialen und materiellen Lebensbedingungen, die auf Individuen und Familien einwirken, herzustellen. Der Ansatz integriert eine Beschreibung der Einflüsse der Sozialisationsinstanzen Familie, Schule und peer group und in einem weiter

gefassten Verständnis auch der Berufs- und Freizeitorganisationsformen. Es können so gesundheitlich relevante Prozesse wie Statusübergänge und Lebensaufgaben mit ihren jeweiligen Entwicklungsaufgaben beschrieben werden¹.

Ob sich schulische oder berufliche Überforderungen, soziale Kontaktschwierigkeiten, Bezugspersonenverluste, Probleme beim Übergang von einer Lebensphase zur anderen oder andere Probleme in Symptomen niederschlagen oder nicht, hängt maßgeblich von den personalen Ressourcen und spezifischen individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten ab, sich mit Belastungen und Krisen auseinanderzusetzen. Hierunter werden die einem Individuum (oder einer Familie), in seiner spezifischen, sozialstrukturellen und sozialökologisch bestimmten Lebenslage zur Verfügung stehenden und aktivierbaren Potentiale im finanziellen, informatiellen, instrumentiellen, emotionalen, kulturellen und sozialen Bereich verstanden.

Bei Belastungen setzt ein dynamischer Such- und Sondierungsprozess ein, der eine Neuorganisation der personalen und der sozialen Ressourcen mit sich bringt. Das Bewältigungsverhalten ist mit dem interaktions- und sozialstrukturellen Lebensfeld und den Macht- und Ungleichheitsstrukturen der Gesamtgesellschaft unmittelbar verbunden. Die individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten spiegeln dabei die konkreten Möglichkeiten und Restriktionen des jeweiligen sozialen und historischen Zeitpunktes wider. Als ein weiterer Faktor entscheidet das Selbstkonzept² darüber, ob belastende Lebensanforderungen bewältigt werden können.

Der Ansatz von HURRELMANN bezieht sich auf systemtheoretische Grundpositionen, da Umweltgegebenheiten vom sozialen System aufgenommen und mit den vorhandene Vorstellungen und Kräften in Einklang gebracht werden und zugleich eine ständige Abstimmung zwischen den Umweltanforderungen und den eigenen Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten stattfindet. Mit Recht weist HURRELMANN (1994) darauf hin, dass die soziologische Sozialisationsforschung

¹ Eine empirische Untersuchung dieser Prozesse benötigt Methoden, in denen lebensbiografische Analysen, bis hin zu Verfahren die mehrere Generationen übergreifen, zur Anwendung kommen.

² Mit dem Begriff des „Selbstkonzeptes“ meint HURRELMANN (1994) das Gefüge von Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbststeuerungsfähigkeit.

sich sehr schwer damit getan hat, körperlich/organische Entwicklungsprozesse als Bestandteile ihrer Analyse zu sehen. Der von HURRELMANN vorgestellte Ansatz versucht dieses Defizit zu überwinden, indem auch diese Prozesse einbezogen werden.

Es kann zusammengefasst werden: Sozialisationstheorien beschäftigen sich mit dem Verhältnis zwischen der Lebensfähigkeit des Individuums, der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit und der Gesellschaft mit den sozialen und dinglich-materiellen Lebensbedingungen. Der Schwerpunkt soziologischer Modelle bei der Beschäftigung mit diesem Thema liegt auf der Analyse der externen Kräfte, der Analyse von Belastungsfaktoren der sozialen Umwelt und der gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Die Sozialisationsperspektive ermöglicht, die chronisch belastenden Rahmenbedingungen der Subjektgenese und die kommunikationsstörenden Wirkungen der Sozialisationsinstanzen entstehungsanalytisch und in ihrer lebensbiografischen Historie zu untersuchen. Mit dieser Perspektive leistet die Sozialisationsperspektive einen Beitrag zum Verständnis problematischer Familienstrukturen und von problematischen Verhaltensweisen der Familienmitglieder.

Familien unterliegen zu allen Zeiten einem historischen Wandel, der bestimmend auf die familiäre Wirklichkeit wirkt. In einem Exkurs soll daher auf einige Aspekte der Kontinuität und des Wandels seit der Nachkriegszeit hingewiesen werden.

Exkurs: Kontinuität und Wandel der Familie seit der Nachkriegszeit

Die Größe und Zusammensetzung der Familien, ihre Beziehungen und Strukturen waren und sind Teil eines wandelbaren gesellschaftlichen Zusammenhangs und als solche durch Politik, Wirtschaft, Technik und Religion etc. mitbestimmt. Daher sind bei einer mehrgenerationalen Betrachtungsweise die vielfältigen lebensweltlichen Auswirkungen - z.B. das Kriegsgeschehen, die Nachkriegszeit, die Wiedervereinigung, Naturkatastrophen – für das Verständnis von Familienwirklichkeit zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Arbeit kann bei der Darstellung von Konti-

nuität und Wandel der Familie lediglich schlaglichtartig auf einige Aspekte¹ und die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg eingegangen werden.

Struktur und Funktionen des familialen Gefüges divergieren von Generation zu Generation. Die Lebensgeschichten der Menschen verlaufen, je nachdem in welche Lebensphase bestimmte historische Ereignisse und Entwicklungen fallen, unterschiedlich. Der zweite Weltkrieg hat z.B. für die Kohorte der heute Zwanzigjährigen eine ganz andere Bedeutung als für diejenigen der Sechzigjährigen. Der Rhythmus des Lebenslaufs ist historischen Wandlungen ausgesetzt (z.B. verlängerte sich die Lebensphase nach der Berufstätigkeit durch die höhere Lebenserwartung). Die historischen und kulturellen Besonderheiten der jeweiligen Zeit bilden den äußeren Rahmen, der die Grenzen setzt für die Variationsbreite des Entwicklungsverlaufs einer Familie und seiner Mitglieder (siehe KREPPNER 1989)².

Der Prozess der Modernisierung der Familien verläuft nicht als linearer Prozess in Richtung einer fortschreitender Autonomisierung oder zunehmender Determinierung (SCHNEIDER 1994), sondern führt insgesamt zu einer wachsenden Flexibilisierung der Formen der privaten Lebensführung bei eher rückläufiger gesellschaftlicher Determinierung. Diese Flexibilisierung erfordert eine größere Selbststeuerung des Einzelnen. Noch für den Anfang der siebziger Jahre kann für die BRD der „klassische „Familienzyklus“³ nachgewiesen werden (siehe NAVE-HERZ 1994). Die Phasen und Übergänge der Familienentwicklung waren in den siebziger Jahren und z.T. bis heute in ihrer sequentiellen Abfolge, ihrer Dauer und ihrer zeitlichen Plazierung im Lebenslauf hoch standardisiert. Abweichungen hiervon waren selten und wurden durch Androhung von Sanktionen eingeschränkt. Diese standardisierten Familienzyklen verloren seitdem an normativer Verbindlichkeit⁴.

¹ Einen ausführlichen Überblick gibt NAVE-HERZ (1988).

² Der Sozialisationsforschung erwächst damit die Aufgabe, diesen Definitionsprozessen auch in den historischen Wandlungen nachzugehen (KOHLI 1979).

³ Die „moderne“ Familie, bzw. die „moderne Kernfamilie“ entstand erst Ende des 18. Jahrhunderts.

⁴ Die Wahrnehmung individueller Entscheidungsmöglichkeiten ist wiederum beeinflusst von den sozioökonomischen und soziokulturellen Lebensbedingungen.

Die Übergänge in die Partnerschaft und die Gründung der Familie sind in der Gegenwart tendenziell vom Alter der Menschen entkoppelt (Dechronologisierung). (1994) konstatiert eine De-Institutionalisierung familialer Entwicklungsverläufe, in dem sich der geregelte Ablauf des Familienlebens lockert, Übergänge vorverlagert (z.B. Frührente) oder aufgeschoben sind (z.B. die Erstelternschaft im Alter von vierzig Jahren), die Revidierbarkeit biographischer Entscheidungen zunimmt, der Wechsel zwischen verschiedenen Lebensformen und Familienverläufen erleichtert wird und sich die geschlechtstypischen Konfigurationen familiärer Lebensläufe aufzulösen beginnen.

Die pluralisierten Entwicklungstendenzen der Familien fasst der fünfte Familienbericht der Bundesregierung (1995) in drei Interpretationslinien zusammen:

1. Die Entwicklung kann als De-Institutionalisierungsprozess der Familie gedeutet werden, indem die wachsende Instabilität der familialen Lebensformen und ihre sinkende Verbindlichkeit hervorgehoben wird.
2. Der Individualisierungsthese (nach BECK u. a.) zufolge findet in modernen Gesellschaften ein Verlust von Traditionen und eine Auflösung fester Verbindlichkeiten statt. Ökonomische Wohlstandssteigerung und sozial-staatliche Absicherung ermöglichen zunehmend ein höheres Maß an individueller Wahlfreiheit.
3. Die Überlastungsthese geht davon aus, dass die Anforderungen des Familienlebens mit den übrigen Lebensbereichen in Einklang zu bringen sind. Die traditionellen Status- und Rollendifferenzen zwischen den Geschlechtern werden insbesondere von den Frauen weniger akzeptiert. Die Übernahme der Elternverantwortung bedeutet für die Familie, insbesondere für die Mütter, zusätzliche "Kosten", ein vermindertes Familieneinkommen und eine starke persönliche und zeitliche Belastung. Dies führt oftmals zu Spannungen in der Partnerbeziehung.

Die Frauenbewegung der achtziger und neunziger Jahre trug zu einem Infragestellen der Geschlechterrollen, ebenso wie die höhere Zahl der beruflich qualifizierter Frauen, bei. In der Bundesrepublik ging die Heiratsneigung, wie die Anzahl

der Geburten zurück (SCHNEIDER 1994, NAVE-HERZ 1988, BARABAS 1994). Parallel dazu stiegen die Ehescheidungsquoten und das Heiratsalter¹.

Nach NAVE-HERZ (1988, 1992) erfuhren Ehe und Familie zwar einen Bedeutungswandel, jedoch keinen Bedeutungsverlust. Die Abnahme der Eheschließungszahlen sollte nach NAVE-HERZ nicht überinterpretiert werden, da sich nur eine geringe Abnahme nachweisen läßt und die hohe normative Akzeptanz von Ehe und Familie in der Nachkriegszeit auch durch die Wohnsituation und die rechtliche Lage bedingt war². Jedoch verlor die Ehe zwischenzeitlich ihren Monopolanspruch, das einzige soziale System mit spezieller Sicherung der emotionalen Bedürfnislagen zu sein. Diese Funktion erfüllt inzwischen auch die nicht-eheliche Lebensgemeinschaft.

Der Wandel der Familienrollen der letzten Jahrzehnte blieb weitgehend auf die Rolle der Frau beschränkt, während die des Mannes weitgehend unangetastet blieb (SCHNEIDER 1994). Das patriarchale Leitbild hat im Bezug auf die Ehe zwar abgenommen, ist aber immer noch weit verbreitet. Gleiches gilt für die innerfamiliäre Arbeitsteilung. NAVE-HERZ (1988) registriert eine Verschiebung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten vom Familien zum Ehe-Subsystem. Dies führt zu einer Mehrbelastung der Mütter, vor allem der Erwerbstätigen, da die praktizierte Arbeitsteilung nicht dem partnerschaftlichen Ideal entspricht. Die Erwerbstätigkeit³ der Frauen wird zwar geduldet, bzw. gefördert, aber ökonomisch häufig noch immer als „Zuarbeit“ definiert. Der Wandel der traditionellen gesellschaftlichen Rollenerwartungen ist auf der normativen Ebene weiter fortgeschritten, als auf der

¹ Der Anstieg des Heiratsalters kann nicht nur mit der Verlängerung der Schulausbildungszeiten erklärt werden, da auch bei früh im Beruf stehenden Männern und Frauen die Quote der Verheirateten zurückging (NAVE-HERZ 1988).

² Die Eheschließung war bis in die siebziger Jahre hinein mit zusätzlichen materiellen Ressourcen verbunden, so z.B. mit der Zuteilung von Wohnraum. Zudem war die formelle Ehe die einzige Möglichkeit gesellschaftlich akzeptierter und legitimierter dauerhafter sexueller Partnerbeziehungen. So nannten Ehepartner, die 1950 heirateten, als Gründe für ihre Eheschließung vor allem die Schwangerschaft, die Zuweisung von Wohnraum, berufliche materielle Erwägungen und den Wunsch nach einer dauerhaften Sexualbeziehung (NAVE-HERZ 1988).

³ Die Definition einer Erwerbstätigkeit schließt immer noch nicht die häuslichen Tätigkeiten ein und die Arbeitszeit der Frau im Haushalt und in der Kindererziehung wird weiterhin von der Gesellschaft nicht vergütet .

faktischen. Diese Ungleichzeitigkeit der Veränderungsverläufe¹ können zu einer Zunahme an Spannungen und Konflikten im Ehe- und Familiensystem und so zum Auftreten von Symptomen führen.

Einige weitere Kennzeichen des familiären Wandels der letzten 25 Jahren sollen noch erwähnt werden:

- Die Anzahl der absoluten Geburten in der BRD (siehe ENGSTLER 1999) verringerte sich, während sich das Alter der Mütter bei der Geburten erhöhte².
- Die Familienbildung ist nicht mehr zwangsläufig mit der Eheschließung verbunden. ENGSTLER (1999) berichtet über eine drastische Steigerung der Zahl der sog. nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften (von 1,4 Millionen im Jahre 1982 auf 3,4 Millionen im Jahre 1996).
- Die Scheidungsrate stieg in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich. Es ist davon auszugehen, dass z.Z. jede dritte bis vierte Ehe geschieden wird. Das BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1999) berichtet, dass 1996 geschiedene Ehen im Durchschnitt zwölf Jahre bestanden, wobei 14 Prozent der Kinder vor dem Erreichen der Volljährigkeit von der Scheidung der Eltern betroffen waren.
- Auch wenn weiterhin die Zwei-Eltern-Familien das „Normalitätsmuster“³ stellen (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1995), stieg die Anzahl der sog. „Single“ Haushalte und der mit alleinerziehenden Müttern (siehe NAVE-HERZ 1988, ENGSTLER 1999).
- Durch den Rückgang der Kinderzahl machen weniger Kinder Erfahrungen in der Geschwistergruppe. Der familiäre Erfahrungsraum verändert sich hierdurch vor allem für die Kinder beträchtlich (BARABAS 1994).
- Die Maßstäbe für Normalität und abweichendes Verhalten verändern sich. Verhaltensweisen, die vor Jahren nicht möglich waren und als abweichend definiert wurden, sind zum Teil normal und wünschenswert.

¹ Siehe hierzu NAVE-HERZ (1989).

² Nach BARABAS (1994) betrug das durchschnittliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes 1970 24,3 Jahre, es stieg im Jahre 1988 auf 26,7 Jahre.

³ Achtzig bis neunzig Prozent der Kinder wachsen in „vollständigen Ehen“ auf (KREPPNER 1994).

- In den letzten Jahrzehnten ist ein Wandel von traditionellen Erziehungszielen, wie Ehrlichkeit, Sauberkeit und Gehorsam hin zu einer stärkeren Betonung von Selbständigkeit zu beobachten (NAVE-HERZ 1999).
- Die Eltern-Kind-Beziehungen haben sich entscheidend verändert. Es entwickelte sich eine Form von „Kinderkultur“. Für Jugendliche früher typische Verhaltensweisen vorverlagern sich in die Kindphase (z.B. beim Konsumverhalten). Die Bedeutung affektiv emotionaler und/oder sozial normativer Erwartungen der Eltern an die Kinder vergrößerte sich.
- Heutigen Kindern werden mehr Handlungsspielräume und mehr Entscheidungsmacht über ihre eigenen Lebensverhältnisse zugewiesen, d.h., aber auch, ihnen werden schon im frühen Alter Entscheidungen zugemutet (NAVE-HERZ 1999).
- Das Kind wird zunehmend Objekt der Befriedigung subjektiver, emotionaler Bedürfnisse der Eltern. Es nimmt in der Familie eine zentrale Stellung ein, die Ehebeziehung scheint gegenüber der Eltern-Kind-Beziehung an Eigenwert zu verlieren. Dies führt in einem rekursiven Prozess zu einer Veränderung der Elternrolle, der Erziehungsziele und Erziehungspraktiken¹.
- Anstelle der Familie übernehmen sekundäre Instanzen und Institutionen vermehrt Sozialisationsaufgaben (z.B. die Ganztagschulen und die Schulaufgabenhilfe).

Von besonderer Bedeutsamkeit auch für die heutigen Generationen sind die lebensweltlichen Auswirkungen des zweiten Weltkrieges und seiner Nachwirkungen auf die familiäre Funktionstüchtigkeit²: Durch den Krieg änderte sich das Familienleben, die Frauen mussten aufgrund der Abwesenheiten der Männer fast alle familiären Aufgaben übernehmen. Hinzu kamen Bombenangriffe, Versorgungsschwierigkeiten, Angst, Evakuierung, Flucht und Vertreibung. Die Sorge um die Kinder stand im Mittelpunkt. Kamen die Männer nach dem Krieg zurück, resultierte dies oft mit einem „Machtverlust“ der Frauen in der Familie. Dies trug zu einem Wandel der innerfamiliären Strukturen bei. Die Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse nach dem Krieg boten besonders für die Männer neue

¹ Siehe hierzu SCHÜTZE (1988).

² Siehe hierzu KAISER (1989), HEINL (1968), MOSER (1992).

Erfolgsmöglichkeiten. Für die Familienmitglieder der NS-Täter war es ein Schock zu erfahren, was ihre Angehörigen getan hatten. Dieses Thema wurde meistens tabuisiert. Die Erfahrungen dieser Generationen¹ wirkten - und wirken bis in die Gegenwart - prägend auf die folgenden Generationen (siehe HILDENBRAND 1998, MASSING, G. REICH und SPERLING 1992, KAISER 1989, HEINL 1986 u. 1994, MOSER 1992).

3.3 Die Familie im Kontext ihrer Umwelten

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit den Umwelten der Familie, insbesondere mit der Umwelt „engere Verwandtschaft“², da auch diese für ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Familien prägend sind.

Die Familien als umwelt-offene soziale Systeme (NAVE-HERZ 1992) werden von vielfach beeinflussenden Kontexten³ perturbiert. Dabei können die Umwelten der Familie ebenfalls als Systeme verstanden werden und entsprechend ihrer Komplexität klassifiziert werden⁴. Auf der „unteren Ebene“ lassen sich Verwandtschaftssysteme und Freundeskreise, auf der „mittleren Ebene“ die Institutionen, wie Schulen, Arbeitsstätten, Ämter, Kaufhäuser u.a. und auf der „oberen Ebene“ kulturelle, wirtschaftliche und politische Systeme einordnen (TEXTOR 1990)⁵. Die sozialen Systeme der verschiedenen Systemebenen unterstützen die Familie, sie ermöglichen einen Einkommenserwerb, stellen Dienstleistungen und Güter zur Verfügung und unterstützen in Notlagen und Gefahren. Sie verändern sich im Familienzyklus, bleiben jedoch immer von großer Bedeutung für das Wohlbe-

¹ Siehe das Kapitel 3.4.1: „Familienzyklus und generationsübergreifende Muster“.

² Auf Aspekte der Umwelten peer-group, Schule und Ausbildung wird im Zusammenhang mit der Erörterung der Adoleszenz (siehe das Kapitel 3.4.2) näher eingegangen.

³ Mit dem Begriff Kontext sind hier die Umwelten der Familie (Herkunftsfamilie, Verwandtschaft, Arbeitsmilieu, Hilfsinstitutionen, Wohnsituation, Gemeinwesen u. a.) gemeint.

⁴ Bei der Analyse von sozialen Systemen werden typische Muster von Kommunikationen, d.h. Relationen zwischen diesen Kommunikationen untersucht (KRIZ 1999). Dabei handelt es sich auf der nächsten Systemebene (Metaebene) um Relationen von Relationen. So werden übergeordnete, bzw. untergeordnete Systemhierarchien gebildet.

⁵ RITSCHER (1996) unterscheidet hingegen in Orientierung auf die Typologie von BRONFENBRENNER fünf Systemebenen: Subjektssystem (z.B. das Kind), Mikrosystem (z.B. Kind und Familie), Mesosystem (z.B. Kind, Familie u. Schule), Exosystem (z.B. Jugendamt) und das Makrosystem (z. B. die allgemeine Schulpflicht).

finden ihrer Mitglieder. Die in diesen Systemen gemachten Erfahrungen bringen die Individuen in die Familie ein und müssen in ihr verarbeitet werden.

Die Umwelt "Verwandtschaft" kann als ein Gefüge von sozialen Rollen verstanden werden. Die biologische Verwandtschaft wird so zu einem soziologischen Modell der Verwandtschaft. Eine Funktion der Verwandtschaft liegt in der Integration der Familie in größere gesellschaftliche Zusammenhänge. Die Verwandtschaft beeinflusst die Rechte und Pflichten der einzelnen Mitglieder nach gesellschaftlich bestimmten Gesetzen und bildet darüber hinaus ein stützendes Netzwerk und einen Solidaritätsverband (BISLER 1977). Soziale Regelungen und die Grade der Verwandtschaft definieren die Rechte und Pflichten der Verwandtschaftsrollen, die zugleich dem gesellschaftlichen Wandel unterliegen. Auch mittels der Verwandtschaft nimmt die Familie die Gesellschaft mit ihren Normen, Sitten und Werten und Herrschaftsstrukturen auf. Hier weitet sie ihren Erfahrungs- und Handlungsbereich aus und verschiebt quasi die Grenze der Familie in den gesellschaftlichen Raum hinein. Verwandtschaft ist so einerseits Teil der Familie, andererseits Teil der Umwelt. Auf diese Weise ist sie in der Lage, eine Kontrollfunktion über die Familie auszuüben. So werden, zumindest dann, wenn die Verwandtschaft eine Bedeutung für das Familienmitglied hat, nicht nur die Außenbeziehungen der Familie durch Normen und Regeln kontrolliert, sondern auch der Intimraum der Familie zumindest teilweise kontrolliert.

Da wir klassische großfamiliale Verhältnisse heute nur noch in Teilen des bäuerlichen Bereiches finden, kann für die letzten Jahrzehnte davon ausgegangen werden, dass die Kontakthäufigkeit mit der Verwandtschaft abgenommen hat (siehe MARBACH 1989)¹. Dies kann als Resultat eines rekursiven Prozesses

¹ LÜESCHEN (1988) vergleicht die verwandtschaftlichen Beziehungen von Menschen zweier Großstädte in den Jahren 1969 und 1983. Seine Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Schwerpunkt familialer Netzwerke der Verwandtschaft im Bereich erster und zweiten Grad liegt. Eltern und Geschwister werden überwiegend als „wichtig“ eingeschätzt. Auf die eigene Ursprungsfamilie im Sinne der isolierten Kleinfamilie sind ein knappes Drittel der Befragten ausgerichtet. Nach den Untersuchungsergebnissen dieser Studie zeigt sich entgegen der Untersuchungsergebnisse von MARBACH (1989) ein bemerkenswerter Anstieg der Nennung für „entfernte“ Verwandte im Jahr 1983 gegenüber den Daten aus dem Jahr 1969. Dieses Ergebnis weist insgesamt auf eine größere Bedeutung verwandtschaftlicher Beziehungen hin. In fast der Hälfte der Großstadtfamilien gehören zu dem Bereich intimer und effizienter Netzwerke nur Verwandte. Die

auf strukturelle Veränderungen der Gesellschaft verstanden werden. Die Abnahme verwandtschaftlicher Beziehungen beinhaltet einerseits eine Freisetzung individueller Kräfte und Möglichkeiten. Andererseits verliert die Familie wichtige Funktionsbereiche. Frühere, überwiegend familiäre Aufgaben, wie z.B. die Pflege der Kranken und Alten werden von anderen Institutionen übernommen. Dennoch ist die soziale Bedeutung der Verwandtschaft erhalten geblieben. Insbesondere die Großeltern helfen bei der Erziehung, unterstützen die Kinder materiell bei Übergängen im Familienzyklus und auch emotional und praktisch bei kritischen Lebensereignissen (z.B. bei Krankheiten und Scheidungsfolgen) (SCHNEIDER 1994). Diese Leistungen werden in erster Linie von der Elterngeneration und den näheren Verwandten erbracht. Sie helfen vor allem, wenn es um Rat, Hilfe oder um die Unterstützung eigener Wertvorstellungen und Entscheidungen geht. Der Verwandtschaft bleiben so wesentliche Funktionen, insbesondere die der verwandtschaftlichen Solidarität, in Not und Krisenzeiten erhalten. Sie bildet trotz der als steigend empfundenen „Generationsbelastung“ offenbar eine Art Solidaritätsreserve (SCHÄFERS 1995). Bedeutsam für die Kontakte der Familienmitglieder sind auch verwandtschaftliche Geselligkeiten (LÜSCHEN 1988) Die Thesen vom Funktionsverlust des Verwandtschaftssystems oder von der verwandtschaftlichen Isolierung der Kleinfamilie kennzeichnen somit die gegenwärtige Situation des Verwandtschaftssystems in unserer Gesellschaft nur unvollkommen (vgl. SCHÄFERS 1995).

Für die Familie bedeutsame Umwelten sind neben der Verwandtschaft der Freundeskreis, die Nachbarn und die Arbeitswelt. Bei den Kindern und Jugendlichen besteht der Freundeskreis meist aus Gleichaltrigen (peer groups). Die peer groups unterstützen ein Erforschen der Umwelt, die Entwicklung von Interessen und sozialen Kompetenzen, die Übernahme der Geschlechtsrolle und das Experimentieren mit sexuellen Beziehungen. Von den Erwachsenen werden vier bis fünf Personen als Freunde betrachtet, mit denen man sich in der Regel häufiger trifft

Hilfeleistungen werden von den Verwandten beider Partner erbracht. In den befragten Familien spielen auch Freunde eine Rolle, sie sind aber in ihrer Bedeutung für den Intimbereich der befragten Familien weder, was das Besuchsverhalten, noch was die Hilfeleistungen angeht, von gleicher Bedeutung wie Verwandte.

(TEXTOR 1990). Väter finden ihre Bekannten eher im Kollegenkreis oder im Verein, Mütter öfters in der Nachbarschaft oder über die Kinder¹.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zeigen, dass insgesamt die These von der „isolierten Kleinfamilie“ zu hinterfragen ist. Die informellen Netzwerke, vor allem auf verwandtschaftlicher Basis, haben für das Familienleben an Bedeutung gewonnen. Sie erfüllen wichtige Funktionen im Leben der Familie und lassen die formellen Netzwerke in Teilbereichen in ihrer Bedeutung für das Familienleben in den Hintergrund treten (siehe LÜSCHEN 1988, SCHNEIDER 1994). Soziale Unterstützung durch das familiäre, verwandtschaftliche, freundschaftliche und nachbarschaftliche Netzwerk² wirkt, so lässt sich mit GERHARD (1989) zusammenfassen, als gesundheitssichernder Puffer zwischen Lebensstress und Krankheit.

3.4 Familiäre Lebenszyklen

Deutungsschemata für den Lebenslauf, bzw. die Lebenszyklen, existieren in allen Gesellschaften. Für die Soziologie differenzierte sich mit diesem Thema ein eigenes Forschungsfeld heraus, das insbesondere von KOHLI (1979, 1981) inspiriert wurde. Im soziologischen Verständnis meint der Lebenslauf die allgemeinen (regelhaften und typischen) Sequenzmuster der Bewährung durch die Lebenszeit (SCHÄFFERS 1995). Die Lebenslaufforschung³ erfährt vielfältige Anregungen aus den Wissenschaftsbereichen Jugendsoziologie, Alterssoziologie, Kulturanthropologie, Familienforschung, Sozialisationsforschung und Entwicklungspsychologie.

Das familiäre Lebenszykluskonzept geht von der Definition einer Familie aus, die

¹ Auf die Bedeutung der Beziehungen zu den Nachbarn und die Auswirkungen der Arbeitswelt für die Familien kann im Rahmen dieses Überblicks nicht näher eingegangen werden. Siehe hierzu TEXTOR (1990 u. den ZEHNTEN KINDER- UND JUGENDBERICHT (1998).

² Als Netzwerk einer Familie wird das gesamte System formeller und informeller Kontakte zu Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen und Vertretern verschiedener Institutionen, also ihr vollständiges Beziehungsfeld in seiner räumlichen und zeitlichen Ausdehnung bezeichnet (TEXTOR 1990).

³ Zur Übersicht siehe GEULEN (1991).

sich permanent entwickelt und in diesem Prozeß verschiedene Stadien durchläuft.

Durch einen transaktionellen Ansatz, der sich auf die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt bezieht, geraten die für ein System zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben und die interindividuellen Unterschiede auf demselben Entwicklungsniveau besser ins Blickfeld (vgl. STEFFENS 1987). Solch ein transaktioneller Entwicklungsbegriff betrachtet die Entwicklung konflikthafter Geschehens und stellt ein Lebenszykluskonzept, die Bewältigungsstrategien und subjektive Strukturen der Interpretation in den Mittelpunkt der Erörterungen.

Nicht nur Individuen befinden sich in einem permanenten Prozess von Übergängen und Veränderungen, sondern auch Familiensysteme. Die Übergänge der einzelnen Phasen zwingen das Familiensystem, die Regeln für das Funktionieren des Familienlebens auf einer neuen Ebene anzupassen und ein neues „Fließgleichgewicht“ zu finden (VON SCHLIPPE und MATTHAEI 1987). Der Übergang von einer Phase des Lebenszyklus zur nächsten benötigt eine Anpassung der Regeln und Ziele an die neuen Lebensumstände. Solche umfassenden Änderungen des gesamten Familiensystems sind in jeder neuen Lebensphase notwendig, in der neue Regeln für die Kommunikation gefunden werden müssen und in der die Rollen in der Familie neu verteilt werden¹. Bei der Bewertung von Ereignissen im Lebenslauf ist zu berücksichtigen, dass jede Generation in einer bestimmten Zeit lebt, die ebenfalls Normen und Werte prägt.

Für ein fundiertes Verständnis familialer Zusammenhänge ist es daher notwendig, den entwicklungspsychologischen und den lebensgeschichtlichen Kontext einer Familie möglichst umfassend zu verstehen. Daher werde ich im Folgenden den Zusammenhang zwischen dem entwicklungspsychologischen Rahmen, den familialen Lebenszyklen und den generationsübergreifenden Mustern betonen,

¹ Oftmals sind in diesen Entwicklungsphasen „Veränderungen zweiter Ordnung“ notwendig, bei denen die Familien bestehende Strukturen im Rahmen eines Anpassungsprozesses aufgeben und nach neuen Balancen suchen, die den veränderten Bedingungen besser genügen.

bevor im anschließenden Kapitel, aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Entwicklung von Essstörungen und Multiplen Süchten, die Phasenabläufe in Familien mit Adoleszenten beschrieben werden.

3.4.1 Der Familienzyklus und generationsübergreifende Muster

Der Lebenszyklus von Familien lässt sich in Entwicklungsschritte differenzieren¹. Diesen Einschnitten kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie häufig zu "Krisen" in der Funktionsfähigkeit der Familie führen. Die Lebenszyklen können unterschieden werden in:

- Phase der Partnerschaft ohne Kinder
- Familie mit Kleinkindern
- Familie mit Kindern im Vorschulalter
- Familie mit Kindern im Schulalter
- Familie mit Adoleszenten
- Familie im Ablösungsprozess
- Familie bzw. Paar in der Lebensmitte
- Familie bzw. Paar im Alter

Die Übergänge von einer Lebensphase zur anderen sind nicht (mehr) eindeutig bestimmbar und sie gelten nicht für alle Familienformen (z.B. Alleinerziehende, Scheidungsehen mit einer erneuten Heirat u.a.) in gleicher Weise. Die Gestaltung der Übergänge erfordert eine Koordination und Synthese durch das Individuum und der Familie. Der soziale und technische Wandel der Gesellschaft verlangt einen stetigen psychischen Verhaltens- und Einstellungsveränderungsprozess, um auf die Anforderungen der Umwelt angemessen zu reagieren. Von einem kompetenten Individuum wird erwartet, dass es die Umweltressourcen und die persönlichen Ressourcen für eine "gute" persönliche Entwicklung einsetzt (HURRELMANN 1994), während stetig „multiple pathogene Einflüsse“ (OSTEN 1995) einwirken. Schädigende Stimulierungen, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen, sind nicht nur in der frühen Kindheit oder der triangulären Phase

¹ Siehe STEFFENS (1987), PETZOLD (1993), TEXTOR (1985), NAVE-HERZ (1989), SCHELLER (1989), MAIWALD (1990), OSTEN (1995).

virulent; sie wirken über die gesamte Lebensspanne und tragen zur Entstehung von „prävalent pathogenen Milieus“ (PETZOLD 1993), besonders in kritischen Lebensphasen, bei.

Die Entwicklungstendenzen und Aufgaben in den jeweiligen Lebensphasen sind für Individuen, wie für Familien, eher zu bewältigen, wenn diese in einem dosierten Maße mit Veränderungen und situativen Anforderungen konfrontiert werden. Erscheinen die neuen Anforderungen dem Individuum, bzw. den Familien als angemessen, werden sie eher als Herausforderung begriffen und erfolgreich bewältigt. Können die Anforderungen nicht angemessen bewältigt werden, kann dies zu Krisen führen¹ und es besteht die Gefahr, Symptome mit entsprechenden Abwehr-, Ausweich-, Rückzugs-, Konflikt- und Aggressionstendenzen zu „produzieren“, mit der Folge, dass Phänomene in Form von Abweichungen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten, Beeinträchtigungen und körperlichen Erkrankungen entstehen².

Mit Hilfe der Familienzyklusforschung können, so ist zusammenzufassen, wichtige Erklärungszusammenhänge über die Familie gewonnen werden. Es gibt bisher in der Soziologie keinen Ansatz und keine Methode, durch die der Familienzyklusansatz ersetzt werden könnte. Ein qualitativer, phasenspezifischer Unterschied in der Rollen- und in der Interaktionsstruktur von Familien lässt sich nach SCHELLER (1989) nur mit diesem Ansatz erfassen. Einschränkend sollte aber berücksichtigt werden, dass die Weitergabe von Deutungsmustern familiärer Strukturen eben nicht nur über die familiäre (und schulische) Sozialisation verläuft und damit von Familienzyklen abhängig ist, sondern zunehmend über die Massenmedien, die eigene, in der Regel marktspezifische Rezeptionsbedingungen seiner Inhalte schaffen.

Es entspricht der Logik der Familienzyklusperspektive, sie auf der vertikalen Ebene durch die Mehrgenerationenperspektive zu erweitern. Hier wirken die Be-

¹ Siehe hierzu das Kapitel 3.7: „Familiale Funktionstüchtigkeit in kritischen Lebenssituationen“.

² Die als Coping bezeichneten Anpassungsstrategien können ebenfalls zu Problemen führen.

ziehungen der Großelterngeneration so fort, dass, bezogen auf die Funktionsfähigkeit und die familialen Beziehungsstrukturen, von einer Mehrgenerationenfamilie¹ gesprochen werden kann, wenn die Beziehungen von (mindestens) drei Generationen betrachtet werden (MASSING u.a. 1992). Die Mehrgenerationenperspektive geht davon aus, dass die intergenerationale Weitergabe vielfältiger Aspekte des Familienlebens² über zentrale handlungsleitende, handlungsbegründende und sinnstiftende Ideen im aktuellen System präsent ist. Die Grundannahme der Mehrgenerationenperspektive ist, dass Verhalten, Gedanken, Normen und Werte u. a. aus früheren Generationen bedeutsam für die heutigen Interaktionen sind. Auf der vertikalen Beziehungsachse Eltern-Kinder werden die Beziehungen zur Großeltern-, bzw. Enkelgeneration erweitert und die Störungen und Konflikte der jeweiligen Kindergeneration auf dem Hintergrund der z.T. unbewußten Konflikte zwischen Eltern und Großeltern und deren Beziehungen (bzw. den neuen Partnern und ihren/dessen Eltern) interpretiert (interfamiliäre Übertragungsprozesse). Es wird angenommen, dass sich in Familien über die Generationen im wesentlichen immer dieselben oder sehr ähnliche Konflikte abspielen³. Diese Prozesse werden als „interfamiliäre Wiederholungszwänge“ bezeichnet (MASSING u.a. 1992).

In den USA⁴ beschäftigen sich insbesondere BOSZORMENYI-NAGY und SPARK⁵ seit den 70er Jahren mit der Mehrgenerationenperspektive. In ihrem Ansatz legen sie einen Schwerpunkt auf die Analyse von „unsichtbaren Bindungen“ zwischen den Generationen. Sie betonen die normative Verpflichtung (Loyalitätsbindung) einen Ausgleich der Bedürfnisbefriedigung (Verdienstkonten) zwischen den Generationen zu erreichen. Familienmythen⁶ sind für diesen

¹ Eine Mehrgenerationenfamilie kann jedoch (siehe KAISER 1989), bezogen auf die Haushaltsgemeinschaft, aus zwei Generationen bestehen.

² Im Kapitel 3.6: „Die Funktionalität familialer Strukturen“ werden diese Aspekte näher dargestellt.

³ Mit dieser Sichtweise bezieht die Mehrgenerationenperspektive analytische Theorien in ihren Ansatz ein.

⁴ In Deutschland wurde die Mehrgenerationenperspektive von SPERLING, MASSING und REICH (zweite völlig neu bearbeitete Auflage 1992) entwickelt.

⁵ BOSZORMENYI-NAGY und SPARK (1981) legen einen Schwerpunkt auf die Schlüsselbegriffe Loyalität, Gerechtigkeit und Verdienstkonten.

⁶ Siehe das Kapitel 4.7.6: „Mythen, Geheimnisse und Tabus“.

Prozess bedeutsam, da sie eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung der familiären Homöostase spielen (SIMON und STIERLIN 1984, SIMON 1995a).

Auch durch die Wahl eines „passenden“ Partners¹ können Wiederholungen familiärer Strukturen in der nächsten Generation fortgesetzt werden, indem beispielsweise ein Partner ausgesucht wird, der ebenso starke Loyalitätsanforderungen wie die eigenen Eltern stellt. Oft entstehen aus solch einem Arrangement starke, unüberwindliche Konflikte.

Mit dem Mehrgenerationenansatz lassen sich so physische, emotionale und soziale Dysfunktionen als Ausdruck und Folge von Problematiken verstehen, die sich über mehrere Generationen entwickelt und weitergereicht wurden und werden. Dieser Ansatz eignet sich hervorragend für die Analyse mehrgenerationaler Beziehungen und Strukturen.

3.4.2. Phasenabläufe in Familien mit Adoleszenten

Nach diesen Ausführungen über den Familienzyklus soll die Familienphase von Familien mit Adoleszenten näher beschrieben werden. Diese Familienphase wird hier beispielhaft beschrieben, um zum einen die Bedeutung von Phasenübergängen in der Entwicklung zu betonen. Zum anderen gehe ich gerade auf diese Familienphase ein, da ihr nach meinen Erfahrungen und den Angaben in der Literatur bei der Genese von Essstörungen und Multiplen Süchten bei Frauen (siehe Kapitel fünf) eine besondere Bedeutung zukommt. Selbstverständlich schließt die Fokussierung auf die Adoleszenz nicht aus, dass es bereits Fehlentwicklungen in früheren Lebensphasen gegeben haben könnte².

Nach der frühen Kindheit ereignet sich in der Adoleszenz der „zweite dramatische Veränderungsprozess“ im Leben des Menschen (KREPPNER 1989). Die Adoleszenz kann als Phase einer verstärkten (Selbst)konstruktion zum Mann, bzw. zur Frau verstanden werden, in der die Geschlechtszugehörigkeit in spezifischen Körpererfahrungen im Leib „inkarniert“ (PETZOLD 1995) wird. In den

¹ Hierauf gehe ich im Kapitel 4.6.4: „Die Paarbeziehungen“ näher ein.

² Auftretende Probleme in den anderen Lebensphasen werden z.B. von STEFFENS (1987), TEXTOR (1985) und RAHM u. a. (1993) erörtert.

Interaktionen wird die Geschlechtszugehörigkeit im reflexiven Umgang mit dem Leib geschlechtsspezifisch eingeübt. Im Leib repräsentiert sich somit im Kontext gesellschaftlicher Geschlechtsrollenerwartungen die geschlechtsspezifische Sozialisation¹.

Die Adoleszenz gilt als die Entwicklungsphase, in der die Interdependenzen zwischen Alt und Jung besonders deutlich werden. Der Jugendliche, der seine Sexualität entdeckt, pendelt zwischen „Verschmelzungswünschen und Autonomiebestrebungen“ (STEFFENS 1987). Bereits früh wird die Entwicklung des Körpers von den Jugendlichen beobachtet, Mädchen beschäftigen sich häufig bereits mit acht bis zehn Jahren mit dem Wachstum der Brüste. Das Auftreten der ersten Menstruation im Alter von zehn bis sechzehn Jahren kann sehr verunsichern, insbesondere, wenn die Menstruation, das Wachstum der Brüste sowie die Schambehaarung sehr früh oder sehr spät beginnen. (Auch Jungen reagieren auf die körperlichen Veränderungen² häufig sehr sensibel.) In dieser Zeit bevorzugen Mädchen enge Kontakte zu Freundinnen und setzen sich mit der Mutter als dem unmittelbaren Modell für das weibliche Geschlecht auseinander.

Die meist ca. sechs Jahre umfassende Phase (zwischen dem 13. und 19. Lebensjahr) der Adoleszenz bringt in der Regel große Probleme und Konflikte für die Familie mit sich. Viele Jugendliche rebellieren in der Regel nahezu gegen jeden Versuch der Eltern, Autorität auszuüben und Einfluß zu nehmen. Durch diese Vielzahl von Konflikten gelingt es ihnen leichter, sich von den familiären Bindungen der Kindheit abzulösen und schneller autonom und selbständig zu werden.

Die Jugendlichen betonen in den späteren Jahren der Pubertät ihre Selbstgrenze stärker als in den vorherigen Jahren, zugleich treten immer wieder Unsicherheiten und Bedürfnisse nach Anlehnung und Bestätigung auf. Die Grenzen gegenüber der Außenwelt werden seitens des Jugendlichen (noch) offener. Die elterliche

¹ Da ich mich in diesem Kapitel mit der Familie als ein soziales System beschäftige, gehe ich auf die Adoleszenz von Mädchen und Jungen ein.

² Erster Samenerguß zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr; Stimmbruch zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr.

Autorität nimmt in vielen Bereichen der Lebensgestaltung ab. Flexibilität in vielen Bereichen wird zu einer Schlüsselfrage für die familiäre Funktionstüchtigkeit in diesem Entwicklungsstadium (G. REICH 1998). Zu einer positiven Identitätsentwicklung der Jugendlichen tragen Selbstbehauptung, Durchlässigkeit der familiären Grenzen und eine unterstützende Begleitung der Eltern bei.

Die Jugendlichen verbringen immer mehr Zeit in der peer-group, in der sie sich häufig im Gegensatz zum Verhalten in der Familie sehr konform verhalten. Sie lernen hier Gruppenverhalten. Viele Jugendliche schließen sich Gruppen (Sportvereine u.a.) an, die die Ablösung von den Eltern erleichtern. Die Intensität und Bedeutung von Beziehungen gegenüber dem anderen Geschlecht nehmen in dieser Zeit zu. In diesen Gemeinschaften gehen Jugendliche in der Regel auch intime sexuelle Beziehungen mit Gleichaltrigen ein. In der sexuellen Beziehung verliert die Fixierung auf die eigene Genitalität an Bedeutung, während die auf das andere Geschlecht bezogene Sexualität wichtiger wird (MAIWALD 1990).

Einerseits sind die Leistungsanforderungen der Schule an die Kinder und Jugendlichen gestiegen, andererseits aber auch die Anforderungen der Schule an die Eltern, bei den Schularbeiten und der Begleitung des schulischen Geschehens mitzuwirken. Es werden also Funktionen der Schule in die Familie verlagert (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1994, NAVE-HERZ 1994). Für die Familien, insbesondere für die Mütter, bedeutet die Schulaufgabenbetreuung einen beträchtlichen zeitlichen und emotionalen Zusatzaufwand¹. Oftmals sind die Eltern diesen Aufgaben nicht gewachsen, hier sind besonders Kinder aus den sozialen Unterschichten benachteiligt. Neben den schulischen Veränderungen tragen die strukturellen Rahmenbedingungen des Freizeitverhaltens zu einem Wandel der Kindheit und Jugend bei. Durch das gewachsene Verkehrsaufkommen u. a. Faktoren gibt es besonders in Großstädten nur reduzierte Möglichkeiten auf der Straße zu spielen. Da inzwischen 80% der Kinder und Jugendlichen ein eigenes Kinderzimmer haben und die Kinder- und Jugendzimmer

¹ Während der Betreuungsaufwand der Eltern für die Kinder zunimmt, nimmt in diesem Zeitraum die „Leistung“ der Kinder in Form von praktischer Mithilfe in der Familie ab (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1995).

reichlich mit Geräten der Unterhaltungselektronik und Computern ausgestattet sind, ist es attraktiver im Haus zu spielen (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1995).

Durch das Fernsehen werden die Kinder früher in die Erwachsenenwelt einbezogen, wobei die Wirkung des Fernsehens auf die Kinder umstritten ist. Es wird davon ausgegangen, dass der Prozess der Medienrezeption als ein aktiver realitätsverarbeitender Handlungsprozess unterschiedlich verlaufen kann. Sozialisationsgefährdend könne, so der FÜNFTTE FAMILIENBERICHT (1995) das Fernsehen für Kinder auf zwei Ebenen wirken. Zum einen kann die passive Haltung der sogenannten „Vielseher“ unter den Kindern bereits als eine Folge von vorhergehenden Sozialisationsdefiziten gesehen werden, zum anderen wirken Fernsehsendungen nur dann im Sinne einer neuen Konstruktionsrealität, wenn bisher kein Wissen über diese Realität beim Rezipienten vorhanden ist. Besonders problematisch ist in den Medien immer noch die Vermittlung von Gewaltstereotypen und die traditionelle Sicht von Geschlechterrollen.

In der Adoleszenz zeigen die Jugendlichen eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch, sich im Hinblick auf die Zukunft noch nicht festzulegen zu wollen und den Bedürfnissen nach Sicherheit. Dieses Phänomen zeigen Schüler und Studenten länger als Jugendliche, die bereits im Berufsleben stehen. Die Eltern werden besonders verunsichert, wenn die jungen Menschen ihren Weg von der Schule zur Berufswahl unterbrechen und diese Zeit zum Ausprobieren verschiedener Tätigkeiten, Reisen oder zum Nichtstun nutzen. Diese Jugendlichen wollen unterschiedliche Seiten an sich entdecken und fördern, oft solche, die in der Erziehung vernachlässigt wurden (MAIWALD 1990). Stoßen die Jugendlichen hierbei auf Grenzen, ermöglicht dies genauer zwischen Phantasien und Realität zu unterscheiden und ein Bezugssystem für die in der Adoleszenz oft beunruhigenden und verwirrenden Wahrnehmungen zu entwickeln.

Die Verlängerung der Ausbildungs- und Berufsfindungszeiten bewirken strukturelle Veränderungen für die Familien. Der Einstieg in eine Erwerbsposition erfolgt in der Regel später als in früheren Zeiten. Die Jugendlichen sind in der Regel auch nach dem Erreichen der Volljährigkeit auf weitere finanzielle Zuwendungen der Eltern angewiesen (begründet z.B. durch das geringe Angebot an preiswerten

Wohnungen). Der längere Besuch von Schulen und Berufsbildungseinrichtungen führt vielfach zu einer Verunsicherung und zu einer zeitlichen Verlängerung der Pubertätsphase (REICH 1998)¹. Auch der Auszug aus dem Elternhaus verlagert sich zunehmend in das dritte Lebensjahrzehnt, wobei Frauen eher die Ablösung vollziehen, als Männer (GAISER u.a. 1989). Zudem werden nach dem Auszug aus dem Elternhaus bevorzugt Wohnungen in der Nähe gesucht².

Die Dauerkrise auf dem Arbeitsmarkt führt zu Problemen bei der Suche nach Ausbildungsplätzen und einer Beschäftigungsperspektive und damit zu einer schwer zu verarbeiteten Sinnkrise des schulischen Lebens (HURRELMANN 1994). Der Ablösungsprozess der Jugendlichen vom Elternhaus findet in den verschiedenen Bereichen (psychisch, räumlich, beruflich) zu verschiedenen Zeitpunkten statt. In dieser Ablösungsphase übernimmt die peer-group die Funktion der psychischen Stabilisierung der Jugendlichen, bis ein neuer Modus der Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern eingespielt ist. Hierbei vermittelt die Gleichaltrigengruppe die Standards für die Orientierung im Konsumsektor und setzt damit Maßstäbe für das Verhalten der Jugendlichen. Die peer-groups ermöglichen den Jugendlichen so eine soziale Selbstdarstellung (HURRELMANN 1994). Insgesamt stehen die Jugendlichen in einem Spannungsverhältnis zwischen einem (scheinbar) freien Freizeitbereich und dem reglementierten Schul- und Ausbildungsbereich. In diesem Spannungsverhältnis können weder Eltern noch Lehrer den Jugendlichen die Gewißheit für eine sinnvolle Zukunftsperspektive geben. Der Zukunftshorizont ist für die meisten Jugendlichen noch kaum vorstellbar und wird noch stark von Phantasien, Idealisierungen und jugendlichem Nihilismus geprägt.

Diese Lebensphase des Jugendlichen betrifft die ganze Familie. Sie bringt Ver-

¹ G. REICH (1998) verweist auf Untersuchungen, nach denen sich bei einem Großteil der untersuchten Personen „die Adoleszenz“ auf das dritte bzw. sogar das vierte Lebensjahrzehnt ausdehnen kann. Für REICH bietet die Ausdehnung der Adoleszenz auch „Vorteile“, da Festlegungen vermieden werden und Entscheidungen leichter revidiert werden können. Nachteilig bewertet REICH das Versäumnis von schulischen Abschlüssen. Er bezeichnet dies als eine „Verweigerung von Lebenspraxis“.

²G. REICH (1998) verweist auf eine Untersuchung von MEYER und WAGNER (1989), nach der 40 % der untersuchten Jahrgänge einer Stichprobe weniger als 6 km von ihrem Elternhaus entfernt leben.

änderungen für die Eltern, die jetzt über mehr frei verfügbare Zeit verfügen, da die Kinder öfter nicht im Hause sind und sich selbst zu versorgen beginnen. Die Eltern können sich jetzt wieder mehr miteinander, der „Selbstverwirklichung“, ihrem Beruf oder auch ihren Hobbys und Freizeitinteressen widmen. Die Interaktionsmuster in den Familien müssen an die neue Situation angepasst werden und vor allem muss dem Jugendlichen neue Rechte und mehr Selbstverantwortung zugestanden werden. Die Eltern verlieren in dieser Zeit an Autorität und entfremden sich von den Lebensbezügen ihrer Kinder, da sie häufig die Einstellungen und Normen der peer-groups und Subkulturen nicht nachvollziehen, bzw. akzeptieren können. Vor allem die Mütter erfahren dies in besonderer Weise, da ihre Rolle erheblich eingeschränkt wird. Sie müssen den Schwerpunkt ihres Lebens verlagern, wenn das letzte Kind die Wohnung verläßt. In dieser Zeit müssen die Ehepartner häufig mehr Verantwortung für ihre Eltern übernehmen, die aufgrund ihres Alters vermehrt unter Krankheiten leiden oder Todesfälle müssen verarbeitet werden.

WIRSCHING und STERLIN (1994) sehen die Phase der Adoleszenz als die Zeit einer ersten Symptommanifestation. Problematische Symptome entstehen besonders dann, wenn es der Familie nicht gelingt, sich den neuen Erfordernissen anzupassen und ihre Familienstrukturen, Regeln und Werte zu verändern. Möglicherweise wird durch eine mangelnde Adaptabilität die Ablösung der Jugendlichen verhindert und eine zu enge Beziehung zu den Eltern aufrecht zu erhalten versucht¹. Zu Problemen in der Partnerschaft kann es auch kommen, wenn die Ehe nur aufgrund der Kinder aufrecht erhalten wird. Aus psychoanalytischer Sicht kann das Wiederaufleben des sogenannten „Ödipus-Konfliktes“ (siehe TEXTOR 1985) eine positive Veränderung zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern verhindern. Dies kann in einer regressiven Form zu einem Verbleiben des Jugendlichen in der Familie führen, wenn er in symbiotische Beziehungen mit den Eltern verstrickt ist. In der Folgezeit gehen solche Jugendlichen häufig Beziehungen ein, die ebenfalls symbiotischen Charakter haben oder vermeiden enge Kontakte aus Angst, wieder vereinnahmt zu werden.

¹ In der Folge kommt es möglicherweise zu Triangulierungen, Substitutsbildungen und Parentifizierungen; siehe hierzu das Kapitel 3.6.4: „Rollen, Aufgaben und Substitute“.

Weitere Probleme in der Familie können aus der Mitgliedschaft des Jugendlichen in Banden, Sekten und anderen Gruppen entstehen oder aus dem Umgang mit Alkohol und Drogen. Probleme in der Adoleszenz führen im Regelfall dann zu Selbstwertproblemen und Verhaltensauffälligkeiten, wenn neben den familiären gleichzeitig schulische oder betriebliche Schwierigkeiten auftreten¹. Ob diese von den Jugendlichen bewältigt werden, hängt wiederum im erheblichen Umfang von den Reaktionen der Familienangehörigen auf diese Schwierigkeiten ab.

Jugendliche haben in ihrer Entwicklung eine Vielzahl anstehender Aufgaben zu bewältigen, die ich zum Abschluß dieser Anmerkungen über die Adoleszenz nochmals zusammenfasse: Diese Aufgaben betreffen das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung, den Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Rolle, den Erwerb von neuen reiferen Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts, die Schaffung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen, die Entwicklung einer Beruf- und Zukunftsperspektive, der Aufbau eines neuen Wertesystems und eines ethischen Bewußtseins als Richtschnur für das eigene Verhalten. Probleme entstehen besonders aus nicht zu bewältigenden Belastungen, die aus irrationalen, rigiden und nicht vorhersehbaren Reaktionen der Umwelten resultieren.

3.5 Familiäre Beziehungsstrukturen

Das Beziehungsgefüge zwischen den Elementen eines Systems läßt sich als Struktur verstehen, wenn ein Systemprozess regelhaft, organisiert und zielgerichtet abläuft (vgl. SIMON und STIERLIN 1983, SIMON 2000a). In diesem Kontext werden die interpersonellen Beziehungen, die Normen, Werte, Hierarchien, Machtverhältnisse, Bedürfnisbefriedigungen und Sicherheitsanforderungen der Familienmitglieder geregelt² (CIERPKA 1990). Die binnenfamilialen Beziehungsstrukturen von Familien, die in diesem Kapitel zunächst erörtert

¹ Auf kritische Lebensereignisse und deren Bewältigung während der Adoleszenz gehe ich im Kapitel 3.7: „Familiäre Funktionstüchtigkeit in kritischen Lebenssituationen“ näher ein.

² Durch immer wiederkehrende Interaktionen werden die Regeln festgelegt.

werden, lassen sich in Generations- und Geschlechterbeziehungen differenzieren.

3.5.1 Die Eltern-Kind-Beziehungen

Die Eltern-Kind-Beziehung beginnt bereits vor der Geburt; letztlich schon vor der Zeugung, wenn die auf das ungeborene Kind wirkenden mehrgenerationalen Vorstellungen, Wünsche, Delegationen und Vermächtnisse berücksichtigt werden. Das psychische Befinden der Eltern nimmt ebenso Einfluß auf die Schwangerschaft der Mutter wie die Stabilität der Paarbeziehung¹. Untersuchungen zeigen (siehe KAISER 1989), dass Kinder deren Mütter während der Schwangerschaft unter besonderem Stress leiden, körperlich und psychisch weniger gesund sind als Kinder von Müttern einer Vergleichsgruppe. Ob ein Kind erwünscht ist oder nicht nimmt ebenfalls Einfluß auf die Entwicklung (AMENDT u. SCHWARZ 1990). Unehelich geborene Kinder² entwickeln eher psychische Störungen als ehelich geborene (MATTEJAT 1988, KAISER 1989). Sie sind, so KAISER (1989), als Patienten in Kliniken überrepräsentiert.

Der Charakter der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Aus einem Erziehungsverhältnis ist, so konstatiert der ZEHNTE KINDER- und JUGENDBERICHT (1998), ein Beziehungsverhältnis geworden, das partnerschaftliche Züge aufweist. Strittige Probleme werden zunehmend ausgehandelt. Den Eltern gelingt (meist) die „einfache Fürsorge“ (MASSING u.a. 1992) für die Kinder; jedoch stellt der kulturelle Wandel die Eltern immer wieder vor neue Anforderungen. Die Eltern ändern vielfach, so MASSING u.a. (1992), ihr Denken und ihr Verhalten zu langsam, da die prospektiven Erziehungsmöglichkeiten durch die eigenen, verinnerlichten Sozialisationsmuster³ behindert werden.

¹ Siehe hierzu H. PETZOLD (1993).

² In der BRD wurden 1981 immer noch die Hälfte der Kinder "unerwünscht" geboren, wobei das Item "unerwünscht" nicht genau definiert ist (siehe AMENDT u. SCHWARZ 1990).

³ Die Eltern stehen, so resümieren MASSING u.a., „vor der unauflösbaren Aufgabe, mit Mitteln und Erfahrungen der Vergangenheit in die Zukunft hinein zu erziehen, die sie selbst nicht kennen. Eltern scheitern deshalb immer an den unzeitgemäßen psychosozialen Innenbildern und am Wechsel der Außenumstände.“ (MASSING u. a. 1992, S. 97)

Untersuchungen (KAISER 1989, MATTEJAT 1988) zeigen ein erhöhtes Risiko psychischer Störungen bei einem Verlust eines Elternteiles und Zusammenhänge zwischen einem schlechten Gesundheitszustand der Eltern und der (psychiatrischen) Symptombelastung der Kinder. In fast jeder vierten Familie lebt heute ein chronisch krankes Kind (KELLER 1999). Der ZEHNTE KINDER- und JUGENDBERICHT (1998) fasst Untersuchungen zusammen, nach denen bei einem Viertel der befragten Kinder (10 - 13jährige Jungen und Mädchen) ernste Konflikt- und Kommunikationsstörungen vorliegen. Diese Symptome sind eher zu beobachten beim Auftreten von Ehekonflikten der Eltern und einem uneinheitlichen Erziehungsstil. Haben die Eltern ein geringes Selbstwertgefühl und ist ihre Beziehung zu den Familienmitgliedern dysfunktional¹, ist die Gefahr größer, dass das Kind von den Eltern benutzt wird, um deren Selbstwertgefühl zu steigern (KAISER 1989, TEXTOR 1990). Väter oder Mütter mit einem niedrigen Selbstwertgefühl rivalisieren leichter mit dem Kind um den Partner (SATIR 1973). In diesen Fällen kommen die elterlichen Funktionen zu kurz und das Selbstwertgefühl² und das Lebensgefühl der Familienmitglieder werden negativ beeinflusst. Solche Eltern erziehen oftmals überbehütend. Kinder von ängstlich gehemmten Eltern sind ebenfalls eher ängstlich und unsicher³ (KAISER 1989). Die Paardyade der Eltern ist in gestörten Familien oft durch enge Bindungen eines Elternteil mit anderen Familienmitgliedern, besonders den Großeltern geschwächt (MINUCHIN u.a. 1983, VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997).

Es wird angenommen, dass das Kleinkind eine warme, innige und dauerhafte Beziehung zu seiner Mutter oder einer beständigen Ersatzperson benötigt, um adäquate Beziehungen aufbauen und sich positiv entwickeln zu können. Die

¹ Funktional ist ein Zustand, der zur Verwirklichung der Ziele eines Systems beiträgt, dysfunktional ist ein Zustand, der die Entwicklung eines Systems behindert.

² "Aufgrund ihres niedrigen Selbstwertgefühls betrachten sich viele Eltern als nicht wichtig genug, um ein Faktor der Beeinflussung des Kindes zu sein (SATIR 1973).

³ An diesen Befunden kritisiert KAISER (1989), dass meist Einzelvariablen zueinander in Beziehung gesetzt werden, ohne familienstrukturelle, rekursive Zusammenhänge angemessen zu berücksichtigen. Oft handelt es sich bei den Untersuchungen um klinische Populationen, deren Aussagen nicht problemlos auf andere Untersuchungsgruppen übertragen werden sollten. Zudem wird die Vater-Kind-Beziehung häufig zu sehr ausgeblendet und Familien mit ganz unterschiedlichen Lebensverhältnissen miteinander verglichen. Insgesamt besteht ein Mangel an komplexen multifaktoriell angelegten Untersuchungen.

Qualität der Beziehung beider Elternteile zum Kind und frühe familiäre Muster prägen die Kinder und tragen zur Ausbildung von Persönlichkeitsmerkmalen bei. Der ZEHNTE KINDER- UND JUGENDBERICHT (1998) empfiehlt eine Erziehung, die Eltern am sozialen Leben und an den Schulerfahrungen des Kindes teilnehmen läßt und den Umgang mit Regeln so gestaltet, dass sie einerseits mit dem Kind besprochen werden und andererseits darauf achten, dass diese Regeln auch eingehalten werden. Diese Erziehungshaltung trägt zu einem kompetenten, autonomen und verantwortlichem Handeln der Heranwachsenden bei. Kinder solcher im KINDER- und JUGENDBERICHT (1998) als "autoritativ" bezeichneter Eltern sind im Durchschnitt selbstbewußter, haben bessere Schulnoten, neigen weniger zu Niedergeschlagenheit und Depressionen und zeigen weniger abweichendes Verhalten. Resignierend stellt der KINDER- und JUGENDBERICHT jedoch fest, dass nur eine Minderheit der Familien diesen Erziehungsstil anwendet.

3.5.2 Die Geschwisterpositionen und die Geschwisterbeziehungen

Familien unterscheiden sich hinsichtlich der Geschwisterpositionen, in der Kinderzahl, durch größere oder kleinere Altersabstände und durch das Geschlecht der Kinder. Da auch die Eltern wiederum ebenfalls aus größeren oder kleineren Familien mit entsprechenden Geschwisterpositionen stammen, ergeben sich die vielfältigsten Geschwisterkonstellationen.

Obwohl mit dem Rückgang der Geburtenzahlen ein Anstieg der Ein-Kind-Familien ein Rückgang der Mehr-Kinder-Familien verbunden war, wachsen die meisten¹ Kinder mit Geschwistern auf (NAVE-HERZ 1994). Die Stellung in dem Geschwistersystem gehört für ein Kind zu den wichtigsten Beziehungen (MASSING u.a. 1992). Geschwister werden füreinander sehr früh zu wichtigen Erfahrungspartnern im Erleben einer „gemeinsamen affektiven Intentionalität“ (SOHNI² 1998). Eine altersgemischte Geschwistergemeinschaft bietet die Möglichkeit, früh-

¹ NAVE-HERZ (1994, S. 21) stellt Daten aus dem Mikrozensus von 1991 vor: 44,9 % leben mit einem Geschwister, 16,95 mit zwei Geschwistern, 7,2% mit drei Geschwistern und 31,3 sind Einzelkinder.

² Der Autor (1998) gibt einen Überblick über die neueren Forschungsergebnisse.

zeitig Integrationsprobleme lösen zu lernen. Familienergänzende Betreuungseinrichtungen können diese „Zwangsgemeinschaften“ (NAVE-HERZ 1994, S. 68) nicht ohne weiteres ersetzen. Für das neue Kind sind die vorhandenen Kinder bereits von Geburt an strukturell in der Familie integriert (BUCHHOLZ 1990). Für SOHNI ist die Annahme eines zweiten Triangulierungsprozesses, mit einem Geschwisterkind (tetradisches System), gleich bedeutsam oder sogar bedeutender als der erste ödipale Triangulierungsprozess.

TOMAN (1979) unterscheidet Grund- und Haupttypen von Geschwisterpositionen, aus denen sich alle Geschwisterpositionen zusammensetzen. Lediglich das Einzelkind ist ein Sonderfall. Da ich im empirischen Teil dieser Studie die familiären Beziehungen und Strukturen von Frauen (mit Essstörungen und Multiplen Süchten) analysiere, lege ich bei der folgenden Darstellung der Untersuchungsergebnisse von TOMAN über Geschwisterkonstellationen den Schwerpunkt auf Familien, in denen mindestens ein Mädchen lebt.

Bis zur Geburt einer Schwester ist die Erstgeborene ein Einzelkind. Sie übernimmt nach der Geburt einer Schwester nach und nach Verantwortung und Führung für die jüngere Schwester. Die jüngere Schwester kennt als Geschwister nur das Leben mit der älteren Schwester und orientiert sich an dieser. Häufig entwickeln sich Wettstreit, Opposition und Eifersucht. Jüngere Schwestern verhalten sich nach TOMAN (1979) gegenüber den Geschwistern, aber auch gegenüber fremden Kindern eher impulsiv. In Familien mit zwei oder mehr Mädchen leben drei weibliche Personen mit dem Vater und konkurrieren möglicherweise um diesen.

Wächst die kleinere Schwester mit einem Bruder auf, so hat sie in der Regel das Gefühl, sich auf ihren Bruder verlassen zu können, Aufmerksamkeit und Hilfe zu bekommen, sich jedoch auch unterordnen zu müssen. Hat die ältere Schwester einen jüngeren Bruder, lernt diese, so TOMAN, sich dem Jungen gegenüber fürsorglich und mütterlich zu verhalten. Der erste Junge in der Familie erhält in der Regel gewisse Privilegien. Auch hier kann sich jedes Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifizieren. Mittlere Geschwister können sich zu den

älteren oder jüngeren Geschwistern hin orientieren. Dieses Kind entwickelt oft eine wenig ausgeprägte Position im Geschwistersystem.

Geringe Altersabstände binden Geschwister stärker aneinander. Größere Altersabstände von ca. sechs Jahren und mehr lassen die Geschwister ähnlich wie Einzelkinder aufwachsen. Die Geschwisterpositionen können sich aber auch durch besondere körperliche oder geistige Fähigkeiten der Kinder verändern. Ein Kind kann unabhängig von seiner tatsächlichen Position die Stellung eines älteren Geschwisterkindes erlangen oder aufgrund von Schwächen "degradiert" werden.

KAISER (1989) fasst eine Reihe von Untersuchungen¹ über Zusammenhänge von Geschwisterkonstellationen und psychischen Störungen zusammen. Hier nach zeigen Einzelkinder die wenigsten, älteste Kinder die meisten psychischen Auffälligkeiten. Letzteres trifft besonders auf Kinder mit mehr als drei Geschwistern zu. Die Störungsanfälligkeit der Kinder nimmt mit der Familiengröße leicht zu. Kinderreiche Familien sind zudem eher sozial benachteiligt. In größeren Familien müssen die ältesten Kinder oftmals eine besondere Verantwortung übernehmen, sodass deren Stressbelastung zunimmt. In der Folge führt dies immer auch zu Störungen der Geschwisterbeziehungen und zu Parentifizierungen². So sind Störungen der Geschwisterbeziehungen oftmals „elterninduziert“ (SOHNI 1998). Auch können Geschwisterkonflikte der Eltern über die Geschwisterkonstellation der Kinder aktualisiert werden (REICH 1995, SOHNI 1998) und so das familiäre Leben belasten. Das unauffällige, "gesunde" Kind ist in einer Geschwisterreihe häufig ein "Schattenkind" (KAISER 1989) Durch seine Unauffälligkeit stabilisiert es die Familie. Diese Kinder suchen und finden leichter Objektbeziehungen außerhalb der Kernfamilie; reagieren aber auch durch emotionalen Rückzug aus der Familie. Diese Kinder werden seltener in die narzistisch-symbiotische Eltern-Kind-Beziehung einbezogen (STEFFENS 1987). Dadurch erreichen sie oftmals eine höhere psychische Differenzierung als die Geschwister und entwickeln eine größere Selbständigkeit.

¹ Siehe auch MATTEJAT (1988) und SCHEPANK (1987).

² Unter Parentifizierung wird die Übernahme, bzw. Zuweisung elterlichen Rollen, bzw. von Rollensegmenten an ein oder mehrere Kinder verstanden.

Die Faktoren des Geschlechts, der Kinderzahl und der Altersabstände nehmen nach diesen Befunden einen bedeutsamen Einfluß auf die Familienbeziehungen und die Entwicklung der Kinder. Da Erfahrungen in einer gleichen Geschwisterposition sehr unterschiedlich beschrieben werden können und viele weitere Faktoren Einfluß nehmen, muss zusätzlich jeweils eine individuelle Analyse der Geschwisterpositionen erfolgen.

Die Umstellung eines triadischen Systems auf ein tetradisches System bedeutet aufgrund der größeren Komplexität des Systems eine strukturelle Zäsur. In der Literatur werden überwiegend die negativen, problematischen Seiten¹ der Geschwisterbeziehungen thematisiert. Die Durchsicht der Literatur zeigt insgesamt, dass in der Familienforschung die Bedeutung der Geschwisterkinder für die Familienstruktur noch wenig reflektiert wird. In der Familiensoziologie hat, so NAVE-HERZ (1994), das Thema der Auswirkungen der Geschwisterzahl auf die familiären Beziehungen und Strukturen noch keine Tradition. In der vorliegenden Untersuchung soll der Bedeutung der geschwisterlichen Beziehungen besondere Aufmerksamkeit zukommen.

3.5.3 Das Verhältnis zwischen Enkelkindern und Großeltern

Die Großeltern bilden den Ausgangspunkt der intergenerationalen Beziehungen. Oft sind sie neben den Eltern für die Kinder die wichtigsten direkten Bezugspersonen. Viele spielen mit ihren Enkeln, unternehmen etwas mit ihnen und erzählen, wie es früher war. Durch die Geburt der Enkel wird im Allgemeinen der Kontakt der erwachsenen Kinder zu ihren Eltern wieder intensiviert (ZEHNTER KINDER- UND JUGENDBERICHT 1998). Insbesondere die Großmütter unterstützen ihre Kinder in vielfältiger Weise; besonders bei der Kinderbetreuung und in Krisen (SPERLING u.a. 1983). Die Großeltern gleichen viele Mängel der gesellschaftlichen Unterstützung aus; sie bilden oft den Kern des Unterstützungsnetzes für die junge Familie. Großeltern sind daher von großer gesellschaftlicher Bedeutung. Sie fungieren als "Träger der Familientradition" (KAISER 1989) und

¹Ausnahmen sind NAVE-HERZ (1994) und SOHNI (1998). SOHNI fasst das Rivalisieren unter den Geschwistern auch als einen entwicklungsfördernden Prozess auf.

stellen vielfach für die Enkel im Prozess des gesellschaftlichen Wandels äußerer Geschehnisse mit den dazu gehörenden Unsicherheiten, politischen Veränderungen und Katastrophen ein beruhigendes, stabilisierendes und konstantes Element dar.

Bei den Großeltern trifft sich oft die gesamte Familie. Diese führen oft die Spitze einer mehrgenerationalen familiären Hierarchie an. Nicht selten fungieren sie als „natürliche“ Autorität in diesem System, die der Rolle der Großeltern sozial zugeschrieben wird. Diese besondere Rollendefinition der Großeltern hat insofern eine besondere Bedeutung für die Familie, als durch die gestiegene Lebenserwartung, Kindergeneration und Enkel heute ihre Großeltern länger erleben als das früher der Fall war¹.

Nach einer Untersuchung von MASSING u.a. (1992) beurteilen die Kinder ihr Verhältnis zu den Großeltern durchweg als positiv. Das Verhältnis zwischen den Großeltern und den Enkelkindern wird als unbeschwert, spannungsarm und stressarm beschrieben, da die Großeltern frei von disziplinarischer Verantwortung sind. Die Großmütter haben eher zu ihren Enkeltöchtern, Großväter zu ihren Enkelöhnen eine gute Beziehung.

KAISER (1989) ist zuzustimmen, der den Forschungsstand über die Großeltern-Kind-Beziehungen als unbefriedigend bezeichnet. Im Kontext einer Mehrgenerationenperspektive sind die Zusammenhänge zwischen Symptombelastungen der Enkelkinder und den Beziehungen zu den Großeltern empirisch näher zu erforschen. Im Rahmen des mehrgenerationalen Ansatzes meiner Untersuchung werden daher auch die Beziehungen der Klientinnen zu den Großeltern und die Bedeutung der Großeltern für das Familiensystem analysiert.

¹1991 hatten nur 19% der 10- bis 14jährigen keine Großeltern mehr, 22% hatten noch alle vier Großeltern (ZEHNTER KINDER- UND JUGENDBERICHT 1998).

3.5.4 Familiäre Paarbeziehungen

In diesem Kapitel gehe ich zunächst auf die Partnerwahl ein, bevor ich mich den Paarbeziehungen und Partnerschaftsproblemen zuwende.

Bis ca. Mitte der siebziger Jahre prägten vorwiegend systemexterne Bedingungen (ökonomische, rechtliche, die Nichtakzeptanz vorehelicher Beziehungen) neben emotionalen Motivationen eine Eheschließung (NAVE-HERZ 1994). Seitdem hat eine Heirat aus zwingender Notwendigkeit der Erfüllung elementarer Bedürfnisse oder als materielle Versorgungsinstitution an Bedeutung verloren.

Die Entstehung von Partnerschaften folgt festen Regelsystemen. Diese werden beeinflusst durch die Familiengeschichte, persönliche Merkmale der Partner und durch ungelöste Konflikte der Familienmitglieder, die in die Paarbeziehung eingebracht werden (SELVINI-PALAZZOLI 1982, SPERLING et al. 1983, REICH 1987). Bereits FREUD ging davon aus, dass bei der Suche nach einem Partner eigene unbewältigte Konflikte aktiviert werden. Er beschrieb zwei grundlegende Modalitäten der Partnerwahl - die narzißtische Objektwahl und die Objektwahl nach dem Anlehnungstypus. STEFFENS (1987, S. 72) fasst diese Typbildungen wie folgt zusammen:

1. *Ich liebe Dich, weil Du so bist, wie ich selbst sein möchte.*
2. *Ich liebe Dich, weil Du so bist, wie ein ehemals geliebtes Objekt."*

KAISER (1989) referiert Untersuchungen, nach denen die Partnerwahl insbesondere durch räumliche Nähe (z.B. derselbe Stadtteil), die selbe Schicht, die gleiche Konfession, ähnliche Werteinstellungen, Rollen und Erwartungen beeinflusst wird. Noch immer wird die Ehe häufig aufgrund einer unerwünschten Schwangerschaft eingegangen (siehe KAISER 1989). G. REICH (1995) geht davon aus, dass die Partner in ihrer Beziehung die Bewältigung bisher ungelöster früherer Beziehungen anstreben. Diesen Prozess bezeichnet er als einen *"widersprüchlichen Individuationsversuch beider Partner"* (a.a.O. S.6). Zudem bestehe die Tendenz, den Partner, bzw. die Partnerin anderen früheren Bezugspersonen „ähnlich“ zu machen. Für SATIR (1973) hat das Selbstwertgefühl der Partner bei der Partnerwahl eine große Bedeutung. Sie geht davon aus, dass Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl sich nie wirklich von ihren Eltern gelöst haben und keine

gleichberechtigte Beziehungen erreichen. Gleichzeitig haben Menschen mit niedrigem Selbstwertgefühl große Hoffnungen und Erwartungen an andere, verbunden mit großer Angst vor Enttäuschung und Ablehnung. Lernen sich zwei solche Partner kennen, sind sie oft unfähig, offen miteinander zu kommunizieren, da Anspruchserwartung und Anspruchsentsprechung beider Partner nicht konvergieren.

Auch heute ist die traditionelle Aufgabenverteilung in den Partnerschaften noch fest verankert¹. Selbst für berufstätige Frauen änderte sich die Rollenverteilung nur partiell. Die Frauen sind immer noch für die Haushaltsführung und damit für Haushaltstätigkeiten zuständig, unabhängig davon, ob sie erwerbstätig sind oder nicht² (NAVE-HERZ 1994).

Die Einschätzung der Ehen erfolgt in der Literatur unterschiedlich. WAHL u.a. (1989) registrieren in ihren Untersuchungen eine eher positive Einschätzung von partnerschaftlichen Beziehungen. Gegenseitiges Verständnis und Einfühlungsvermögen scheinen demnach vorzuherrschen. Die Partner sind der Meinung, dass sie ernst genommen werden, sie fühlen sich in der Beziehung kaum eingengt und können Wünsche an den Partner frei äußern. Die Sexualität wird als wichtiger Bestandteil der Partnerschaft angesehen. Als gut wird überwiegend auch das Verhältnis zu den Schwiegereltern beschrieben, jedoch äußern Frauen etwas häufiger den Eindruck, ihr Partner würde ihre Meinung nicht so ernst nehmen. Männer vertreten eher die Ansicht, ihre Frau würde noch zu sehr von ihren Eltern beeinflusst (WAHL u.a. 1989).

TEXTOR (1990) hingegen referiert Untersuchungen, nach denen Männer generell mit der Ehe zufriedener sind als Frauen. Sie reichen auch seltener die Scheidung ein. Die Ehepartner sind nach diesen Erkenntnissen eher zufrieden, wenn die „Kosten-Nutzung-Relation“ stimmt und der Eindruck eines gerechten Austausches vorherrscht (ähnlich G. REICH 1995). In zufriedenen Partnerschaften sind die

¹ Siehe den Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998) u. NAVE-HERZ (1988, 1994).

² Eine geringere Kinderzahl läßt eine Berufstätigkeit der Mutter eher zu. Ausführlicher siehe NAVE-HERZ (1988).

Rollenmuster flexibler, progressive und regressive Muster wechseln ab.

Einige Ergebnisse dieser Untersuchungen verweisen demnach auf eine eher positive Einschätzung der Ehe. Dem widerspricht die zunehmende Scheidungshäufigkeit seit Mitte der sechziger Jahre. Es ist davon auszugehen, dass z.Z. ca. jede dritte Ehe geschieden wird (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1999)¹. Den Anstieg der Ehescheidungen² erklärt der FÜNFTE FAMILIENBERICHT (1995) mit der hohen psychischen Bedeutung von funktionalen Beziehungen. Unharmonische eheliche Beziehungen könnten heute weniger als früher „ertragen“ werden. Zusätzlich wirken finanzielle Schwierigkeiten, Suchtprobleme, physische und psychische Arbeitsbelastungen, Arbeitslosigkeit u.a.m. als Stressoren begünstigend auf den Prozess der Eheauflösung. Ehekrisen treten auch dann auf, wenn sich die bisherigen Normen und Regeln für die Beziehung der Partner ändern und diese Normen und Regeln zugleich an eigene Lebenskrisen erinnern *„und somit die „Rückkehr des Verdrängten“ ermöglichen.“* (G. REICH 1995, S. 12)³

Die Ursache von Partnerschaftsproblemen sieht G. REICH (1987) in gravierenden Konflikten zwischen den Eltern in den Herkunftsfamilien und in einer mangelnden Ablösung der Partner von ihren Herkunftsfamilien. Die in den Herkunftsfamilien ungelösten Konflikte wiederholen sich mit den Partnern, den Schwiegereltern oder den Kindern⁴. Der Loyalitätstransfer von der Ursprungsfamilie auf die Paarfamilie und damit die Herausbildung einer neuen, abgegrenzten Familie ist hier nicht gelungen⁵ (REICH 1995). Die Funktionalität der Partnerbeziehungen können

¹ 1996 geschiedene Ehen bestanden im Durchschnitt 12 Jahre, wobei 14 Prozent der Kinder von Ehepaaren vor Erreichen der Volljährigkeit von der Scheidung der Eltern betroffen sind, so berichtet das BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1999).

² Hieraus kann, darauf verweist NAVE-HERZ (1994) nicht auf einen generellen Bedeutungsverlust der Ehe geschlossen werden. „Gekündigt“ wird nur dem Ehepartner, mit dem das Zusammenleben nicht länger erträglich ist.

³ Überlegenswert ist, ob die Verdrängung von Konflikten nur nachteilig ist, da viele Konflikte in den Partnerschaften aufgrund der äußeren strukturellen Gegebenheiten ohnehin nicht lösbar sind und viele ständig streitende Paare ihre Situation nicht negativ bewerten.

⁴ Diese Erkenntnisse weisen auf die Bedeutung einer Mehrgenerationenperspektive hin.

⁵ WILLI bezeichnet solch ein dynamisches, unbewußtes Wechselspiel eines Paares als "Kollusion" (WILLI 1975).

ebenso durch die jeweiligen Geschwisterpositionen beeinträchtigt werden¹, wie durch die jeweilige Phase im Familienzyklus. Beispielsweise können Kinder die Frau zunächst von ihrem Mann „abhängig“ machen, sodass sie nicht berufstätig sein kann, später verhindert möglicherweise das Versorgen der Eltern eine Berufstätigkeit. Bei diesen Prozessen verläuft der Familienzyklus schichtspezifisch unterschiedlich (siehe KAISER 1989).

Die Beurteilung der Paardynamik erweist sich in der Praxis aus mehreren Gründen als äußerst schwierig. Bereits die Eheleute beurteilen die Qualität ihrer Beziehung sehr unterschiedlich; andere Familienmitglieder, die in die Systemprozesse der Familie eingebunden sind, bewerten die Beziehung wieder aus einer anderen Sicht. Da nicht zuletzt die Bewertung einer Ehe durch Beobachter durch die eigenen und die gesellschaftlich vermittelten Rollenbilder geprägt ist, lässt sich die Funktionalität von Paarbeziehungen nur sehr eingeschränkt bewerten.

3.6 Die Funktionalität familialer Strukturen

Einer strukturell orientierten Analyse der Familien stellt sich die Aufgabe funktionale und dysfunktionale² Strukturen, ihre Grenzen, Rollen, Hierarchien, Koalitionsbildungen u.a. zu erfassen. Wie bereits erörtert, wird der Mensch durch die Sozialisationsinstanzen und den damit verbundenen (lebenslangen) Konstruktionsprozessen von Wirklichkeit von einem biologischen zu einem sozialen Wesen³. Auf dem Hintergrund dieser sozial-konstruktivistischen Perspektive werden im Folgenden Kriterien für die Bewertung familiärer Funktionstüchtigkeit vorgestellt und diskutiert; dies sind zugleich die Kriterien, mit denen im empirischen Teil dieser Studie die Genogramme analysiert werden⁴.

¹ Häufig entwickelt sich ein sogenannter "Wiederholungszwang", wenn beispielsweise der Partner einem Bruder oder einer Schwester ähnelt.

² Zu beachten ist, dass eine an dysfunktionalen Strukturen orientierte Analyse sich auf normative Vorstellungen über das Funktionieren einer gesunden/funktionalen Familie gründet.

³ Siehe hierzu das Kapitel 3.2: „Familiale Sozialisation“.

⁴ Siehe hierzu im empirischen Teil das Kapitel 8: "Untersuchungsergebnisse".

3.6.1 Lebensphilosophien, Werte und Normen

Die soziale Steuerung von familiären Systemen erfolgt mit Hilfe von familialen Lebensphilosophien, Normen und Werten. Familiäre Philosophien gründen sich auf ein Menschenbild, das Annahmen macht über das Wesen des Menschen und wie dieser idealerweise sein sollte. Sie gründen sich auf normative Setzungen, die Bestandteile von Glaubenslehren sind, die aber häufig als solche nicht zu begründen sind und stellen sinnstiftende Elemente für die Familie und ihre Mitglieder dar. Mit dem Begriff der "Philosophie" ist hier nicht ein bestimmtes historisches System gemeint, sondern die Gesamtheit der Anschauungen, Einstellungen und Werthaltungen, die in der Familie relevant sind und die deren Alltagsphilosophie ausmachen.

Die Steuerung von familiären Systemen erfolgt mit Hilfe einer Werteordnung, die sich nach praktischen Erfordernissen und den internalisierten Normen und Werten im Kontext der gesellschaftlichen Erfordernisse richtet. Soziale Werte sind Ausdruck der in einer Gesellschaft vorherrschenden Glaubensvorstellungen, Weltanschauungen und ihres Menschenbildes. Sie liefern Orientierungen für eine Vorstellung des Wünschbaren. Werte legen Menschen nicht eindeutig auf bestimmte Handlungsweisen fest, sie stecken jedoch Handlungsspielräume ab und erleichtern so die Orientierung in sozialen Beziehungszusammenhängen (HUININK 2001). Werte sind wichtige Sinngeber für soziales Handeln. Gesellschaftliche Grundwerte werden häufig in symbolischen Formen zum Ausdruck gebracht, in Familien drücken sie sich beispielsweise in der Art des Umganges mit Konflikten oder mit „Gerechtigkeit“ aus. Der Sinn der Werte muss in den Familien im Lebenszyklus immer wieder neu gedeutet und ausgehandelt werden.

Was im einzelnen erlaubt, was verboten ist, was als gut, schlecht, erstrebenswert oder abschaffungswürdig gilt, wird in Normen konkretisiert. Normen sind die Auslegungsvorschriften für die Werte. Handelnde Personen kennen und beachten die sozialen Normen und erwarten, dass die Interaktionspartner sie auch beachten. Unabhängig von der konkreten Beziehung zwischen einzelnen Personen schaffen sie eine regelnde Ordnung, nach der sich der einzelne mehr oder weniger richten

muss¹. Sie haben strukturgebende Wirkungen, verbinden sich zu Regelsystemen und werden zu sozialen Rollen. In gesellschaftlichen Situationen verbinden sie sich zu typischen Verhaltensmustern, in denen bestimmte Verhaltensweisen als "passend", bzw. „sinnvoll“ beschrieben werden. Mit Hilfe der Normen wird Verhalten bewertet und im Falle einer Verhaltensabweichung mit Sanktionen reagiert. In ihren Auswirkungen strukturieren sie das gesellschaftliche Zusammenleben, wobei sie sich im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels verändern und neu angepasst werden müssen.

Die familiären Philosophien, Werte und Normen sind in einem zirkulären Prozess nicht nur geprägt durch die gesellschaftlichen Werteordnungen und Normen (Rechtsauffassungen u.a.), sondern auch durch die materiellen Lebensbedingungen. Diese üben prägnante Einflüsse aus, die auf der Meso-, Makro- und Exoebene vielfältige Bedingungen setzen und die Lebensphilosophien, Werte und Normen definieren.

Einige Aspekte familialer Philosophien, Normen und Werte, mit denen die Funktionstüchtigkeit von Familien beurteilt werden kann und die im empirischen Teil dieser Arbeit analysiert werden, sollen kurz benannt werden:

- Um funktional zu handeln benötigen Familien ausreichende Anpassungsfähigkeiten (Adaptabilität) an den Lebens- und Entwicklungsprozess ihrer Mitglieder².
- Das Vorleben der Geschlechterrolle durch die erwachsenen Familienangehörigen prägt durch Anpassung und Gegenanpassung die Geschlechtsidentität.

¹ Normen lassen sich differenzieren in Muss- (ausnahmslose Geltung), Soll- (überwiegende Geltung) und Kann-Normen (mögliche Geltung).

²In den Anfängen der Familientherapie (z.B. RICHTER 1969, 1972) orientierte sich eine Beurteilung der Adaptabilität zu sehr an Normvorstellungen, die bestimmten, was gesund, bzw. funktional ist. BOSZORMENYI-NAGY (1972) hingegen ist weniger an formalen Normen orientiert, da für ihn jede Form familiärer Organisation funktionell ist, wenn die gegenseitige Anerkennung gegeben ist. Allerdings sind auch für BOSZORMENYI-NAGY bestimmte familiäre Strukturen, beispielsweise die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern (Parentifikation), pathogen.

- Je knapper z.B. die finanziellen Ressourcen von Familien sind, desto größer müssen die Anstrengungen sein, um sich materiell abzusichern, und um so mehr Wert wird dieser Absicherung beigemessen.
- In vielen Familien ist der Wert "Gerechtigkeit"¹ ein "Leitwert"; insbesondere bei der Verteilung von Liebe, Zuwendung, Geld, Besitz und Rechten².
- Familiäre Werte drücken sich (auch) aus in der gegenseitige Ab- oder Aufwertung der Familienmitglieder. Diese äußert sich sprachlich und mittels Gestik und Mimik. Bei der Abwertung handelt es sich um den Versuch, die anderen nicht als gleichwertig zu betrachten. Die Aufwertung kennzeichnet die Erhöhung anderer Menschen. Diese werden zum Maßstab des eigenen Handelns.
- Familiäre Philosophien und Werte drücken sich darin aus, wie religiöse Auffassungen gelebt werden, welche Bedeutung Politik und die politische Vergangenheit der Eltern und Großeltern hat und welchen kulturellen Interessen und Hobbys die Familienmitglieder nachgehen.
- Der Umgang mit "Treue" zwischen den Ehepartnern, das Ausmaß des familiären Zusammenhaltes, der Selbstaufopferung und der Überfürsorge einzelner Familienmitglieder drücken ebenfalls die Familienwerte aus.
- Im Umgang mit Leistung manifestieren sich für das Familienleben bedeutsame weitere Werte und Normen.
- Die familiären Normen und Werte drücken sich nicht zuletzt im Umgang mit den Konflikten aus. In den Familien können verschiedene Bewältigungsformen und Abwehrmechanismen im Umgang mit den Konflikten beobachtet werden. Die häufigste problematische Form ist die "Konfliktvermeidung". Verschiedene Wertauffassungen der Familienmitglieder und ihre normative Umsetzung sind häufig Anlass für Meinungsverschiedenheiten und Streit.

¹ Vgl. BOSZORMENYI-NAGY und SPARK (1984), SIMON (1995a) und STIERLIN (1987).

² In den Familien, in denen ein Mitglied Essprobleme hat, werden häufig die Werte Leistung und Loyalität betont. In der Literaturübersicht über die Essstörungen (Kap. 5.4: "Erklärungsansätze zur Entstehung des Phänomens Essstörung") führe ich dies weiter aus.

3.6.2 Regeln

Allgemein sind Regeln Metaphern, um die in einem System beobachtbaren Redundanzen zu beschreiben (VON SCHLIPPE 1987). Regeln sind Beschreibungen eines Beobachters, der Rückschlüsse zieht, wie sich die Mitglieder eines Systems darauf geeinigt haben, die Wirklichkeit zu definieren und wie sie Verhalten bewerten. An ihnen wird einerseits deutlich, wie sich die Mitglieder eines Systems darauf geeinigt haben, die „Wirklichkeit“ zu definieren. Andererseits geben sie Auskünfte, wie ein erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten aussehen soll. Sie können für Situationen oder für Beziehungen gelten, explizit (offen), implizit (verdeckt, nicht bewußt), funktional oder dysfunktional sein. Die impliziten Regeln sind den Systemmitgliedern häufig nicht bewußt (VON SCHLIPPE u. SCHWEITZER 1997). Wird eine implizite Regel bewußt gemacht, kann dieser nicht mehr in der gleichen Weise wie früher befolgt werden, da sie zu einer expliziten Regel geworden ist. (Beispiel: In einer Familie erhalten alle Kinder das gleiche Taschengeld. Wenn diese Regel angesprochen wird, wird sie zu einer expliziten Regel.)

Im Laufe des familialen Lebens verändern sich die Regeln und damit die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander. Familiäre Regeln tragen zur Identitätsfindung der Familienmitglieder und der Beziehungsdefinition bei. Sie dienen dazu, die Homöostase¹ eines Familiensystems aufrechtzuerhalten. Sind die Regeln zu starr oder zu flexibel, sind sie dysfunktional, das dynamische Gleichgewicht kann nicht gewahrt werden und das Familiensystem reagiert nicht angemessen auf situative Anforderungen. Andere Regeln beziehen sich u.a. auf die Art und das Ausmaß der Entwertungen (z.B. verbale Abwertungen eines Familienmitgliedes), der Kommunikationsabweichungen, der Familiengeheimnisse und der Familienmythen. Zudem wird bestimmt, wie die gegenseitigen Verpflichtungen im Hinblick auf die „Gerechtigkeit“ (BOSZORMENYI-NAGY und SPARK 1981) und Unterstützung der Familienmitglieder geregelt sind.

¹ Homöostase meint in diesem Zusammenhang die Fähigkeit des Familiensystems einen Gleichgewichtszustand zwischen Extremen herstellen zu können, wenn z.B. Konflikte auftreten.

Zu den wichtigsten familialen Regeln gehören Koordinierungsregeln. Diese vermitteln die Spielregeln des als angemessen zu betrachtenden Fühlens, Denkens und Verhaltens und dienen zur Abstimmung der Mitglieder im Interesse gemeinsamer Zielerreichung. Verhaltensregeln gegenüber Dritten haben z.B. die Aufgabe Geheimnisse zu bewahren und andere nicht zu verletzen. Die Familie vermittelt präskriptive Regeln der Interaktion und Kommunikation, mit denen bestimmte Ordnungen und Regelmäßigkeiten im menschlichen Verhalten hergestellt werden (beispielsweise der Spracherwerb). Neben den präskriptiven Regeln geben proskriptive Regeln Anweisungen darüber, was unterlassen werden muss (siehe SIMON 1995a).

Die Durchsetzung von Regeln, Normen und Werten benötigt soziale Kontrolle. Mittels sozialer Kontrolle wird versucht, Personen zu Verhaltensweisen zu bringen, die im Rahmen der jeweiligen Gesellschaft positiv bewertet werden. Dies geschieht durch Versuche, die innere Anerkennung der Normen zu fördern und zum Massstab des eigenen Handelns werden zu lassen oder durch äußere soziale Kontrolle, d.h. durch Druck in Form von Sanktionen. Regeln bestimmen somit, ob ein auffälliges oder problematisches Verhalten zu einer Ausgrenzung führt und welche gesellschaftliche Institution für die Sanktionen und die Beseitigung des Problems zuständig ist. Dabei ist es für eine Person und für die gesellschaftlichen Systeme äußerst bedeutsam, ob eine Verletzung einer Regel als "kriminell", "krank" oder als „verrückt“ bewertet wird (siehe SIMON 1995a,b, 2000). Für diese Unterscheidungen gibt es keine eindeutigen abgrenzenden Merkmale, sondern sie sind Ausdruck gesellschaftlich produzierter Wirklichkeit.

3.6.3 Hierarchien

Der Begriff der Hierarchie bezieht sich einerseits auf die Organisation logischer Typen (SIMON und STIERLIN 1987). Systeme verschiedener logischer Typen stehen in der Art der Beziehung so zueinander, dass das System des höheren logischen Typus das des niederen als Element enthält; z.B. die Gesellschaft enthält alle Familien und Individuen. Diese Aussage gründet sich auf ein Axiom des systemischen Denkens, nach dem sich die Charakteristika lebendiger Systeme auf jeder Systemebene wiederfinden lassen (VON SCHLIPPE 1987).

Andererseits beschreibt der Begriff „Hierarchie“ in sozialen Systemen, wie den Familien, die Ordnung und Aufteilung von Macht und ihre Strukturen. Macht beruht auf der Möglichkeit von Gewaltanwendung und beinhaltet die Chance¹, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen (WEBER 1956, NAVE-HERZ 1988). In allgemeiner Form ist alles soziale Handeln in irgendeiner Form Machtausübung und jede Beziehung ist um den Ausgleich von Macht zentriert. Machtfragen stellen einen wesentlichen Aspekt familiärer Dynamik dar, wobei noch näher zu bestimmen ist, ob der aktuelle Einfluß einer Person auf andere oder schon die Möglichkeit und Fähigkeit dazu, als Macht zu verstehen ist.

In der Literatur werden bezüglich Hierarchie, bzw. der Machtfrage in Familien, sehr unterschiedliche Ansichten vertreten (siehe SIMON u. STIERLIN 1984). Für eine typische Position stehen MINUCHIN u.a. (1993) und HALEY (1981), die eine eindeutige familiäre Machtaufteilung, im Sinne einer hierarchischen Rangordnung der Eltern gegenüber den Kindern, als Voraussetzung familiärer Funktionalität ansehen. BATESON (1990) hingegen beschreibt Macht nicht als ein ontologisches Phänomen. Er ist der Überzeugung, dass *"kein Teil eines interaktiven Systems eine einseitige Kontrolle über den Rest oder irgendein einen anderen Teil haben kann."* (S. 408) Nicht unklare Machtverhältnisse, sondern der Glaube, innerhalb zirkulärer Interaktionen einseitig Macht ausüben zu können, hält er für die Quelle von "Pathologien". BATESON stellt mit dieser Position das Vorhandensein einer realen Macht in Abrede. Macht ist für ihn eine pathologische Fiktion.

In einer systemtheoretischen Position, die von der Zirkularität familiärer Interaktionen ausgeht, sind gradlinige Ursache-Wirkungs-Konzepte hinfällig. In einem solchem Konzept ist eine Machtposition (eher) ein Aspekt der Beziehung als der eines Individuums. Als Systemeigenschaft ist Macht die potentielle oder aktuelle Fähigkeit eines Individuums, das Verhalten anderer Mitglieder eines sozialen Systems zu verändern (SIMON und STIERLIN 1984). Innerhalb dieser Perspektive lassen sich keine eindeutigen Machtverhältnisse bestimmen.

¹ Chance meint bei WEBER (1956) eine wertfreie Situation, im Sinne einer „Möglichkeit“.

LUHMANN'S (1984) Konzept bietet die Möglichkeit einer Integration dieser gegensätzlichen Positionen. Er betrachtet Macht und Machtausübung im Spektrum der für eine Systemauffassung grundlegenden Kommunikationsprozesse. Für ihn verändert Macht lediglich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen im Kommunikationsdesign. Sie kann aber nicht das Verhalten der Beteiligten im Kommunikationsprozess festschreiben, sondern beschränkt nur den Verhaltensspielraum.

Handeln wirkt auf die eine oder andere Weise auf den Handelnden zurück, sie hat jedoch nicht für alle Beteiligten die gleiche Wirkung. Aus der Sicht des Subjekts sind Handlungen eines Anderen durchaus Handlungen im Sinne einer gradlinigen kausalen Machtbeziehung. SIMON (1995a) führt zur Differenzierung dieses Sachverhaltes die Unterscheidung einer „*harten und weichen Realität*“ (1995a, S. 192f) ein. So ist beispielsweise eine „härtere Realität“ die Wirkung einer Interaktion eines Menschen mit einer heißen Herdplatte. Ähnlich ist es beim Einsatz von Gewalt eines Erwachsenen gegenüber einem kleinen Kind. Bei der „weichen Realität“ ist hingegen die „*intersubjektive, konsensuelle Validierung von Wirklichkeit*“ (S. 191) schwerer. Hier ist das Familienmitglied, z.B. bei einem Ehestreit, bei den Interaktionen Subjekt und Objekt des Geschehens, „Täter“ und „Opfer“ zugleich.

Für das Funktionieren einer Familie und für den Sozialisationsprozess sind Machtbeziehungen im Verhältnis zwischen Eltern¹ und Kindern an sich notwendig und nicht pathologisch (MINUCHIN u.a. 1983). Durch Regeln sanktionierte und kontrollierte Macht ist für die Familien strukturgebend. Familien benötigen daher verbindliche Absprachen über Zuständigkeiten, Rollen, Aufgaben und Zielstellungen, um funktional handeln zu können. Problematisch ist eine Machtstruktur, die erstarrt ist und wenn die notwendige Anpassung an die Entwicklungs- und Lebensphasen der Familienmitglieder und der Familie nicht (mehr) gegeben ist oder wenn Macht willkürlich ausgeübt wird. Wird Macht von den Eltern nicht im ausreichenden Maße wahrgenommen, führt dies zu Rollenumkehrungen zwi-

¹ In den Familien werden als Mittel für die Durchsetzung von hierarchischer Macht physische oder psychische Gewalt, Bestrafung, Regeln, friedliche Mittel, Verbote u. a. genutzt.

schen Eltern und Kindern. Die Verantwortung gegenüber den Kindern gebietet, den familieninternen und -externen Handlungsspielraum so zu begrenzen, dass die Eltern sich selbst als begrenzte, abhängige und die Konsequenzen des eigenen Handelns reflektierende Personen erfahren können (RITSCHER 1996).

Innerhalb der Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche der Familienmitglieder ist die familiäre Hierarchie unterschiedlich bestimmt. Diese Zuständigkeiten werden auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Bezugsrahmens und dessen objektiven Gegebenheiten im Systemkontext in Interaktionsprozessen geregelt. Die familiären Hierarchien spiegeln sich auch in der Bestimmung der Familienrollen und der familiären Aufgaben wider. Die Hausarbeit wird immer noch vorwiegend von den Frauen erledigt; sie ist weniger „wert“ als bezahlte Arbeit. Diese reale Bedingung macht den Zugang zu sozial-materiellen Ressourcen für Frauen immer noch schwieriger als für Männer (vgl. NAVE-HERZ 1994, RITSCHER 1996). Die eheliche und häusliche Rollen- und Aufgabenverteilung schafft für die Frauen äußerst belastende, aber häufig auch machtvolle Positionen innerhalb der Familien. In vielen Familien ist die Rolle der Frau so definiert, dass sie neben der Zuständigkeit für den Haushalt auch für die Kinderbetreuung zuständig ist (siehe NAUCK 1985, NAVE-HERZ 1989). Mit dieser Rolle, der ständigen Präsenz zu Hause und der intensiveren Beziehung zu den Kindern ist neben der Mehrfachbelastung auch ein Informationsvorsprung innerhalb dieses Zuständigkeitsbereiches gegeben. Viele Männer finden zudem familiäre Macht deshalb nicht sehr erstrebenswert, da damit die Übernahme häuslicher Pflichten verbunden wäre (KAISER 1989).

3.6.4 Rollen, Aufgaben und Substitute

Rollen lassen sich definieren als die Gesamtheit der Erwartungen und Normen, die sich in einem System in Bezug auf die Position, Handlungen und Aufgaben herausbilden¹. Rollen sind Verhaltenserwartungen, die an eine Position in einem situativen oder sozialen Kontext gerichtet werden. Sie dienen der Verfestigung

¹ PARSONS (1964, S. 60) definiert: *"Eine Rolle ist das organisierte System der Beteiligung eines Individuums an einem sozialen System unter spezieller Bezugnahme auf die Organisation dieses sozialen Systems als Kollektiv."*

von Normen zu bestimmten Verhaltenskomplexen und beruhen auf Verhaltensregelmäßigkeiten, die auf gemeinsam geteilte Werte und Normen zurückgehen und einem starken Wandel unterliegen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass Personen ihre Rollen trotz wandelnder Inhalte behalten (SIMON und STIERLIN 1984). So bleibt beispielsweise ein Kind zeitlebens das Kind seiner Eltern, auch wenn es längst ausgezogen ist.

Im unmittelbaren Interaktionsgeschehen äußern sich Rollen durch bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen. Die für die Funktionstüchtigkeit des Systems Familie bedeutsamsten Rollentypen sind die Geschlechts¹- und Generationsrollen. Bei der Beurteilung der Rollen in Familien kann unterschieden werden, ob diese wechseln (langsam oder schnell) oder ob sie dauerhaft festgelegt sind (SIMON 1995a). Jedes soziale System verfügt über Möglichkeiten gegen Individuen, die sich nicht rollenkonform verhalten, durch Sanktionen vorzugehen. Die Rollenerfüllung wird durch Regeln bestimmt, die einen unterschiedlich hohen Grad der Verbindlichkeit haben. Rollen werden vom einzelnen Individuum internalisiert und so zu eigenen Verhaltensmaßstäben. Je besser die Rollen innerhalb eines Systems aufeinander abgestimmt sind, desto eher werden Störungen des Zusammenlebens und der Sozialisation vermieden (vgl. NAVE HERZ 1988). Widerspricht die Rolleneinnahme den vorgegebenen Erwartungen oder sind die Rollen in sich widersprüchlich kann es zu Konflikten und in deren Folge zu Pathologien kommen. Zu pathologischen Wirkungen kommt es besonders dann, wenn inhaltliche Rollendefinitionen angesichts fälliger Entwicklungen erstarren und wenn es zu den Parentifizierungen und Triangulierungen² kommt, welche als klassische Generationengrenzstörungen im Rollenkonzept beschrieben werden (siehe RICHTER 1963, SIMON und STIERLIN 1984, KAISER 1989, SCHIEPEK 1999).

¹ Im Kapitel 5.3: „Weibliche Sozialisation und soziokultureller Kontext“ gehe ich auf die Geschlechtsrollen näher ein.

² Unter Parentifizierung wird die Übernahme, bzw. Zuweisung der elterlichen Rolle an ein oder mehrere Kinder verstanden. Hierbei kann es sich um eine Form der Rollenumkehr handeln. Der Begriff der Triangulierung meint zum einen lediglich eine Beschreibung der Beziehungen zwischen mindestens drei Personen oder zum anderen die Erweiterung einer konflikthafter Zweierbeziehung um eine dritte Person, die den Konflikt verdecken oder entschärfen soll. Diese dient dann auch dem (unbewußten) Ziel, innerhalb der Zweierbeziehung das Gleichgewicht wiederherzustellen.

RICHTER erweiterte 1969 mit psychoanalytischen Vorstellungen sozialpsychologische Rollenkonzepte¹. In seinem Ansatz bestimmt sich die Rolle des Kindes im wesentlichen aus der Bedeutung, die ihm im Rahmen der elterlichen Konflikte zufällt. Dabei kann einem Kind die Rolle des umworbenen oder umstrittenen Bundesgenossen zugewiesen werden oder auf ein Familienmitglied können negative Impulse übertragen werden (Sündenbock). RICHTER wies schon früh auf die Bedeutung der elterlichen Delegationen hin (siehe das Kapitel 3.6.7: „Vermächtnisse, Delegationen und Loyalität“) und beschrieb bereits in den sechziger Jahren Wiederholungen der familiären Rollen in den nachfolgenden Generationen, auch wenn er diesen Sachverhalt nicht explizit im Rahmen einer Mehrgenerationenperspektive betrachtete².

BUDDEBERG und BUDDEBERG (1982) beschreiben für die Familie typische Rollenmuster, die kurz vorgestellt werden sollen:

- **Der Exponent** übernimmt innerhalb einer familiären Untergruppe eine Führungsposition, hierbei kann er ein progressives oder regressives Verhalten (durch z.B. autoritäres Verhalten oder durch die Rolle eines "massiv Leidenden") zeigen.
- **Der Kompagnon** verzichtet auf eine eigenständige Position; er wird auch als Bundesgenosse, Mitläufer oder Opfer bezeichnet. Häufig bildet er eine Koalition mit dem Exponenten.
- **Der Vermittler** nimmt eine Position zwischen familiären Subsystemen oder Personen ein.
- **Der Emigrant** distanziert sich auf krasse Weise von den Familienregeln oder sucht Anschluß an außerfamiliäre Gruppen. Von den Familienmitgliedern wird er teilweise beneidet, aber auch wegen seines mangelnden Engagements für die Familie kritisiert.
- **Der Blinde Passagier:** Dieses Familienmitglied ist so unauffällig, dass es

¹ Diese informellen Rollen, die durch eine Rollenzuweisung zustande kommen (z.B. schwarzes Schaf, Außenseiter u.a.) sind zu unterscheiden von formal bestimmten Familienrollen (Mutter, Vater, Großmutter u.a.).

² Im damaligen RICHTER'schen Rollenkonzept (1969, 1972) konnte die Zirkularität der Beziehungen und deren wechselseitige Wirkungen noch nicht genügend erfasst werden.

häufig „unbemerkt“ bleibt. Es zeichnet sich durch Unscheinbarkeit und „Normalität“ aus.

Dieser Aufzählung sind weitere zu analysierende typische Familienrollen¹ hinzuzufügen: Familienliebling, Familientyrann, schwarzes Schaf (ähnlich der des Sündenbocks), die Rolle des Fürsorglichen, bzw. Helfers in der Familie und die des Hilfsbedürftigen.

RICHTER beschrieb bereits 1972 typische Rollenzuweisungen zwischen Eltern und Kindern, die er als Substitute kennzeichnete. In einer Übersicht stelle ich diese vor:

1. Das Kind dient als Substitut für einen anderen Partner – **Gattensubstitut**.
2. Das Kind übernimmt die Elternrolle für die Eltern, bzw. für einen Elternteil - Elternsubstitut (Generationsumkehr - **Rollenumkehr**).
3. Das Kind wird zum **Bündnispartner** im Elternstreit. Es ist in der Rolle des umworbenen oder umstrittenen Bundesgenossen.
4. Substitut des **idealen Selbst**: Das Kind personifiziert die Hoffnung der Eltern auf Nacherfüllung des eigenen Strebens und soll das niedrige Selbstwertgefühl der Eltern ausgleichen.
5. Substitut des **negativen Selbst**: Mittels einer projektiven Identifikation werden die negativen Aspekte des eigenen Selbst auf das Kind übertragen. Beispiel: Das Kind drückt die Depressionen aus, die ein Elternteil bei sich verleugnet. Auf diese Weise gelingt den Eltern in Identifizierung mit ihrem Kind die schuldfreie Ersatzbefriedigung eigener, verpönte Impulse².

Problematisch sind für die einzelnen Familienmitglieder und insgesamt für die Funktionalität der Familie sogenannte „pathologische“ **Koalitionen** (SIMON und STIERLIN 1984). Koalitionen sind offene oder verdeckte, wechselnde oder stabile Bündnisse zwischen zwei oder mehreren Familienmitgliedern. Der Zweck solcher Bündnisse kann ein gemeinsames Ziel oder die gemeinsame Opposition gegen die Ziele anderer Familienmitglieder sein. "Dysfunktional" werden Koalitionen,

¹ Für ähnliche familiäre Rollen werden z.T. unterschiedliche Bezeichnungen gewählt.

² Ausführlicher siehe SIMON und STIERLIN (1984).

wenn sie zu Störungen der Generationsgrenzen oder der Bildung von Substituten beitragen.

Von den Familienrollen sind die bereits erwähnten **Familienaufgaben** zu unterscheiden. Aufgaben sind sowohl differenzierter als auch spezifischer als Rollen. Aus der Analyse einer Rolle können sich eine Vielfalt verschiedener Aufgaben¹ ergeben (KAISER 1989). Im Familienzyklus hat die Familie unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen, besondere Probleme stellen sich beim Übergang von einer Lebensphase² in die nächste. Typische Aufgaben, die eine Familie zu erfüllen hat, sind die Sozialisation der Kinder, die Aufrechterhaltung des biologischen Funktionierens der einzelnen Mitglieder, die Produktion und Verteilung von Gütern und Diensten, die Aufrechterhaltung einer bestehenden Ordnung der Beziehungen und die „Sinnstiftung“ (siehe KREPPNER 1989).

Familienmitglieder können sich bei der Übernahme von Aufgaben überfürsorglich, überbehütend, zu autoritär, normenlos und inkonsistent verhalten. In dysfunktionalen „pathogenen“ Familien werden bestimmte Aufgaben überbetont oder vernachlässigt (TEXTOR 1990).

3.6.5 Systemgrenzen

Durch Grenzen wird mitbestimmt, wer zu einem System gehört und wie er dazugehört (MINUCHIN 1977). Familiäre Systeme regeln mit dem Merkmal der „Grenze“ ihre Offenheit und Geschlossenheit³. Damit ein System definiert werden kann, muss deutlich sein, wie weit das System reicht und wo die Umwelt anfängt. Das Ausmaß der Durchlässigkeit der Grenzen wird in einem beträchtlichen Ausmaß durch soziale Normen bestimmt. Jedes Individuum bringt auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte "Grenzregelungen" in künftige Beziehungen ein, die sich intrapsychisch aus Selbst-Objekt-Differenzierungen ableiten lassen. An

¹ Von dieser Definition der Aufgaben leitet PARSONS (1964) seinen Gesundheitsbegriff ab: „*Gesundheit ist, soziologisch definiert, der Zustand optimaler Fähigkeit zur wirksamen Erfüllung von für wertvoll gehaltenen Aufgaben.*“ (S. 60)

² Siehe das Kapitel 3.4: „Familiäre Lebenszyklen“.

³ Grenzüberschreitungen machen aus geschlossenen offene Systeme (SIMON u. STIERLIN 1984).

der Art der innerfamiliären Grenzen erkennen wir unterschiedliche Regeln für Angehörige verschiedener familialer Subsysteme.

Es lassen sich innere und äußere Grenzen der Familie unterscheiden. Die innerfamiliären Grenzen kennzeichnen die Nähe- und Distanz-Regelung der Familienmitglieder und der Subsysteme untereinander, sowie den Grad der Bereitschaft, Abgrenzungen wahrzunehmen (VON VILLIEZ 1986). Die äußeren Grenzen regeln die Beziehungen der Familie zu den Umwelten. Da auch andere Systeme Grenzen haben, führt dies zu vielfältigen Grenzüberschneidungen. Je höher die Anforderungen bezüglich Aufwand und Zeit an eine Systemmitgliedschaft sind und je größer die Zahl der Mitgliedschaften ist, um so schwieriger ist für den Einzelnen Grenzen einzuhalten (KAISER 1989), um so unübersichtlicher wird die Situation und das Risiko von Grenzkonflikten steigt.

Das Subsystem der Eltern hat eine doppelte Funktion, nämlich die des elterlichen und die des ehelichen Subsystems. Hier ist eine klare Abgrenzung besonders wichtig, um dem Paar zu ermöglichen, sich von den Kindern abzugrenzen und sich gegenseitigen Kontakt und Unterstützung zu bieten. Ist diese Grenze zu rigide, ist das Paar schnell isoliert; ist die Grenze zu diffus, können andere Untergruppen, wie z.B. die Kinder oder ein Großelternanteil sich in die Paar-Dyade hinein-drängen.

MINUCHIN (1977) beschreibt die innerfamiliären Grenzen¹ mit den Polen "Verstrickung" versus „Isolierung“:

- **Isolierung:** In „isolierten Familien“ werden übermäßig rigide Grenzen entwickelt und die Kommunikation über die Grenzen der Subsysteme hinweg erschwert. Die Loyalitäten und Zugehörigkeitsgefühle sind wenig ausgeprägt. Es besteht eine Unfähigkeit, um Hilfe zu bitten. Nähe verursacht große Angst. Hier finden wir Familien, in denen die Mitglieder „kalt und distanziert wie Fremde“ nebeneinander leben und keine Einfühlung und kein Verständnis für andere entwickeln.

¹ VON SCHLIPPE (1987) unterscheidet in seinem Begriffssystem drei Arten von Grenzen: die flexible klare Grenze, die rigide, undurchlässige Grenze und die diffuse, verwischte Grenze.

- **Klarheit:** Die Grenzen sind flexibel und klar; die Mitglieder der Subsysteme vollziehen ihre Funktionen ohne unzulässige Einmischung von außen. Der Kontakt mit den Mitgliedern anderer Subsysteme gelingt angemessen.
- **Verstrickung:** In solchen Systemen bestehen diffuse und verwischte Grenzen. Die Autonomie des einzelnen ist beeinträchtigt, kognitive und affektive Fähigkeiten sind eingeschränkt, Trennungsangst ist typisch. Die verstrickten Familien wenden sich in einem Übermaß sich selbst zu und schaffen ihren eigenen Mikrokosmos. Die Nähe der Familienmitglieder ist ausgeprägt. Beim Pol der Verstrickung sind die Familienmitglieder eng miteinander verflochten, die interpersonalen Grenzen, besonders die Generationsgrenzen, sind unscharf und es findet eine ständige Vermischung von Gedanken, Gefühlen und Kommunikation statt. Die direkte Kommunikation ist häufig blockiert. Der Wert "Gemeinsamkeit" wird betont und es wird ein enger Zusammenhalt der Familie mit einer zu starken Abgrenzung nach außen angestrebt. Für die Kinder bedeutet dies hinsichtlich ihrer Autonomiebestrebungen eine Einschränkung in ihren Entfaltungsmöglichkeiten. Familiäre Verstrickungen schaffen starke gegenseitige Abhängigkeiten und bedingen Schwierigkeiten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Familienmitglieder.

Diese Beschreibung MINUCHINS ähnelt im Wesentlichen dem familientherapeutischen Kategoriensystem "übergroße Offenheit" (bzw. "Auflösung"¹) versus "Geschlossenheit" (vgl. WIRSCHING u. STIERLIN 1982). Geschlossenheit kennzeichnet Familien, die sich gegen ihre Umwelt hinter einer „Mauer“ abschotten und versuchen, in ihrem eigenen Mikrokosmos zu leben. Übergroße Offenheit bedeutet für die Familienmitglieder, dass diese mehr in der Umwelt "zu Hause sind" als in ihrer Familie. Diese Familien treten kaum als abgegrenzte Familien in Erscheinung².

¹ Den Pol der "Auflösung" kennzeichnet ein System, dass die Überindividualität im Übermaß betont, sehr nach außen orientiert ist und in dem kein enger Zusammenhalt besteht.

² Die Polaritäten Geschlossenheit versus Offenheit beschreiben WIRSCHING und STIERLIN (1982, S. 101) mit den Polen Isolation und Fusion, die sie in folgende Abstufungen differenzieren:

1. Isolation,
2. starke Abgrenzung, ansatzweise Zugang,
3. Überwiegen der Abgrenzung,

Grenzen haben eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung des "Ichs". Nur über eine gelungene Individuation, über eine Selbst-Objekt-Differenzierung, wird eine stabile persönliche Identität erreicht. Mit BOSZORMENYI-NAGY und SPARK (1981) ist davon auszugehen, dass nur eine "bezogene Individuation" funktionell ist, bei der ein stets neu auszuhandelndes Gleichgewicht zwischen Trennendem und Vereinendem hergestellt wird. Mit dem Begriff der „bezogenen Individuation“ werden zwei grundlegende Prinzipien menschlicher Entwicklung beschrieben: Zum einen die Ausbildung individueller Eigenschaften und psychologischer Grenzen (Individuation/Autonomie) und zum anderen die Bezogenheit auf ein Gegenüber (Bindung). Dies gilt auch für Prozesse der Grenzziehung zwischen Subsystemen, sowie zwischen Familien und ihren Umwelten. Dieses Konzept verbindet die Psychoanalyse mit einer systemischen Sichtweise, indem die fortschreitende Selbst-Objekt-Differenzierung als intrapsychischer Prozess verstanden wird (STIERLIN 1985, BOSZORMENYI-NAGY u. SPARK 1981).

In den Familien läßt sich eine gelungene bezogene Individuation an den Fähigkeiten zum Dialog erkennen. Den Familienmitgliedern ist es möglich, eine eigene Meinung zu artikulieren und den anderen zuzuhören. Es besteht die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Übereinstimmung und zur Angleichung, aber auch die Fähigkeit zur Abgrenzung und die Abgrenzung anderer ertragen zu können. Gefahren liegen in der Überindividuation; d.h., die Abgrenzung ist starr und zu dicht, die Unabhängigkeit verwandelt sich in Isolation und Einsamkeit oder sie liegen in der Unterindividuation, in der die Abgrenzung mißlingt; d.h., die Grenzen sind zu weich und zu durchlässig (s.o.).

Die außerfamiliären Grenzen regeln die Qualität und Quantität des Austausches der Familie mit den sozialen Umwelten. Veränderungen im Lebenszyklus benötigen in den Familien notwendigerweise Veränderungen der Grenzen mit entsprechenden veränderten Aufgaben und Rollenverteilungen. Auch insofern sind Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Umgang mit Grenzveränderungen

-
4. dialogische Beziehung,
 5. in wenigen Bereichen klare Abgrenzung,
 6. Abgrenzung ist kaum möglich und wird auch nur schwer ertragen,
 7. Fusion, symbiotische Beziehung.

wichtig. Besonders in der Adoleszenzphase müssen die Generationsgrenzen verändert werden: Die Kinder wechseln im idealen Falle aus der komplementären in eine "erwachsene" Beziehung gegenüber den Eltern.

Nach Untersuchungen von WIRSCHING und STIERLIN (1982) zeigen die Mehrzahl der untersuchten Familien mit psychosomatischen Symptomen unabhängig von der klinischen Diagnose des Indexpatienten Muster der Fusion oder der Isolation, die mehrere Generationen umspannen. Die Eltern leiten die in ihrer Herkunftsfamilie erprobte Form der Individuation an das "kranke" Kind weiter. Hierbei überwiegen verschmelzende Tendenzen, und der Vater bleibt meist "draußen" (WIRSCHING und STIERLIN 1994). Grenzstörungen wirken so intergenerational.

3.6.6 Mythen, Geheimnisse und Tabus

Der Begriff **Mythos** beinhaltet Leugnung und gegenseitiges Vortäuschen vermeintlicher Tatsachen. Mythen enthalten einen Wahrheitskern, sie verzerren die Wirklichkeit, wobei die Verzerrung von den Familienmitgliedern geteilt wird. Sie haben auch eine für die Systemerhaltung notwendige „rationale“ Funktion (beispielsweise kann eine Familie darauf angewiesen sein, einen "guten Eindruck" zu vermitteln, obwohl der Vater seit Jahren eine Geliebte hat). Das Wertesystem vieler Familie fordert, zumindest den Schein zu wahren. Oftmals sollen einzelne Familienmitglieder geschützt werden, die bei bestimmten Punkten verletzlich sind. Mythen stützen so das familiäre Gleichgewicht. Sie sind besonders in Familien zu beobachten, in denen den Beteiligten die Kompetenz, bzw. die kommunikativen Fähigkeiten, zu anderen Problemlösungsmöglichkeiten fehlen (siehe SIMON und STIERLIN 1984, KAISER 1989).

STIERLIN (1973) unterscheidet:

1. Harmoniemythen, bei denen das Bild einer glücklichen Familie vermittelt wird,
2. Entschuldigungs- und Wiedergutmachungsmythen, die zur Zuschreibung einer Schuld für ein Problem an eine bestimmte Person führen. Diese

Person ist oftmals in der Rolle des Sündenbocks, an sie wird die "Schuld" delegiert.

3. Rettungsmythen bestimmen einen Außenstehenden zu einem idealisierten Retter.

KEEN (1989) vergleicht den Mythos, der eine Person oder eine Kultur "informiert" mit einer kulturellen DNA, die in seinem Bild in einer Zelle enthalten sei oder dem Programm eines Computers. Der Mythos sei die kulturelle DNA, die Software, die unbewußte Information, das Programm, das bestimmt, wie wir die "Realität" sehen und uns verhalten. Wie bei einem Eisberg sei nur 10 % an der Oberfläche sichtbar.

Ein Mythos bietet Sicherheit und Identität. Der Mythos ist für die Familie das, was für die Individuen die Abwehrmechanismen sind. Sie verdichten *„prägnante Geschichten zu zentralen handlungsleitenden, -begründenden und sinnstiftenden Ideen, die gerade durch ihre symbolische Kraft zur familiären Kohäsion beitragen.“* (RITSCHER 1996, S. 212) Mythen erfüllen so eine doppelte Aufgabe: Sie verweisen auf das Scheitern der Einigungsprozesse und verdecken dieses Scheitern im Dienst der Aufrechterhaltung der familiären Kohärenz. Insofern tragen sie zur interaktiven Wirklichkeitskonstruktion der Familie bei (BUCHHOLZ 1990). Familienmythen folgen einer Spielregel, an die sich die Mitspieler gebunden fühlen. Da durch Mythen die Beziehungs- und Handlungsmuster der Familienmitglieder festgelegt werden, sind sie so etwas wie eine „selbsterfüllende Prophezeiung“ (SIMON 1995a).

Wie Mythen sind **Geheimnisse** zwischen den Familienmitgliedern für die Entwicklung einer Familie in einem gewissen Maße normal und notwendig¹. Entscheidend ist, ob Geheimnisse produktiv oder destruktiv wirken. In Familien werden vielfach Themen, die angstbesetzt sind, zu Geheimnissen erklärt und tabuisiert. Familiengeheimnisse beziehen sich besonders auf Normverletzungen wie Inzest, sexuelle Gewalt, Kindesmißhandlung, außereheliche Seitensprünge,

¹ Z. B. spielerische Geheimnisse, Ehegeheimnisse, schützende Geheimnisse, Geschwistergeheimnisse (siehe BRADSHAW 1997).

uneheliche Herkunft, das Verhalten der Familienangehörigen im Nationalsozialismus und auf Suizide, bzw. Suizidversuche. Familiengeheimnisse bieten die Möglichkeit einer gemeinsamen Verleugnung (Mythos) und dienen dem Ziel einzelne oder mehrere Angehörige zu schützen. Dies kann zu Realitätsverzerrungen führen. Kinder spüren jedoch intuitiv die Geheimnisse der Erwachsenen, wenn sie davon betroffen sind (LEVEND 1997). Innerfamiliäre Geheimnisse bedeuten einen Loyalitätskonflikt für mindestens einen der Beteiligten und leisten so einen Beitrag zum Auftreten von familiären Funktionsstörungen (vgl. SPERLING u. a. 1982).

Wie bei den Mythen und Geheimnissen ist der Zweck eines **Tabus**, die Gefühle der Familienmitglieder und die familiären Beziehungen zu schützen. Hierbei geht es jedoch, im Unterschied zu den Geheimnissen, nicht das Wissen um etwas, sondern es geht um Verhaltensregeln im Umgang mit diesem Wissen (KAISER 1989). Tabus sind unausgesprochene Ver- und Gebote, die sich auf Gedanken und Taten beziehen. Verletzungen des Tabus werden sanktioniert. Häufigste Tabu-Themen in den Familien sind der weite Bereich der Sexualität, der Zärtlichkeit, der körperlichen Nähe und der offene Umgang mit Gefühlen.

Ein weiteres bedeutsames häufiges Tabu-Thema ist das Verhalten der Familienmitglieder in der Zeit des Nationalsozialismus¹. Viele Kinder "wissen" nur wenig über die Involvierung ihrer Eltern und Großeltern in den NS-Staat.

3.6.7 Vermächtnisse, Delegationen und Loyalität

Vermächtnisse sind Aufgaben, die ein „Auftraggeber“ an Angehörige der nächsten Generation weitergibt - "delegiert". STIERLIN (1978), der das Delegationskonzept entwickelte, betont, eine **Delegation** ist nur möglich auf der Grundlage einer starken, oft unsichtbaren Loyalität. Im typischen Fall hat der Delegierte eine lebenswichtige Aufgabe für seine Eltern zu erfüllen. Delegationen werden an

¹ Siehe hierzu HEINL (1988, 1994), MOSER (1992), MASSING u.a. (1992).

die nachfolgenden Generationen¹ weitergegeben durch nonverbale Signale, durch das Familienselbstbild und durch "Stimmungsansteckung" (KAISER 1989). Sie sind oft nicht bewußt, bzw. einer bewußten Auseinandersetzung nicht zugänglich (SIMON und STIERLIN 1988, SPERLING u.a. 1982). Delegationsprozesse an sich sind notwendig, um dem heranwachsenden Kind sinnvolle Lebensziele, Inhalte und Richtungen zu vermitteln. Sie werden jedoch problematisch, wenn sie nicht auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt sind, überfordern und Konflikte auslösen und wenn sich die Aufträge nicht mit den Talenten, Fähigkeiten und Bedürfnissen des Delegierten in Einklang bringen lassen (wenn z. B. ein Kind auf jeden Fall studieren soll) oder es zu Auftragskonflikten² kommt.

STIERLIN (1978) unterscheidet Delegationen auf den psychischen Ebenen Es, Ich und Über-Ich:

- **Es-hafte Delegationen** richten sich auf das Ausleben triebhafter Bedürfnisse, die dem Delegierenden niemals selbst möglich waren (z. B. das Ausleben von Sexualität oder das Experimentieren mit Drogen).
- Der auf der **Ich-Ebene Delegierte** hilft dagegen primär bei der praktischen Lebensbewältigung (z.B. Stützung der Eltern, Einholen von Erkundigungen).
- **Über-Ich-Delegationen** erfordern einen idealistischen Einsatz für ein hochgestecktes Ziel (z.B. ein herausragender Sportler oder Wissenschaftler zu werden). In der Regel sind diese Ziele nicht zu erreichen.

STIERLIN verbindet mit dem Konzept der Delegation die Psychoanalyse³ mit systemischen Konzepten, bzw. der Familientherapie. Er stellt sein Delegationskonzept in einen Zusammenhang mit der Trennungsdynamik zwischen den Gene-

¹ Diese Definition berücksichtigt leider keine Aufträge der Kinder an ihre Eltern; der Delegationsbegriff von STIERLIN (1982) enthält keine rekursiven Elemente. Gerade in den letzten Jahren gewinnen die Aufträge der Kinder an die Eltern an Bedeutung.

² Beispiel: Ein Mädchen erhält die Delegation, einerseits eine starke und selbstbewußte Frau zu sein und andererseits als Erwachsene die kranke Großmutter liebevoll und zeitaufwendig zu Hause zu pflegen.

³ Der Psychoanalytiker MENTZOS (1983) verweist ebenfalls auf Delegationsformen, in denen ein Familienmitglied seinen intrapsychischen Konflikt externalisiert. RICHTER (1970) beschreibt solche familiendynamischen Konstellationen mit dem Begriff der "Rollenvorschrift".

rationen; also langfristig wirkenden Beziehungsstrukturen und betont so die Bedeutung des Mehrgenerationenansatzes.

SIMON und STIERLIN (1984) treffen eine weitere Differenzierung: Sie unterscheiden zwischen gebundenen und ausgestoßenen Delegierten. Gebundene Delegierte müssen Aufträge bewältigen, die sie im Spannungsfeld der Familie festhalten. (Beispiel: Nach dem Tod des ältesten Sohnes soll der jüngere Bruder das Geschäft fortführen.) Ausgestoßene Delegierte werden als Kinder wenig gebunden. Sie müssen sich früh darauf einstellen, mit einem Minimum an elterlicher Anerkennung und Zuwendung die elterlichen Erwartungen zu erfüllen (STIERLIN 1978). Dominiert der Ausstoßungsmodus wird oft die Trennung von den Eltern beschleunigt; dies führt zu einer zu frühen Autonomie. In einer Familie mit Ausstoßungsmodus herrscht oft eine „kalte, versagende Atmosphäre“ vor; altersbedingte Abhängigkeitsbedürfnisse werden abgewiesen, Belohnung und Anerkennung fehlen. Auch als Erwachsene bleiben diesen Menschen oftmals die Möglichkeiten sich anzulehnen und regressiv zu entspannen versagt und Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle werden zu sehr zurückgehalten (STIERLIN 1985).

Herrscht der Bindungsmodus in einer Familie vor, bleibt das Kind länger und stärker in der Familie gefangen, eine Trennung von den Eltern verzögert sich. In Familien mit extremem Bindungsmodus¹ beobachten wir Beziehungen, in denen sich alle Mitglieder der Familie mit den gleichen Augen sehen, gleich empfinden und denken sollen. Da dies nicht möglich ist, kommt es zu einer Vielzahl von Wahrnehmungsverzerrungen, projektiven und mystischen Umschreibungen; jeder meint, die Gedanken des anderen lesen zu können und für ihn sprechen zu können. Dies beinhaltet eine Pflicht zur **Loyalität**², die sich über Generationen hinweg auswirken kann.

Das Loyalitätskonzept wurde von BOSZORMENYI-NAGY und SPARK in den siebziger Jahren entwickelt. Hierunter wird die Verpflichtung verstanden,

¹ Das Bindungskonzept ähnelt dem bereits vorgestellten Konzept der Verstrickung.

² Der Begriff Loyalität hat sprachlich seine Wurzel im französischen Wort *loi* und bedeutet gesetzestreu Verhalten.

bestimmten Erwartungen der Familie, der Verwandten oder anderen Systemen¹ „gerecht“² zu werden. Loyalität hilft der Familie über Generationen ihre Kontinuität und Kohärenz zu wahren. Sie erteilt hierbei möglicherweise dysfunktionale Aufträge (Vermächtnisse). Loyalitätsprobleme treten insbesondere bei widersprüchlichen Aufträgen von Angehörigen an einen Delegierten auf. Loyalität erweist sich so als ein Schlüssel zum Verständnis der Delegation. Das gebundene Kind versucht häufig aus dieser Loyalität auszubrechen, bleibt jedoch in den alten Beziehungsstrukturen gefangen. Eine solch starke emotionale Bindung schließt die Erwartung ein, dass dieses Interesse erwidert wird. Hier zeigt sich der dialektische Charakter der Bindung in Zusammenhang mit der Vernachlässigung individueller Bedürfnisse (WIRSCHING und STIERLIN 1982).

Typischerweise wird ein Delegierter "mit einer Mission betraut“, jedoch gleichzeitig an einer „langen Leine“ der Loyalität gehalten. Die Loyalität wird bewiesen, indem die Aufträge gewissenhaft erfüllt werden. Hiermit wird die Auftragserfüllung zur Quelle des Selbstwertes (STIERLIN 1978, SIMON u. STIERLIN 1984). Dieser Prozess kann der Gewissensentlastung der Eltern dienen (z. B. eine Schuld aus der NS- Zeit abarbeiten, indem das Kind in einem israelischen Kibbuz schwere Arbeit verrichtet). Das Loyalitätsbedürfnis sorgt dafür, dass Familiengeheimnisse geschützt und nicht in Frage gestellt werden. Verletzt ein Familienmitglied (oder ein Forscher) die Loyalität, so muss er darauf gefasst sein, dass sich die Familie gegen ihn verbündet, denn die Loyalität garantiert jedem einzelnen Sicherheit und Schutz, um Schmerz und Konflikte zu vermeiden. Loyalitätsverletzungen eines Familienmitgliedes lösen so Schuldgefühle und Konflikte mit den Angehörigen aus.

Das Eingehen neuer Beziehungen, insbesondere eine Heirat, bringt neue Loyalitätsverpflichtungen mit sich. Je starrer das Loyalitätssystem der Herkunftsfamilie ist, desto schwerer fällt den Individuen die "Ablösung". "Junge" Paare müssen

¹ Loyalitätsverpflichtungen erstrecken sich auch auf außerfamiliäre Systeme (Gruppen, Vereine, Nachbarschaften usw.).

² BOSZORMENYI-NAGY und SPARK (1981) sprechen von "Verdienstkonten", an denen sich nach ihren Vorstellungen familiäre Gerechtigkeit orientiert. Die Angehörigen einer Familie werden mit diesen Verdienstkonten oder einem sogenannten "Kontenbuch" bewertet.

ihre Loyalitätsverpflichtungen von ihrer Herkunftsfamilie auf den neuen Partner übertragen.

3.7 Familiäre Funktionstüchtigkeit in kritischen Lebenssituationen

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf einer Erörterung der Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) von Krisen. Zunächst sollen die bedeutendsten Lebenskrisen skizziert werden. Anschließend wird kurz auf Lebenskrisen in der Adoleszenz eingegangen, da für die Entstehung von Essstörungen angenommen wird, dass eine mangelnde Bewältigung der individuellen und familiären Aufgaben während der Adoleszenz entscheidend zum Auftreten der Essstörungen und der Multiplen Süchte beiträgt. Daher sollen Risikofaktoren einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die in der Adoleszenz liegen, schlaglichtartig beleuchtet werden. Abschließend werden Copingansätze erörtert.

„Krise“ meint eine akute Überforderung¹ eines Systems durch belastende innere und/oder äußere Erlebnisse. In einem System kommt es zu einer „Krise“, wenn die bislang bewährten Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen nicht mehr ausreichen, um die zur Überlebenssicherung notwendigen Gleichgewichtsprozesse aufrechtzuerhalten². Krisen kommen meist akut und überraschend, werden als bedrohlich erlebt, stellen bisherige Ziele und Werte in Frage und erzeugen Angst und Hilflosigkeit. Sie bringen eine ausgesprochene Labilisierung auf der innerpsychischen und der sozialen Ebene mit sich³. Die Bewältigung einer Krise erfordert neue Copingstrategien des Individuums und des familiären Systems.

TEEGEN (1987) fasst amerikanische Untersuchungen zusammen, in denen versucht wird, sogenannte life-change-units zu berechnen, die angeben, wie bedeutsam bestimmte Lebensveränderungen für Menschen sind. Nach diesen Untersuchungsergebnissen treten Erkrankungen häufig sechs bis achtzehn Monate

¹ PETZDOLD (1993) bezeichnet solche übermäßigen Belastungen als Überstimulierung.

² "Krisen" sind ein prägnantes Beispiel dafür, dass Probleme ein Interaktionssystem schaffen (siehe das Kapitel 4.5.4: "Problemsysteme Kurt Ludewig).

³ In solch einer labilen Phase können kleine Ursachen große Wirkungen haben („Chaosprinzip“).

nach bedeutsamen Lebensveränderungen (kritischen Lebensereignissen) auf. Die höchsten Rangplätze auf der Skala der auslösenden kritischen Ereignisse nehmen der Tod eines Ehegatten, bzw. Familienmitgliedes, eine Scheidung und eine Gefängnisstrafe ein. Besonders belastend sind zudem Veränderungen, die neue Lebensabschnitte betreffen, wie z.B. die Pensionierung, der Arbeitsplatzwechsel, eine Veränderung der beruflichen Aufgaben u.a.. Neben diesen äußerlich sichtbaren Lebensveränderungen führen häufig innere Ansprüche und Erwartungen zu einer Überforderung. Zu den „kritischen“ Lebensereignissen können auch „positive Ereignisse“ gehören, wie z.B. ein Lottogewinn, Heirat oder ein beruflicher Aufstieg. Scheinbar gleiche Ereignisse wirken dabei auf verschiedene Personen unterschiedlich und können zu individuellen Reaktionen, bzw. Bewältigungsmustern führen.

Studien (siehe KAISER 1989) zeigen, dass anhaltende Belastungen das Krankheitsrisiko erhöhen. Krisen treten vor allem auf, wenn Veränderungen in den verschiedenen Entwicklungsbereichen nicht in einer berechenbaren Abfolge auftreten, sondern zu einem bestimmten Zeitpunkt gehäuft auftreten¹. In Familien eskalieren Konflikte häufig erst, wenn zu den bestehenden problematischen Beziehungsstrukturen und kritischen Lebenssituationen zusätzlich zeitgeistabhängige „Weltanschauungen“ (MASSING u. a., 1992) das familiäre Zusammengehörigkeitsgefühl tangieren (z. B. wenn der Kriegstod des Vaters vom Sohn ganz anders als von der Mutter interpretiert wird).

In unserer Gesellschaft sehr häufige kritische Lebensereignisse sind Trennungen und Scheidungen². Seit den achtziger Jahren wird ca. jede dritte Ehe geschieden; Trennungen nichtehelicher Bindungen sind noch häufiger (siehe NAVE-HERZ 1988, 1994). Niedriges Heiratsalter, niedriger Sozial- u. Bildungsstand und eine nur kurze Zeit des Kennenlernens vor der Heirat führen eher zu einer Scheidung. Die meist genannten Gründe für eine Trennung sind Untreue, mangelnder

¹ Zu diesen eher allgemeinen Befunden gibt HURRELMANN (1994) eine Reihe von Beispielen. Zusammenhänge mit kritischen Lebensereignissen werden insbesondere bei den Krankheiten Krebs, Depressionen, Allergien, Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Kreislaufsystems beschrieben (vgl. TEEGEN 1987).

² Da oftmals Beziehungsmuster von Generation zu Generation weitergegeben werden, können auch Ehescheidungen transgenerational tradiert sein.

Respekt, Gewalttätigkeit, Entfremdung und Alkoholismus (KAISER 1989). Die hohe Ehescheidungsrate ist jedoch nicht die Folge eines Bedeutungsverlustes der Ehe, im Gegenteil, so betont NAVE-HERZ (1994), ist sie Folge gerade ihrer hohen psychischen Bedeutung und Wichtigkeit für den einzelnen.

Während einer Trennung treten in der Regel schwere Familienkonflikte auf, durch die Kinder oft die adäquate elterliche Zuwendung entbehren müssen. Die Trennung führt in der Regel zu schwierigen ökonomischen Situationen und Überforderungen der beteiligten Personen.

Für die Lebensphase des Jugendalters sollen exemplarisch einige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren zusammengefasst werden¹: Besonders belastend wirken sich Störungen in den Beziehungen zwischen den Eltern, eine „Unvollständigkeit“ der Familie, ein inkonsistenter elterlicher Erziehungsstil, mangelnde emotionale Zuwendung und eine nicht gelungene Anerkennung in der peer-group aus (HURRELMANN 1991). Hinzu kommen Probleme im Leistungsbereich, in der Schule und in der Ausbildung. Jugendliche, so führt HURRELMANN (1994) aus, die Konflikte mit ihren Eltern angeben, gehören zu denen, bei denen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von delinquentem Verhalten, psychosomatischen Beschwerden und Drogenkonsum höher ist, als allgemein bei Jugendlichen. Verhaltensauffälligkeiten von Jugendlichen sind oftmals eine Begleiterscheinung von konfliktreichen Beziehungen zu den Eltern, die auf eine nicht bewältigte Ablösungsphase von der Herkunftsfamilie hinweisen können (HURRELMANN 1994).

Eine besondere Risikokonstellation für ein Suchtverhalten Jugendlicher sieht HURRELMANN in reziproken ungünstigen Sozialisationsbedingungen, zu denen ein kontrollierender und restriktiver Erziehungsstil und ein ungünstiges emotionales Familienklima gehören. Die Jugendlichen in diesen Familien lernen nicht, Konflikte zu bewältigen. Jugendliche mit ausgeprägten Selbstwertproblemen sind

¹ Obwohl sich in den letzten Jahrzehnten die Mortalitätsquote deutlich erhöhte, da Todesfälle, die auf soziale Umwelt- und Verhaltensfaktoren zurückzuführen sind, zunahm (Unfälle und Drogenabhängigkeit), gelten Jugendliche jedoch insgesamt als eine „relativ gesunde“ Bevölkerungsgruppe.

besonders gefährdet eine Sucht zu entwickeln.

Ausgelöst werden Beeinträchtigungen der Gesundheit im Jugendalter insgesamt durch vielfältige (soziale, psychische, emotionale und sexuelle) Verhaltensweisen. Viele dieser Verhaltensweisen, wie z.B. falsche Ernährung, wenig Bewegung, machen sich im Jugendalter selbst nicht beeinträchtigend bemerkbar, bilden aber den Ausgangspunkt für Erkrankungen im späteren Erwachsenenalter.

Die Arten der Risikofaktoren im Lebenslauf wandeln sich und erfordern jeweils neue Bewältigungsformen. Der Bewältigungsbegriff beinhaltet die Annahme der Spannung und Widersprüchlichkeit des Subjekts zwischen der Suche nach Copingstrategien und der gesellschaftlichen Erwartung von Normkonformität im Umgang mit kritischen Lebenssituationen (BÖHNISCH 2001). Studien aus der Stressforschung und der Sozialepidemiologie (siehe MARBACH 1989) belegen die große Bedeutung individueller und familiärer Bewältigungsmuster (Coping) und der sozialen Netzwerke zur Bewältigung von Krisen. Daher soll auf diese Copingmechanismen eingegangen werden:

Den meisten von einer Krise Betroffenen gelingt es, sich mit der Zeit und sozialer Unterstützung auf die neue Situation einzustellen und sie zu bewältigen. Zur Krisenbewältigung benötigen Individuen und Familien soziale Kompetenzen, die Bereitschaft zu lernen, ein gewisses Maß an ökosozialen Voraussetzungen und förderliche Bedingungen der Umwelt. Das Coping-Verhalten kann mit KEUPP (1991) in drei Haupttypen unterschieden werden:

1. Das bewertungsorientierte Bewältigungshandeln bezieht sich auf die Wahrnehmung und Interpretation potentiell bedrohlicher Konfliktlagen und deren Bewältigung, indem z.B. ein Vergleich mit anderen, bereits erlebten Situationen vorgenommen wird oder mit Menschen, die ebenfalls unter Problemen leiden.
2. Problemorientiertes Coping setzt sich mit den greifbaren Folgen einer Krisensituation auseinander, indem z.B. neue Informationen eingeholt werden, um die Situation besser zu verstehen, um Selbstbestimmung und Situationskontrolle wieder zu gewinnen und um sich auf weitere Anforderungen innerlich vorzubereiten.

3. Emotionsorientiertes Coping versucht bei einer krisenhaften Zuspitzung die stimulierten Emotionen zu begrenzen und ein Gleichgewicht der Gefühle zu bewahren.

Copingansätze¹ sind einzubetten in umfassende Konzepte, wie sie beispielsweise PETZOLD (1993) und HURRELMANN (1991, 1994) vorstellen. PETZOLD bezieht in seinen integrativen Ansatz Faktoren einer pathogenen Stimulierung, des Ressourcen-Vorrats, also schädigende und protektive Faktoren ein. Der Autor geht davon aus, dass die jeweiligen Coping-Stile des Individuums und der Familie sich auf die weitere Entwicklung der Krisen auswirken und so das Miteinander von psychischer Reifung, kulturellen Anforderungen und der Bildung individueller Lebensziele formen. Wie ein Individuum oder eine Familie mit Belastungen umgeht, ist nach diesem Konzept zudem abhängig von den individuellen Potentialen, der Ich-Stärke, den Abwehrstrukturen, genetischen Dispositionen, der Vulnerabilität, der Vitalität, der jeweiligen Familienphase und den gesamten Sozialisationserfahrungen.

HURRELMANN (1991, 1994, 2000) betont in seinem ebenfalls umfassenden Ansatz die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen für die Lebensbewältigung. Unter personalen Ressourcen versteht er den persönlichen Verarbeitungsstil der Lebensanforderungen und die individuell zur Verfügung stehenden Handlungskapazitäten. Als soziale Ressourcen bezeichnet er die Unterstützung des familiären² und des sozialen Netzwerkes. Diese Ressourcen bilden zusammen die Kapazitäten der Lebensbewältigung. Dabei geht HURRELMANN

¹ Eine Übersicht über die Formen des Bewältigungshandelns gibt PETZOLD (1993, S. 95, der sich hier auf THOMAE (1988) bezieht). Er fasst 20 typische Reaktionsweisen von Bewältigungsversuchen zusammen: Leistung, Anpassung an Institutionen, Anpassung an andere, Aufgreifen von Chancen, Bitte um Hilfe, Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, Zurückstellung eigener Bedürfnisse, sich auf andere verlassen, Korrektur von Erwartungen, Widerstand, (Selbst-)Behauptung, Akzeptieren der Situation, positive Deutung der Situation, Situation den Umständen überlassen, Hoffnung, depressive Reaktion, Identifikation, evasive (ausweichend, Ausflüchte) Reaktion, betonte Realitätsorientierung und Aggression/Kritik. Meist wird auf Krisen nicht mit einer einzigen Reaktion geantwortet, sondern mit einem mehr oder weniger komplexen System von Reaktionen.

² HÜERTER (1994, S. 61) der verschiedene Untersuchungen zusammenfasst, zählt zu den hilfreichen familiären Coping-Strategien: Die aktive Suche nach Information und emotionaler Unterstützung, die Aufrechterhaltung von offener Kommunikation, einen familiären Zusammenhalt, die flexible Handhabung und Neudefinition von Rollen, ein kreatives Problemlösungsverhalten und eine moderate Leugnung und Abwehr.

davon aus, dass je besser eine Person in ein soziales Beziehungsgefüge mit ihm bedeutsamen Personen eingebunden ist, desto besser kann sie mit ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und andauernden Lebensbelastungen umgehen, ohne dass Symptome auftreten.

Eine Analyse der Netzwerke¹ zeigt, dass "engere" Netze eher eine nachhaltige Hilfe bei Dauerbelastungen bieten und die Stärke "weiterer" Netze in der kommunikativen Verbindung und der spontanen Hilfe liegt (HURRELMANN² 1994). So wirkt eine hohe Kontaktdichte zwischen den Generationen als Vorbeugung gegen soziale Isolation. Sozialer Kontakt und Unterstützung in der Familie wirken präventiv, indem sie dazu beitragen, Überlastungen gar nicht erst entstehen zu lassen oder bereits im Ansatz abzubauen. Ein Gefühl der Zugehörigkeit und Selbstbestätigung kann das Wohlbefinden erhöhen³. Soziale Unterstützung wirkt als Stresspuffer und ist förderlich bei der Bewältigung von Belastungen, bzw. bei der Genesung von Krankheiten.

Das für die Krisenbewältigung wichtigste Beziehungsgefüge ist die Familie (KAISER 1989). Eine Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren und Jugend (1997) über „Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie“ resümiert, dass emotionales Wohlbefinden nach einer Belastung eher erreicht wird, wenn die Belastung unter Beteiligung aller Familienmitglieder bewältigt wird und eine dauerhafte, für alle akzeptable, Problemlösung gefunden wird. Gelingt Familien diese Bewältigung nicht, können Defizite der familialen Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten dafür mit verantwortlich sein. Ein sachlicher und emphatischer Kommunikationsstil, das Thematisieren der Belastung und die Wahl eines günstigen Zeitpunktes für ein Gespräch sind für eine funktionale Kommunikation förderlich. Als hilfreich erweist sich auch die individuelle kognitive Ausein-

¹ MARBACH (1989) unterscheidet die Netzwerke wie folgt: Das Unterstützungsnetz (Vertrauenspersonen, informelle und formelle Helfer), das Kontaktnetz (alle nicht ausdrücklich zweckgerichteten Kontakte zu Verwandten, Freunden, Nachbarn und Bekannten), das Geselligkeitsnetz und das Netz der Kontrolleure (Personen, die sich unerwünscht einmischen).

² Ausführlicher gibt HURRELMANN (1994, S. 110ff) einen Überblick über die sozialen Ressourcen und Netzwerke.

³ Allerdings kann durch Loyalitätsbindungen, die zur Gegenleistung verpflichten, die Individuation behindert werden.

andersetzung mit der Belastung, das aktive, direkte Angehen von Belastungen, Arbeitsteilung und eine flexible Rollengestaltung bei der familiären Belastungsbewältigung. Nach MARBACH (1989) kommt den persönlichen und familienstrukturellen Merkmalen eine größere Bedeutung bei der Bewältigung von Krisen zu als der sozioökonomischen Lage der Familie.

Die größte Bedeutung für die Krisenbewältigung innerhalb der familiären Beziehungen kommt der Funktionalität der Paarbeziehung zu¹. Reicht die Unterstützung des Partners/der Partnerin nicht oder fällt sie aus, sind meistens die Kinder eine wichtige Stütze. Erst an dritter Stelle kommen bei Erwachsenen die Eltern und andere Verwandte als Helfer in Frage.

Familien unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer Fähigkeiten mit Belastungen umzugehen, sondern auch hinsichtlich ihrer Fähigkeiten des Umgangs miteinander nach einer Überforderungskrise. Je nachdem, ob Familien erfolgreich oder erfolglos mit eingetretenen Krisen umgehen, stärkt oder schwächt dies den Zusammenhalt und die Adaptabilität an neue Lebensabschnitte und Krisen. Die Funktionsfähigkeit einer Familie kann durch die Überwindung belastender Phasen gesteigert, aber auch geschwächt werden (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1995).

Insgesamt, so kann mit HURRELMANN (1994) zusammengefasst werden, sind die Auseinandersetzungen von Familienmitgliedern mit belastenden Ereignissen und die Wirkungen sozialer Unterstützungen in der empirischen Forschung kaum untersucht. Gesundheitspsychologie und die psychologische Stress- und Bewältigungsforschung sind zu sehr, wie auch das Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996) betont, an einem Individualmodell orientiert. Die Betrachtung von kritischen Lebensereignissen bedarf einer Erweiterung des Fokus` auf mehrgenerationale familiäre Zusammenhänge im Kontext komplexer Copingmodelle.

¹ Beispielsweise erkrankten Witwer und Geschiedene signifikant häufiger an behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störungen (KAISER 1989).

4. Gesundheit und Krankheit als soziales Phänomen

„Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern vorwiegend ein gesellschaftlicher Begriff.“ ERNST BLOCH

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind im Kontext der Wirkungsfelder Gesellschaft, Familie und Individuum zu erfassen. Gesundheit und Krankheit werden, so ist die in diesem Kapitel zu diskutierende These, sozial konstruiert. Um darzulegen, dass das Verständnis des Menschen von Gesundheit und Krankheit schon immer sozial konstruiert war, beginnt dieses Kapitel mit einem historischen Überblick, um dann neuere medizinische, psychologische und soziologische Definitionen von Gesundheit und Krankheit zu erörtern (Kap. 4.2). Anschließend werden Stresstheorien, die von verschiedenen Wissenschaften in den Diskurs eingebracht werden und zu einem integrativen Verständnis zwischen den Wissenschaften beitragen, diskutiert. Im Kapitel 4.4 wird in einem zwischenzeitlichen Fazit die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit zusammengefasst, um anschließend mehrere komplexe systemische Erklärungsansätze von Symptombildungen vorzustellen. Die dann im Kapitel 4.5 vorgestellten systemischen Ansätze bilden grundlegende Bausteine für einen multiperspektivischen Ansatz von Gesundheit und Krankheit.

4.1. Historische Erklärungsansätze von Gesundheit und Krankheit

Heutige Definitionen von Gesundheit und Krankheit gründen sich auf historische Sichtweisen und deren Traditionen und Interessen aus den Blickwinkeln verschiedenster wissenschaftlicher Disziplinen. Daher ist für ein heutiges Verständnis von Gesundheit und Krankheit auch auf frühere Ansätze einzugehen. Eine grundlegende Ausgangshypothese dieses Kapitels ist: Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist immer kulturspezifisch hervorgebracht (GERHARDT 1991), nur so kann eine biologische Störung als eine Verhaltensabweichung, als eine Krankheit oder in magisch religiösen Bezügen erfasst und behandelt werden.

Bereits seit frühen Zeiten sind Krankheiten für den Menschen ontologische Erfahrungen¹. Sogenannte primitive Gesellschaften sahen die Ursachen von Krankheiten in Zauberei, Verletzung von Tabus, dem Eindringen eines fremden Objektes oder eines Geistes oder gar in dem Verlust der Seele an. Krankheit konnte sehr verschieden gedeutet werden, sie war jedoch nie etwas Normales, sondern wurde immer als etwas Abnormales, also jenseits von Menschen, bzw. ihren Göttern gesetzten Normen, verstanden². Den jeweils angeschuldeten Ursachen folgten entsprechende Methoden der Diagnose (z.B. Trance, Träume, Knochenwerfen usw.) und der Therapie (z.B. Gesänge, Gebete, Händeauflegen usw.). Die Erklärungen, die für das Auftreten von Krankheit und Gesundheit, bzw. von Störungen, gegeben wurde, ergaben sich aus dem sozialen und dem religiösen Kontext. Für sogenannte „primitive“ Gesellschaften fasst LABISCH (1992, S. 19) zusammen: *„Das Verhältnis der Menschen zur Natur wird nicht gegenständlich erklärt. Deshalb kann das Verhältnis der Menschen zu ihrem Körper ebenfalls nicht als objektives Verhältnis gedeutet werden. Gleichwohl bleibt Krankheit erklärungsbedürftig.“*

Die religiösen oder metaphysischen Erklärungen³ wurden in der späteren griechischen Antike zunehmend von physiologischen Erklärungen von Gesundheit und die daraus abzuleitende Behandlung von Krankheiten ergänzt. Gesundheit ließ sich nun durch von der Natur abgeleitete Regeln erlangen und bewahren, vorausgesetzt, die Natur des Menschen wurde erkannt. Gesundheit wurde so in eine Ethik eingebunden, die jeweils einer bestimmten philosophischen Schule zugeordnet war. Im Erleben der Menschen gab es bis in das fünfte vorchristliche Jahrhundert hinein kein „Leib-Seele-Problem“, da der Mensch als ein Ganzes, als ein „beseelter Leib“, betrachtet wurde.

PLATON war der Erste, der der Seele eine eigene Wesenseinheit zuschrieb. Insofern beginnt mit ihm die Spaltung in eine körperliche und eine seelische Wesenseinheit und damit die dualistische Betrachtungsweise, die unsere abendlän-

¹ Daher steht Gesundheit seit der Antike bis heute an der Spitze der gesellschaftlichen Wertehierarchie (RIDDER 1988).

² Siehe hierzu LABISCH (1989 und 1992).

³ Siehe LUDEWIG (1995) und LABISCH (1989).

dische Anschauung bis heute stark beeinflusst. Körper und Seele werden erstmals geteilt betrachtet. Diese Aufteilung wurde weitergeführt, indem erstmals auch im Bereich des Körpers Spezialisten hinzugezogen wurden. In seinem Gesellschaftsentwurf entwickelte PLATON diese Gedanken fort. Ärzte wurden für Krankheiten und Heilkunst, also nicht für die Vorsorge, sondern für die Wiederherstellung von Gesundheit als zuständig erklärt. Für PLATON musste nicht nur der Körper, sondern auch die Seele durch „die gute Rede“ mitbehandelt werden. Gesundheit benötigte die Erziehung des Körpers, bzw. wurde durch die „tüchtige Seele“ geschaffen¹.

HIPPOKRATES², der Vertreter einer anderen philosophischen Schule vertrat hingegen ganzheitliche Vorstellungen (vgl. TEEGEN 1987). Er unternahm viele Reisen, auf denen er die Heilsysteme anderer Völker kennenlernte. HIPPOKRATES suchte nach Beziehungen und übergeordneten Aspekten verschiedener Erkrankungen; der Idee der Aufsplitterung setzte er die Idee der Ganzheitlichkeit entgegen. Die Entwicklung von Krankheiten betrachtete er als funktionalen Ausdruck und Vorgang des gesamten Lebenszusammenhanges, einschließlich der Gewohnheiten und Träume des Menschen. Viele Störungen sah HIPPOKRATES als den Versuch einer Selbstheilung des Organismus an, die der Wiederherstellung einer übergeordneten Harmonie dienten.

Zur Zeit der Aufklärung wurde das Problem der Aufspaltung von Körper und Geist auf unterschiedliche Art wieder aufgegriffen: DESCARTES (1596-1450) postulierte zwei getrennte Wesensheiten, die *res cogitans* (das denkende Wesen) und die *res extensa* (die umgebende Welt) (LABISCH 1992, W.C. KRIZ 2000). Beide sah DESCARTES in kausalen Wechselbeziehungen. Der menschliche Leib als Teil der *res extensa* war für ihn eine Maschine, ein Objekt, die den Gesetzen der Mechanik gehorchte. In dieser Leibmaschine steckte die Seele, deren Wesen das Denken sein sollte. Die Verbindung schuf die Zirbeldrüse als Ort der Wechselwirkung; genauer war für ihn die Wechselwirkung nicht zu erklären. Diese Vorstellungen von der Wechselwirkung von Leib und Seele dominierten die dama-

¹ Ausführlicher siehe LABISCH (1992) und TEEGEN (1987).

² Geboren um 460 vor Christus.

aligen üblichen medizinischen Konzepte. DESCARTES Theorie einer Wechselwirkung von Körper und Seele beruhte auf zwei grundlegenden Annahmen: Zum einem nahm er eine strikte Trennung von Subjekt und Objekt und parallel dazu von Körper und Seele an. Zum anderen bezog er in seine Konstruktion von Wechselwirkungen die übergreifende Kraft des Göttlichen ein, die Auseinanderstrebendes versöhnen konnte (vgl. LABISCH 1992). Mit diesem Ansatz wurden die geistigen Rahmenbedingungen für die objektivierenden Naturwissenschaften geschaffen. Logisch blieb diese Konstruktion allerdings unbefriedigend.

Wenige Jahrzehnte später entwickelte LEIBNIZ (1646-1716) seine Parallelitätstheorie. Diese besagte, dass körperliches und seelisches Geschehen miteinander unvereinbar sind und sozusagen parallel nebeneinander ablaufen. LEIBNIZ formulierte: Gott habe die Welt in prästabiler Harmonie geschaffen und bestimmt, dass in ihr Körperliches und Seelisches wie zwei gleich gehende Uhren nebeneinander laufen, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen¹. Die philosophisch metaphysische Frage nach dem Zusammenhang von Körper und Seele wurde bei dieser Theorie ausgespart.

Etwa zeitgleich mit LEIBNIZ entwickelte SPINOZA (1632-1677) seine Theorie. Er nahm an, dass Körperliches und Seelisches zwei verschiedene unabhängige Äußerungsformen der gleichen „Substanz“ sind. Das Leib-Seele Problem löste LEIBNITZ somit im Sinne eines psychophysischen Parallelismus. Er umging so das Problem der Wechselwirkung zwischen Körper und Geist².

DESCARTES Gedanke der Spaltung von Körper und Geist setzte sich während dieser Zeit zunehmend durch. Das Argument der zwei Substanzen ermöglichte den Ärzten, die Seele, die auch als „Gespenst“ im Körper bezeichnet wurde, den Priestern (und später den Psychologen) zu überlassen und damit die ganzheitliche Betrachtungsweise in der Medizin zu eliminieren (LABISCH 1992).

¹ Ähnlich sah dies GEULINXC (1624 -1669) (siehe LABISCH 1992).

² Von Psychosomatikern, so TEEGEN (1987), wird sie heute noch vertreten, wenn z. B. bei dem Gesamtereignis Wut von zwei parallelen Vorgängen ausgegangen wird, nämlich von der seelischen Empfindung Wut und dem physischen „Rotwerden vor Wut“.

Gleichzeitig wuchs der Einfluss von Biologie, Physik¹ und Chemie auf die Medizin und verstärkte so die naturwissenschaftliche Betrachtung des Menschen.

Der ganzheitliche Ansatz der Psychosomatik gewann zu Beginn unseres Jahrhunderts durch die Psychoanalyse von SIGMUND FREUD (1856-1939) neuen Raum. Im Zusammenhang mit seinen Forschungen zur Hysterie beobachtete er die Umwandlung von nicht angemessen verarbeiteten seelischen Erlebnissen (Konflikte genital-sexueller Natur) in Körpersymptome, den von ihm beschriebenen sogenannten Konversionssymptomen. Die Konversion war nach FREUD die Umsetzung der Erregungssumme seelischer Konflikte – Triebenergien - in körperliche, sensorische und motorische Innervationen. Sie fungiert als ein Lösungsversuch und dient dem Zweck der Vermeidung unerträglicher Affekte und Situationen. Neben diesem Konversionsmodell beobachtete und beschrieb FREUD (im Jahre 1895) Körpersymptome wie Schwitzen, Schwindel, Durchfall als Äquivalente eines Angstanfalls (Angstneurose), die er von den Konversionssymptomen abgrenzte. In diese psychoanalytischen Konzepte bezog FREUD das „Unbewußte“ ein, um zu erklären, warum nicht alle Menschen bei ähnlichen Belastungen erkranken.

Auch mit diesem psychoanalytischem Modell lässt sich nicht der eigentliche Prozess der psychosomatischen Umsetzung erklären, da FREUD noch von der obengenannten Parallelitätstheorien geprägt war. Trotz dieser Prägung entwickelte er Konzepte, mit denen er versuchte, diese Grenzlinie zu überschreiten. Die von ihm entwickelten Konzepte - der Konversion und der Angstneurose - wurden zum Ausgangspunkt weiterer theoretischer Entwicklungen:

GEORG GRODDECK (1866-1934), der einen ganzheitlichen Ansatz suchte, übertrug FREUDS Erkenntnisse auf andere Störungen (Folgen eines Unfalls, Infektionen, funktionelle Störungen, Neu- oder Mißbildungen). Er ging davon aus, dass diese Phänomene symbolischer Ausdruck eines verdrängten psychischen Inhalts sind. Die Instanz, die sich auf diese Weise zeigt, nannte GRODDECK das

¹ In zwanzigsten Jahrhundert stieß die Physik in ihren Forschungen in die Grenzbereiche des Materiellen vor.

„Es“. Dieses „Es“ enthält für ihn nicht nur unbewußte psychische Konflikte, sondern umfasst den Begriff der Lebenskraft, die der gesamte Organismus zum Ausdruck seiner Strebungen zur Verfügung hat. Körper und Seele sah er als Erscheinungsformen eines übergeordneten Ganzen.

CARL GUSTAV JUNG (1875-1961) fügte dem fundamentalen Konzept des Unbewußten kosmische und spirituelle Aspekte hinzu. Er wies darauf hin, dass im Unbewußten nicht nur Chaos und Zerstückelung, sondern auch die schöpferischen und heilenden Kräfte zu finden seien. JUNG fand im Unbewußten die Urformen der Götter und Helden (Archetypen), die unverwirklichten Keime der menschlichen Kultur, die sowohl zu Krankheit und Vernichtung, als auch zu Gesundheit und Wiederbelebung führen könnten. JUNG war überzeugt, dass das Unbewußte mit der anorganischen Materie verbunden sei. Diese geahnte Einheitswirklichkeit bezeichnete er als „unus mundus“ (siehe LABISCH 1992), als die eine Welt, in der Seele und Materie nicht unterschieden sind. Den menschlichen Entwicklungsweg, den er als „Individuationsprozess“ kennzeichnete, verstand er als eine Herausarbeitung und Verwirklichung der in der menschlichen Psyche als Anlage vorhandenen „Ganzheit“.

WILHELM REICH (1897-1957) näherte sich der Idee der Ganzheit vor allem von der biologisch-körperlichen Seite. Er beobachtete, dass viele neurotische Störungen ihr körperliches Korrelat in einer muskulären Verspannung („Verpanzerung“) haben. Vor allem nutzte er Massagen und Körperübungen, um den Patienten zu helfen, Verspannungen und Körpersymptome im Zusammenhang mit seelischen Blockaden erfahren zu lassen. REICH benannte Zusammenhänge zwischen chronischem Zurückhalten des Ausatmens und zahlreichen körperlichen Störungen. Für ihn waren körperliche und seelische Störungen zwei Ausdrucksformen eines Prozesses, indem Widerstand gegen das „freie Fließen dieser Energie“ geleistet wird. Die Natur sah er als einen Wirbel fortgesetzter dynamischer Beziehungen, als ein zusammenhängendes Gravitationsfeld ursprünglicher Energie an, die er „Orgon“¹ nannte. In Experimenten versuchte er diese Energie nachzuweisen, bzw. durch ein von ihm entwickeltes Gerät

¹ Wortschöpfung aus den Worten Organismus und Orgasmus.

therapeutisch zu nutzen. Dabei ging er davon aus, dass das Orgon von den Lebewesen eingeatmet und im Blut zu den Zellen des Organismus transportiert wird, um dort seine Wirkung zu entfalten. Dieser zunächst bereichernde Ansatz wies leider immer mehr „mystische“ Anteile auf.

FRANK ALEXANDER, ein Begründer der modernen Psychosomatik, bezog einige Aktualneurosen, die FREUD aus der psychoanalytischen Krankheitslehre ausklammerte, unter dem Namen „Organneurose“, respektive „vegetative Neurose“, ein. Er fasste diese Krankheitsbilder (z. B. Ulcus duodeni, essentielle Hypertonie, Asthma bronchiale, aber auch rein funktionelle Störungen) als eine Form zusammen, die er scharf von den Konversionssymptomen abgrenzte. Nach Ansicht von ALEXANDER entstehen auch die „vegetativen Neurosen“ auf der Grundlage unbewußter Konflikte im Zuge neurotischer Fehlentwicklungen, die dazu führen, dass auf Außenobjekte gerichtete Handlung unterlassen werden. Die emotionalen Spannungen können so nicht abgeführt werden, während die begleitenden vegetativen Veränderungen persistieren. In einem zweiten Schritt könne es dann zu Gewebeveränderungen und irreparablen organischen Erkrankungen kommen. Der physiologischen Reaktion wird hier keinerlei Ausdruckscharakter zugemessen. Im Rahmen seiner weiteren Forschung versuchte ALEXANDER der Frage nach der emotionalen Spezifität der vegetativen Neurosen über die Entwicklung von Persönlichkeitskonflikttypologien nachzugehen, die heute als fraglich bewertet werden.

ALEXANDER MITSCHERLICH entwarf ein Konzept einer „zweiphasigen Verdrängung, bzw. Abwehr“. Er nahm an, dass bei einem psychosomatisch Erkrankenden die neurotische Abwehr unzureichend insuffizient wird und deshalb psychische Konflikte in den Körper verdrängt werden. Dabei ließ er allerdings die Bedingungen offen, die für diese Insuffizienz verantwortlich sind, sprengte aber mit seiner Auslegung des Verdrängungsbegriffs den konzeptionellen Rahmen der psychoanalytischen Metapsychologie. Für MITSCHERLICH besteht vor dem Ausbruch der Krankheit ein Konflikt, der nicht lösbar erscheint, der infantile Fixierungen aktiviert und regressive Tendenzen fördert. Nach der Heilung sei die integrative Leistungsmöglichkeit des Ich gewachsen und es könne realitätsgerechter entscheiden (vgl. MITSCHERLICH 1993, OSTEN 1995). Für Deutsch-

land war MITSCHERLICH wegweisend; 1948 führte die von ihm inspirierte Bewegung zur Gründung der ersten psychosomatischen Klinik in Heidelberg und 1954 zur Gründung der ersten deutschsprachigen Zeitschrift für Psychosomatik.

Zusammenfassung:

Die hier vorgestellte historische Entwicklung der Gesundheits- und Krankheitskonzepte fasst SIGRIST (1996) mit den Begriffen „strukturell“ (Lokalisation des Krankheitsgeschehen in Organen, Gewebe und Zellen) und „funktional“ (Krankheit als Ergebnis eines Ungleichgewichtes zwischen ungünstigen Umgebungseinflüssen und den Anpassungsmöglichkeiten des Organismus) zusammen. Trotz vielfältiger Querverbindungen setzte sich seit dem 18. Jahrhundert der strukturelle Ansatz, vor allem mit dem Sieg der naturwissenschaftlich begründeten Medizin, durch. Dieser Ansatz verdankt seinen Erfolg dem Prinzip des Reduktionismus¹ und dem Prinzip der „mechanistischen Verknüpfung“² (SIGRIST 1996), ähnlich wie es bereits DESCARTES beschrieb. Dieser Siegeszug wird in der modernen Biologie und Genetik fortgesetzt.

Bereits in der Vergangenheit, so zeigt diese kurze historische Betrachtung, wurde die Entstehung von Krankheit sehr unterschiedlich erklärt. Mal wurden Krankheiten als ein soziales, dann wieder als ein magisches, körperliches oder religiöses Phänomen betrachtet. Der Gesundheits- und Krankheitsbegriff folgte hierbei dem aktuellen sozialen Wandel. Im 19. Jahrhundert erreichte das quantifizierende, naturwissenschaftliche Denken einen Höhepunkt. Der Körper, seine Organe und Funktionsweisen rückten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Die Medizin unterwarf sich überwiegend dem Objektivitätspostulat und betrachtete den Menschen nach dem herrschenden, dem mechanischen System. Subjektivität und Emotionalität des Patienten und des Helfers wurden für die herrschende Medizin zu Störfaktoren in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit.

¹ Der Reduktionismus geht davon aus, dass die „Wahrheit“ entdeckt wird, indem komplexe, sichtbare Systeme auf ihre zugrundeliegenden, unsichtbaren Komponenten reduziert werden.

² Die Übertragung der Gesetze der klassischen Physik auf die Analyse lebender Organismen.

4.2 Neuere Gesundheits- und Krankheitskonzepte

„Wenn es nur eine einzige Wahrheit gäbe, könnte man nicht hundert Bilder über dasselbe Thema malen.“ PABLO PICASSO

Die parallele Entwicklung von einerseits mechanistischen, linearen, monodisziplinären Modellen und andererseits ganzheitlichen, integrativen, interdisziplinären Modellen von Gesundheit und Krankheit setzt sich, wie der folgende Überblick über medizinische, psychologische und soziologische Konzepte¹ der letzten Jahrzehnte zeigt, fort.

Frühe psychoanalytische Ansätze verstanden, wie im vorigen Kapitel ausgeführt, psychosomatische Erkrankungen als Ausdruck eines konflikthaften Erlebens, als Indikator eines Mangelerlebens und als Begleiterkrankung somatischer, präpsychotischer und psychotischer Erkrankungen. Auch wenn der frühen psychoanalytischen Bewegung sicherlich bewußt war, dass soziale Faktoren entscheidend einwirken, fehlte jedoch eine explizite Erörterung² dieser Faktoren. Die Konzepte von VIKTOR VON WEIZSÄCKER, JAKOB und THURE VON UEXKÜLL, auf die im Folgenden eingegangen wird, gehen bei der Integration von sozialen Faktoren in ein umfassendes Konzept einen Schritt weiter.

Eine Fortführung der Identitätstheorie SPINOZAS legte VIKTOR VON WEIZSÄCKER (1986³) mit seiner Gestaltkreislehre vor. VON WEIZSÄCKER setzt mit der Dimension des Personellen die Einführung des Subjekts in die Krankheitslehre fort. Einen Schwerpunkt legte er auf die „innere Lebensgeschichte“ als Mittel zum Verständnis der Reaktionsweise des Subjekts in einer Krise. VON WEIZSÄCKER geht in der erkenntnistheoretischen Basis seines Ansatzes davon aus, dass wir Leben bereits als Lebende vorfinden, es entsteht nicht, sondern es ist schon da, „es fängt nicht an, denn es hat schon

¹Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch „neue“ Konzepte Konstruktionen sind und keine realen Sachverhalte (die Karte ist nicht mit der Landschaft zu verwechseln).

² Am Beispiel der erwähnten Alexithymie läßt sich darstellen, wie in verschiedenen Konzepten die Bedeutung sozialer Faktoren zwar gesehen wird, aber nicht genügend in theoretische und praktische Konzept eingebunden wird.

³ VON WEIZSÄCKER (1986, erste Ausgabe 1940).

angefangen“. Eine reine und „objektive“, vom Betrachter losgelöste Erforschung bestimmter physiologischer Faktoren ist unmöglich, sondern schon mit der Auswahl eines bestimmten Beobachterstandpunktes wird das Untersuchungsergebnis beeinflusst.

VON WEIZSÄCKER postulierte den sogenannten hermeneutischen Zirkel, in den der Forscher eindringen muss, um sein Objekt erkennen und verstehen zu können. Dieser Zirkel (vom Teil zum Ganzen sowie vom „Objekt“ zum „Subjekt“ und retour) wirkt auch verändernd auf den Forscher und sein Objekt. Der Autor forderte eine existentielle Teilhabe des Arztes und Forschers am Lebens- und Krankheitsprozess seines Patienten. Nur so sei Erkenntnis im Bereich des Lebendigen möglich. Für VON WEIZSÄCKER gab es keine noch so „körperlich imponierende Erkrankung“, bei der eine nur naturwissenschaftliche Betrachtungsweise gerechtfertigt sei. Immer erkrankt ein Subjekt, an dem zwar Somatisches und damit auch „Objektives“ diagnostiziert werden kann. Krankheit bedarf aufgrund seiner Subjekthaftigkeit, neben einer naturwissenschaftlichen, immer auch einer kulturwissenschaftlichen Erforschung und Betrachtung. VON WEIZSÄCKER verstand Organkrankheiten als ein Äquivalent eines psychosozialen Konfliktes in einer existentiellen Krise des Patienten. Einer solchen biografisch, anthropologisch konzipierten Medizin kam die Aufgabe zu, Krisen und defizitär gelebte Leben der Patienten zu erkennen, die Erkrankung als leiblich-seelisches Phänomen zu verstehen und in den Lebens- und Werdensprozess, einschließlich der sozialen Umwelt einzuordnen. VON WEIZSÄCKER betonte den Stellenwert sozialer Beziehungen. *„Die Krankheit liegt zwischen den Menschen, ist eine ihrer Verhältnisse und ihrer Begegnungsarten. Hier beginnt anthropologische Medizin.“* (VON WEIZSÄCKER 1953, zitiert nach RATTNER u. DANZER 1997, S. 67).

VON WEIZSÄCKERS Subjektbegriff nahm Bezug auf einen Menschen, der in seinen Krankheiten durch seine Geschichtlichkeit, Sozialität und Finalität bestimmt ist. Er beschrieb ein komplementäres Verhältnis zwischen Körper und Seele, der Leib stellt die Seele dar und die Seele den Leib. Das Wichtigste in diesem Wechselspiel ist, dass sie einander vertreten. Krankheit ist das Herausfallen aus der Wahrhaftigkeit, ein Riß in der Verwirklichung des „richtigen Lebens“. Wenn Krankheit zwischen den Menschen liegt, liegt sie auch zwischen

Arzt und Patient und stellt somit die Frage nach der "Wahrhaftigkeit", der "Solidarität" und der "Verantwortung" des Helfers (VON WEIZSÄCKER 1940). Dieser soziale Krankheitsbegriff bezieht die ganz persönliche Sinnfrage des menschlichen Lebens, bis hin zu religiösen Erfahrungen, ein. VON WEIZSÄCKER sah es als die Aufgabe des Arztes an, die jeweilige Lebenskrise, die der Mensch oftmals mittels körperlicher Erkrankung zum Ausdruck bringt, aufzudecken. Dazu gehört es, den in der dunklen Tiefen einer „Körperzelle verborgenen Sinn“ und den Bedeutungsgehalt somatischer Prozesse zu erkennen.

Für RATTNER und DANZER (1997) gehört VON WEIZSÄCKER zu den sogenannten „Aspektualisten“. Hierunter verstehen sie Forscher, die das Leib-Seele-Problem lösen wollen, indem sie vorschlagen, den Menschen als eine „Ganzheit“ zu begreifen, an der zwar unterschiedliche Aspekte (Materielles, Seelisches und Geistiges) wahrgenommen, nicht aber voneinander getrennt werden können. Je nach Position und Blickwinkel des Helfers bleibt entweder der seelische oder der körperliche Aspekt im jeweiligen Moment im Hintergrund, aber ebenso aktiv, wie sein vordergründiges Pendant¹.

Die Bedeutung des Ansatzes von VON WEIZSÄCKERS liegt in der Betonung der sozialen Dimensionen der Krankheit bereits vor dem Entstehen einer sozialen Medizin oder einer medizinischen Soziologie. Seine medizinische Anthropologie schloß Sinnfragen mit ein. VON WEIZSÄCKER verstand die psychosomatische Sichtweise nicht als ein Spezialfach der Medizin, sondern als eine revolutionäre Änderung. Seine Auseinandersetzung mit FREUD führte zu einem eigenständigen Entwurf, der bis heute als anthropologische Medizin oder als Einführung des Subjekts in die Medizin mit VON WEIZSÄCKER verbunden ist. Kritisch ist anzumerken, dass dieser Entwurf oft schillernde und schwer konkretisierbare Begriffe benutzt, die der Sache nicht immer förderlich sind. Wenn VON WEIZSÄCKER äußert, dass jede Erkrankung unbewußte Schuld enthält, rückt sein Krankheitsbegriff in die Nähe einer alten theologischen Überlegung, in der Krankheit als Schuld interpretiert wird und so neue gefährliche Mythen schafft.

¹Die Gestaltpsychologie beschreibt diesen Sachverhalt mit dem Konstrukt des Figur- und Hintergrundprinzips.

Etwa zeitgleich mit VON WEIZSÄCKER entwarf JAKOB VON UEXKÜLL¹ sein Konzept des „Funktionskreises“. Das Lebewesen (Subjekt) prägt im Modell des Funktionskreises seiner Umgebung durch „Merken“ ein „Merkmal“ auf und definiert, bzw. „erschafft“ damit ein Objekt. Dadurch wird ein Verhalten des Subjekts in Gang gesetzt, das dem Objekt hierdurch ein „Wirkmal“ aufprägt, welches das „Merkmal“ auslöscht oder verändert. Mit dem Begriff „Bedeutungserteilung“ wird die Umwandlung neutraler Umgebungsfaktoren in Bestandteile der subjektiven Umwelt bezeichnet. Der Begriff „Bedeutungsverwertung“ bezeichnet deren Assimilation. Schließlich bekommen die Begriffe „Subjekt“ und „Objekt“ als biologische Phänomene einen neuen Inhalt: Sie bezeichnen Elemente einer Einheit, in der ein primär aktives System „selbst“ eine Beziehung zu seiner Umgebung aufbaut. Dieses biopsychosoziale Modell ist eine Weiterentwicklung einer frühen Version des Regelkreismodells von JAKOB VON UEXKÜLL, indem Vorgänge auf vegetativer Ebene beschrieben wurden.

THURE VON UEXKÜLL (1996) entwickelte die Konzepte von JAKOB VON UEXKÜLL fort und nahm dabei Erkenntnisse HEINZ VON FOERSTERS auf. Wie dieser geht er davon aus, dass im Modell der „nicht-trivialen Maschine“² der „innere Zustand der Maschine“ entscheidend ist; sie lernt aus Erfahrung und erkennt, dass auf den gleichen „Input“³ nicht immer der gleiche „Output“ erfolgt. Die „nicht-triviale Maschine“ wird so mit jedem Arbeitsgang zu einer anderen Maschine. Somit tritt mit dem Modell der nicht-trivialen Maschine das Problem der Identität auf.

In den letzten Jahrzehnten prägte die World Health Organisation (WHO) grundlegend die heutigen Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Die sozial konstruierten Beschreibungen von Krankheiten hat die WHO in Diagnoseschlüsseln (ICD-Nummern, siehe DILLING u.a. 1991) festgelegt⁴. Die WHO

¹ Auf eine Grundlage dieses Modells, die Zeichentheorie, wurde bereits im Kapitel 1.3: „Eine übergreifende Theorie der Zeichen“ eingegangen.

² Siehe das Kapitel 2.1.2: „Triviale und nicht-triviale Systeme“.

³ Statt von Input spricht THURE VON UEXKÜLL von Wahrnehmung oder von Informationen über die Umgebung.

⁴ Ein Problem von Diagnoseschlüsseln ist, dass das, was in einer Gesellschaft als krank gilt, in einer anderen noch längst nicht als krank angesehen wird. Essstörungen sind hierfür ein gutes Beispiel.

definierte Gesundheit 1964 als den Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als ein Freisein von Krankheit und Gebrechen¹. Mit diesem Begriff wird ein Konglomerat persönlicher Inhalte und körperlicher, psychischer und sozialer Befindlichkeiten bezeichnet. Wohlbefinden ist kein medizinischer Begriff. Mit dem Begriff des völligem Wohlbefindens kann wohl versucht werden, Glück zu definieren. Dieser hehre Anspruch eines völligen Wohlbefindens ist nicht erfüllbar, die Realität sieht anders aus.

Die Verständnismodelle von Gesundheit und Krankheit werden üblicherweise in medizinische, psychologische und soziologische Erklärungsansätze differenziert. Schlaglichtartig sollen diese Erklärungsansätze im Folgenden beleuchtet werden, um dann diese Ansätze in integrativen Modellen zusammenzuführen.

In klassischen, auch heute noch weit verbreiteten, **medizinischen Erklärungsmodellen** wird angenommen, dass eine Gesundheitsbeeinträchtigung eine spezifische Ursache hat, die sich durch eine bestimmte Schädigung im Organismus identifizieren lässt. Jede Gesundheitsbeeinträchtigung weist typische Zeichen, Symptome, auf, die als Indikatoren für nicht-normale Funktionsweisen interpretiert werden. Dieses lineare, „triviale“ Denken führt dazu, psychosomatische Rückwirkungen, subjektive, interaktionelle und transaktionelle Prozesse zu wenig zu berücksichtigen. Klassische medizinische Erklärungsmodelle unterscheiden zudem nur zwischen „gesund“ und „krank, sie kennen keine „Zwischenkategorien“ (HURRELMANN 2000).

Klassische „objektivistische“ Erklärungsmodelle der Medizin gehen davon aus, dass jede Gesundheitsbeeinträchtigung eine spezifische Ursache hat, die sich durch eine bestimmte Schädigung im Organismus identifizieren lässt. Aus medizinischer Sicht sind, so BARALDI u.a., *„die Gesunden nur als nicht-krank (oder nicht-mehr-krank) relevant oder als Personen, die unter noch nicht diagnostizierten Krankheiten leiden.“* (1999, S. 116) Besonders Ärzte konzen-

¹ Zu unterstützen ist bei dieser Definition die Absicht der WHO, Gesundheit aus den engen Bezügen des medizinischen Versorgungssystems zu lösen und statt immer mehr in die Bekämpfung von Krankheiten zu investieren, die Gesundheitspotentiale der Bevölkerung zu stärken (HURRELMANN 2000).

trieren sich primär auf Krankheiten¹ und nicht etwa auf den Erhalt von Gesundheit. Durch die Zentrierung auf den Krankheitsbegriff schaffen wir eine bestimmte Realität, einen Interpretationszusammenhang, der dem Begriff Krankheit eine herausragende, spezifische Bedeutung verschafft. Zum Begriff der Krankheit führt KREMER aus: *„Seine Ausrichtung ist negativistisch, er ist Ausdruck einer negativen Einstellung. Als Individuum leben wir in einer Realität, die so strukturiert ist, dass wir lernen, Krankheit zu vermeiden ohne Gesundheit zu suchen. Diese Einstellung – BATESON nennt es ‚Lernen II‘, das Lernen von Kontexten – wird im Rahmen selbstvalidierender Zirkel wieder und wieder bekräftigt und ist nur schwer zu löschen.“* (1982, S. 23) Diese zirkulären Wirkungen des Krankheitsbegriffes stellen somit sein eigentliches Problem dar, da kaum noch die Rückwirkungen auf die sozialen Kontexte und subjektive, interaktionelle und transaktionelle Prozesse berücksichtigt werden können.

Neuere medizinische Ansätze beziehen in einem unterschiedlichen Ausmaß psychologische und soziologische Erklärungsmodelle ein. Solche Ansätze nehmen für eine Schädigung des Körpers in erster Linie nicht eine chronische Noxe, einen Erreger oder Stress² an, sondern sehen Krankheiten als Folge von nicht gelungenen Adaptionen des Organismus auf multifaktorielle Belastungen an³. Kritisch ist anzumerken, dass auch diese medizinischen Modelle zu wenig subjektive Eigendefinitionen von Gesundheit berücksichtigen. Weiterhin wird die zentrale Überlegung, Gesundheit als Ausdruck umfassender Lebenskompetenz zu verstehen, vernachlässigt.

In der Industriegesellschaft, die vorwiegend in den Kategorien Erwerbs- und Arbeitsgesellschaft operiert, bestimmt vorrangig das Medizinsystem die Definition von Gesundheit und Krankheit mit den Kriterien Leistungsfähigkeit und allgemeine Funktionsfähigkeit. Damit wird Gesundheit maßgeblich mit Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt. Entsprechend definiert der Gesetzgeber im § 182 der Reichsversicherungsordnung (RVO) Krankheit wie folgt: *„Krankheit ist ein regel-*

¹ *„Das Medizinsystem operiert nur, wenn jemand krank ist.“* (BARALD u.a. 1999, S. 116)

² In diesem Zusammenhang verweist HURRELMANN (1994) auf Konzepte von KAGAN und LEVI (1975), LEVI (1981) und ANTONOVSKY (1979).

³ Auf Erklärungsmodelle, die „Stress“ in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung stellen, gehe ich im nächsten Kapitel ein.

widriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung und/oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ Ähnlich definiert der Rentenversicherungsträger (BfA) in einem Leitfaden (1997) für den ärztlichen (medizinischen) Rehabilitations-Entlassungsbericht (S. 1): „*Krankheit ist ein regelwidriger, geistiger, körperlicher oder seelischer Zustand.*“ Krankheit wird im Rahmen dieses medizinischen (somatischen) Modells als eine regelwidrige Normabweichung definiert, wobei die Normerfüllung im Reha-Entlassungsbericht an der Arbeitsfähigkeit gemessen wird. Dieser an Funktionalität, Arbeitsfähigkeit und Normalität gebundene Gesundheitsbegriff verleiht der Medizin, neben der Definitionsmacht, die Macht der unmittelbaren sozialen Kontrolle¹. Der Einzelne wird in die Pflicht² genommen, so zu leben, dass gesundheitliche Gefährdungen reduziert werden.

In klassischen **psychoanalytischen Erklärungen** zur Entstehung von Krankheiten und psychischen Auffälligkeiten wird von angeborenen oder im frühkindlichen Entwicklungsprozess erworbenen Störungen in der Abstimmung und Koordination von Bedürfnissen und Emotionen und den daraus resultierenden Fehlfunktionen ausgegangen. Der Hintergrund für Störungen wird in der Regel in nicht gelösten Konflikten, insbesondere in der frühen Mutter-Kind-Beziehung, gesehen. Eine typische psychoanalytische Beschreibung könnte wie folgt aussehen: Ausgehend von der prägenitalen Reifestörung, sowie den verknüpften Abhängigkeits- und Unabhängigkeitskonflikten steht am Beginn der Erkrankung ein Objektverlust mit einer Kränkung und Aggressionsabwehr. Aufgrund des Defizits an psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten stellt der Objektverlust eine zentrale Bedrohung dar, die zu einer psychosomatischen Symptombildung führt. So ist Krankheit ein (zeitweiliger) Zusammenbruch der psychischen Regulation oder ein Schutz (Abwehr) vor einer psychischen Dekompensation. In der lerntheoretischen Variante psychologischer Erklärungsmuster wird von einem falschen „Lernprozess“ ausgegangen (Reiz - Reaktionsmodell, Modellernen u.a.).

An diesen psychologischen Erklärungsansätzen ist zu kritisieren, dass sie sich in

¹ Diese Definition dient oftmals vorrangig der Klärung, wer der Kostenträger einer Maßnahme ist und damit der Verwirklichung sozialrechtlich zugestander Hilfen.

² Die sogenannten Mitwirkungspflichten regelt das Sozialgesetzbuch.

ihrem Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu sehr an der Bekämpfung der sogenannten psychosomatischen Erkrankungen ausrichten und zu wenig soziokulturelle, strukturelle und ökonomische Faktoren berücksichtigen. TEEGEN (1983) erweitert daher psychologische Erklärungsmodelle zu einem „ganzheitlichen“ psychosomatischen Ansatz¹. Für sie ist der Mensch mehr als nur ein körperliches System, er ist ein ganzheitliches Wesen mit körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Dimensionen, die ineinandergreifen und sich gegenseitig beeinflussen. Störungen im emotionalen Bereich, ungünstige Lebensbedingungen und als belastend empfundene soziale Umstände schwächen die Abwehrkräfte des Organismus und begünstigen somit körperliche Krankheiten.

Ein Blick in die neuere Geschichte der **Soziologie** zeigt den Verständniswandel von Gesundheit und Krankheit in dieser Wissenschaft². Die Soziologie beschäftigte sich erstmals zu Beginn der fünfziger Jahre mit größerer Intensität mit der Erörterung des Themas Krankheit. Zunächst interessierte die Frage, inwieweit die Kernfamilie zur Entstehung von Krankheiten beiträgt. PARSONS³ beschäftigte sich Anfang der fünfziger Jahre mit der Rolle des Kranken. Er beschrieb parallel zur Arztrolle eine strukturell verfestigte, gesellschaftliche Sonderposition für Kranke und führte Gründe für jedes Familienmitglied auf, sich mittels Krankheit den Widersprüchen und Spannungen der jeweiligen Position zumindest zeitweise zu entziehen. Für PARSONS⁴ beeinträchtigte die „Verwöhnung“ des Kranken innerhalb der Familie die Bereitschaft des Patienten wieder gesund zu werden. Daher fand PARSONS eine Isolierung der Kranken von ihren Familien als unerlässlich. Er formulierte, so GERHARD (1989), im wesentlichen zwei Begründungen für die Verlagerung der Krankensorge von der Familie auf die Medizin und ihre Institutionen. Erstens entstehe Krankheit (auch) in der Familie und zweitens sei die Familie unfähig, Verlängerung und Ausnutzung des Krankseins ihrer Mitglieder zu verhindern. Für diesen Sachverhalt verwendete er

¹ Die Esoterik nimmt Teile dieser psychosomatischen (und anderer) Ansätze auf und verbindet sie mit mystischen Vorstellungen. Krankheit wird in der Esoterik als ein Verlassen einer Harmonie, bzw. als Infragestellung einer bisher ausbalancierten Ordnung, verstanden. Die Störung der Harmonie wird auf der Körperebene als Symptom sichtbar und erlebbar (siehe TEEGEN 1983).

² Einen Überblick geben HURRELMANN (2000) und BADURA u. STROTHOLZ (1998).

³ Siehe hierzu GERHARDT (1989).

⁴ Zur Kritik an PARSONS siehe SCHNABEL (1988) und HURRELMANN (2000).

den Begriff der „bio-psychischen Ansteckung“ und FREUDS Begriff des „sekundären Krankheitsgewinns“. PARSONS zog die psychoanalytische Theorie der vierziger Jahre mit der Übernahme der Figur der sogenannten „schizophrenogenen Mutter“, unter der eine überfürsorgliche Mutter in einer symbiotischen Diade verstanden wurde, in seine Theorie ein. Körperliche Gesundheit war für PARSONS der Zustand optimaler Fähigkeit zur Erfüllung von gesellschaftlich wertvoll gehaltenen Aufgaben. Krankheit war demnach definiert als eine Störung der Leistungsfähigkeit für die (normalerweise zu erwartende) Erfüllung von Aufgaben und nach dieser Konzeption eine spezifische Form abweichenden Verhaltens (HURRELMANN 1994, 2000).

PARSONS Ansatz kennt, wie klassische medizinische Ansätze, kein Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit, sondern nur klare Rollenabgrenzungen. Er stellt eine kausale, mechanistische Verbindung von gesellschaftlichen Anforderungen und individuellem Verhalten her. In seiner Theorie hat das vorhandene oder fehlende psychische und physische subjektive Wohlbefinden keinen besonderen Stellenwert.

Aus soziologischer Sicht fasst GERHARD (1989) für die sechziger und siebziger Jahre zusammen, dass bei Ausfall, Versagen, Rückzug oder Abbau außerfamiliärer Institutionen der Krankenfürsorge mehr Verantwortung und Arbeit von den Familien für die Kranken übernommen wurde. Dies ist eine Form von Coping, die einerseits andere Institutionen entlastete, andererseits spiegelte es die gesellschaftliche Verpflichtung der Familie als Institution zur Krisenbewältigung wider. GERHARDT betont zwei Aspekte: Zum einen war der Zugang der medizinischen Versorgung familiär gesteuert und überwacht, zum anderen wurde die tagtägliche Versorgung des Kranken, außer bei Krankenhaus und Pflegeheimaufnahmen, nach wie vor von der Familie geleistet. Dies ermöglichte den Familien, eine Form zu finden, sich weiterhin als normale Familie zu begreifen, auch wenn durch einen chronisch Kranken oder Behinderten ein Anlass für Beziehungs- oder Strukturpathologien bestand.

„*Gesellschaft macht krank.*“ Auf diese einfache Formel, so BADURA u. STRODT-HOLZ (1998, S. 146), lassen sich zahlreiche sozialwissenschaftliche Erkennt-

nisse Jahre über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und psychischem Befinden reduzieren. Die Autoren verweisen u.a. auf ELIAS (1976), der von den spezifischen Zivilisationsnöten sprach, deren Ursache er vorwiegend in der Familie, als die „*primäre und vorherrschende Produktionsstätte des Triebverzichts*“ (ELIAS 1976,I, S. 186, siehe hierzu BADURA u. STRODTOLZ 1998), verortete. Für eine gegensätzliche Position steht DURKHEIM (1973). DURKHEIM begründete in der Soziologie die Tradition, Gesellschaft aus einem eher gesundheitsförderlichen Blickwinkel zu betrachten¹. Für ihn sind soziale Beziehungen, insbesondere familiäre, wesentliche Quellen sozialer Integration, die den einzelnen vor Ungewißheit, Unsicherheit und Isolation schützen und dazu beitragen die Erwartungen der Gesellschaft mit den Bedürfnissen des Menschen in Einklang zu bringen. DURKHEIM wurde so zum intellektuellen Wegbereiter für den Begründer der sozialen Unterstützungstheorie ANTONOVSKY.

Soziologische Ansätze¹ zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit bemühten sich, das in den sechziger und siebziger Jahren dominierende, enge funktionalistische Konzept von PARSONS zu überwinden. Die Perspektive der kritischen Theorie wandte sich der Frage zu, wie eine familiäre Förderung und eine angemessene Individuation sozialisationstheoretisch zu denken ist. Die Familie beschreibt J. HABERMAS (1981) als ein (eventuell pathogenes) System, innerhalb dessen sich die Persönlichkeitsstruktur des einzelnen bildet. HABERMAS übernimmt neopsychoanalytische Ansätze, um darzustellen, wie in der repressiven Gesellschaft psychiatrisch auffällige Verhaltensweisen aus strukturellen Zwängen in der Herkunftsfamilie resultieren können. Dabei entspricht für HABERMAS die Pathologie des Einzelnen, der des sozialen Systems. Die von der Gesellschaft vorgeschriebenen Rollenerwartungen formen den „Zwangscharakter“. Dieser „Zwangscharakter“ wird, ebenso wie der „Terror des Rollenhandelns“ (HABERMAS 1981) in einer anonymen, arbeitsteiligen und hoch komplexen Gesellschaft als ein großer Risikofaktor für die Gesundheit angesehen. Die Vielzahl und die Unvereinbarkeit der Rollenerwartungen überfordert die Anpassungsfähigkeit vieler Menschen. Um den in den

¹ BADURA und STRODTOLZ fassen diese Position in dem Slogan „*Gesellschaft macht nicht krank, sondern erhält gesund*“ (a.a.O., S. 147) zusammen.

Sozialstrukturen angelegten Risiken für die gesundheitliche Entwicklung zu entgehen, müssen auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene Potentiale erschlossen werden, um Menschen nicht nur rational, sondern auch emotional und expressiv kommunikations- und handlungsfähig zu machen (siehe HURRELMANN 2000).

Während PARSONS in seinem Krankheitsmodell noch von der vollständigen Zwei-Generationen-Familie ausging, erweitert die systemische Familientherapie das Zweigenerationenmodell. Unbewußte elterliche Rollenerwartungen finden Eingang in die Konzepte. Die Familie wird als Mehr-Generationen-Verband aller Lebenden und evtl. auch der Verstorbenen verstanden, wobei das „kranke“ bzw. das zum Patienten werdende Familienmitglied (Symptomträger) als aktiv teilnehmend am (pathogenen) Familiengeschehen einbezogen wird. Diese Sichtweise wird in der Familientherapie insbesondere von MINUCHIN u.a. (1981), SPERLING (1988) und SELVINI-PALAZZOLI (1984) vertreten und wandelte sich über die Einbeziehung psychoanalytischer Ansätze (z.B. RICHTER und STIERLIN) zu einer der Kybernetik und dem Konstruktivismus verpflichteten Systemtheorie².

Sozialwissenschaftliche Fragestellungen suchen nach den Zusammenhängen zwischen Gesellschaft, Gesundheit und Krankheit. Epidemiologische Untersuchungsergebnisse belegen die Einflüsse der ökonomischen und sozialen Lebenslage auf die Entstehung von Krankheiten³ (siehe HURRELMANN 1998) und weisen so auf die Abhängigkeit der Erkrankungshäufigkeit im Arbeitsbereich von der Stellung im gesellschaftlichen Produktionsprozess (z.B. der Beziehung zwischen Leistung und Belohnung, den ergonomischen Arbeitsbedingungen, der Art der Tätigkeit, von Stress und anderen Faktoren) hin. Zumindest ebenso belastend ist Arbeitslosigkeit. Sie ist als ein kritisches Lebensereignis zu bewerten, das durch die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles, des sozialen Status und des geringen Einkommens zu erheblichen gesundheitlichen

¹ Einen Überblick über Interaktions- und Sozialstrukturtheorien gibt HURRELMANN (2000).

² Leider fand diese systemische Familienauffassung, hierauf verweist GERHARDT (1989), wenig Anerkennung in der soziologischen Krankheitsdiskussion.

³ HURRELMANN (1998, 2000) gibt einen exemplarischen Überblick über den Einfluss der ökonomischen und sozialen Lebenslage auf die Gesundheit.

Beeinträchtigungen führen kann. Als ein weiterer Aspekt ist der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit relevant.

Soziologische Ansätze erkennen zunehmend an, dass den körperlichen und psychischen Merkmalen innerhalb soziologischer Betrachtungen eine große Bedeutung zukommt (vgl. HURRELMANN 1991, 2000). Nennenswerter Erkenntnisfortschritt ist vor allem durch eine die Wissenschaftsdisziplinen überschreitende Kooperation zu erzielen (sowohl innerhalb der Sozialwissenschaften, als auch zwischen den Sozial- und Naturwissenschaften). Brücken zwischen diesen Wissenschaften bauen insbesondere die Systemtheorien, die Semiotik, die Sozialarbeitswissenschaften, die Stresstheorien, Public-Health-Theorien, die Sozialisations- und Familienforschung, die Neurobiologie und insbesondere die Gesundheitswissenschaft.

Die **Gesundheitswissenschaft**, als eine neuere Wissenschaft, legt in ihrem interdisziplinären Entwurf bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit einen Schwerpunkt auf die sozialen, sozialisatorischen und sozialstrukturellen Bedingungen. Den gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen kommt die Aufgabe zu, das „vergesellschaftete Subjekt“ (GERHARDT 1991) im Schnittpunkt physischer, psychischer und sozialer Faktoren zu untersuchen. Gesundheitswissenschaftler, wie GERHARDT (1991) und HURRELMANN (1994, 1998, 2000), gehen von der Erkenntnis aus, dass die reflexive Beziehung des Menschen zu den existentiellen Lebensbedingungen seines Körpers, seinen Bedürfnissen, Motiven und Interessen unter den heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen nur schwer herzustellen und aufrechterhalten ist¹. Für ein solch umfassendes Gesundheitskonzept bietet der Ansatz der Salutogenese von ANTONOVSKY (1979) eine Grundlage.

ANTONOVSKY beschäftigte sich mit der Frage nach den sozialen Voraussetzungen gelungener (salutogener) Anpassung an eine potentiell riskante

¹ HURRELMANN (1994) sieht durch den zunehmenden Prozess der Entinstitutionalisierung von Lebensübergängen bei Enttraditionalisierung von Werten und Normen, sowie der Entsinnlichung von alltäglichen Lebenserfahrungen durch Mediatisierung (Massenmedien, EDV) erhebliche Anforderungen an die Koordination und Steuerung des eigenen Handelns.

Umwelt. Ein wichtiges Ergebnis seiner Untersuchungen ist, dass es nicht so sehr auf den Stressreiz an sich ankommt, sondern auf die Bewertung des Stresses. Deshalb mündet oft anhaltende Frustration in das Dauersyndrom der Demoralisierung¹. Hier zeigen Untersuchungen, je ausgeprägter das Demoralisierungsgefühl, desto geringer ist das Kohärenzgefühl entwickelt (siehe BASTIAN 2000)².

PETZOLD (1993) legt im Rahmen seines integrativen Ansatzes mehrere sehr komplexe „**Integrative Modelle**“ der Pathogenese vor. Krankheit³ bildet sich nach PETZOLD (1993), wenn einzelne oder mehrere der folgenden Faktoren auftreten:

- Eine genetisch disponierte Vulnerabilität,
- pathogene Stimulierungen (Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte), die auf die Persönlichkeit, die altersspezifischen Copingfähigkeiten und das Kompetenzerleben wirken,
- das Fehlen protektiver Faktoren,
- das Vorliegen internaler Negativkonzepte,
- Negativkarrieren mit kontinuierlich wirkenden Noxen zu akkumulativen Schädigungen in kranken sozialen Netzwerken führen und
- auslösende Akturfaktoren zu einer massiven Überlastung führen.

Die vielfältigen prädisponierenden Einflüsse sorgen für zeittextendierte, multifaktorielle Be- bzw. Überlastungen der Lebenskarriere. Einfluß auf die Entstehung von Krankheiten nehmen zudem diverse pathogene und ungeklärte Faktoren (Drogenkonsum, chronische Intoxikationen, ökologische Einwirkungen, Vererbung⁴ u. a.), die bei einer umfassenden Definition von Gesundheit⁵ und Krankheit

¹ Im „Demoralisierungssyndrom“ sieht ein Mensch keinen Sinn mehr darin, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Ähnliche Auswirkungen hat das sogenannte „Burn-out Syndrom“.

² Ausführlicher wird die Salutogenese im folgenden Kapitel (4.3: „Der Blickwinkel der Stresstheorien“) behandelt.

³ Gemeint sind wohl Krankheiten im psychosozialen Bereich und nicht Krankheiten, wie z.B. Infektionen.

⁴ Vererbt werden kann beispielsweise eine besondere Begabung oder eine empfindliche Haut.

⁵ Ebenfalls sehr umfassend definiert PETZOLD (1993, S. 553) Gesundheit. Auch diese Definition stellt sehr hohe Ansprüche an den Menschen. Gesundheit ist für PETZOLD eine subjektiv erlebte, bewertete, sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibesubjektes und seiner Lebenswelt. „*Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst ganzheitlich und*

zu berücksichtigen sind. Wie stark diese Faktoren bestimmend werden, hängt davon ab, wie der jeweilige Mensch von seiner Umwelt wahr- und aufgenommen wird und wie er selbst diese Faktoren in Korrespondenz mit seiner Umwelt bewertet. Krankheiten eines Individuums sind auch Ausdruck pathogener Lebensverhältnisse, kranker sozialer Netzwerke, bzw. prävalent pathogener Milieus. Lebensweltliche Beeinträchtigungen begreift PETZOLD (1993) als sogenannte „Widerfahrnisse“, wie z.B. Armut, Hunger, Krieg, eine chronisch überforderte Mutter, der niedrige Bildungsstand der Eltern und andere Faktoren¹ der Lebensumwelt.

Zusammenfassung:

Im Alltag und in der Wissenschaft lassen sich Gesundheit und Krankheit² nicht eindeutig definieren. Alle Definitionsversuche sind soziale Konstruktionen eines Beobachters, die sich jeweils auf ein unterschiedliches Menschenbild und eine spezifische Sichtweise gründen. Neuere medizinische, psychologische und soziologische Ansätze verstehen die Entwicklung von Krankheiten als ein multifaktorielles Phänomen. Die Überwindung der positivistischen Erkenntnislehre und ihres Dualismus führt bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit vermehrt zu einer „konstruktivistischen Wende“ (WIRSCHING, HUBER, VON UEXKÜLL 2000). Neuere Erkenntnisse der Sozialepidemiologie,

differenziell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt.“

¹ Wissenschaftlich sind diese Faktoren schwer zu erfassen, so kann z.B. im Einzelfall nicht beurteilt werden, ob eine unterstützende Verwandte oder Nachbarin in der Lage ist, solche negativen Faktoren zu kompensieren.

² Krankheit gehört zu unserem Leben ebenso wie Schmerzen und Tod. Viele Menschen empfinden Krankheit erst dann in einer gespürten leib-seelischen Befindlichkeit, wenn es „weh tut“ oder wenn eine Krankheit von jemandem, in der Regel vom Arzt oder von kulturellen Kontexten definiert wird. Als Individuum versuchen wir Krankheit zu vermeiden. Dies beinhaltet (oft) ein Reagieren auf Krankheit und kein aktives Suchen von Gesundheit. Aus dieser Einstellung ergibt sich, dass viele präventive und damit kostensparende Verhaltensweisen erst aktiviert werden, wenn ein gewisser kritischer Wert überschritten ist. Dieser kritische Wert kann sich auf eine Einzelperson beziehen oder auf eine Krankheitsrate innerhalb einer Population.

Soziologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaft und der Medizin belegen, dass die Vorstellung eines linear-kausalen Ursache-Wirkungsgefüges durch ein zirkuläres Modell ergänzt werden muss.

Sozial wird in einem rekursiven Prozess in einem hohen Maße nicht nur bestimmt, ob jemand krank ist, wie er sich subjektiv als krank empfindet, sondern auch der Umgang mit der Krankheit und welchen Verlauf sie nimmt. Gesundheit ist als Abwesenheit von Krankheit nur unzureichend beschrieben. Das Funktionieren von Organen oder Beziehungen reicht nicht aus, um von Gesundsein zu sprechen. Selten wird bei der Behandlung einer Krankheit von der Medizin und der Psychologie der gesamte Kontext einer Krankheit berücksichtigt. Im Krankheitsfalle werden in der Regel eine oder mehrere Faktoren herausgegriffen und in den Mittelpunkt des diagnostischen Interesses gestellt und entsprechend interveniert, bzw. therapiert. Dabei gründet sich die Auswahl des Fokus auf den jeweiligen Ansatz, bzw. die jeweilige berufliche Qualifikation und Ausrichtung.

Bei der Betrachtung von Krankheiten kommen, wie durch ein Teleskop, unterschiedliche Teile des Gesamtsystems ins Blickfeld, während andere in den Hintergrund treten. Das bedeutet nicht, dass die anderen weniger wichtig sind, entscheidend sind die Wechselwirkungen der soziokulturellen, interpersonellen, intrapsychischen und biologischen Dimensionen. Die meisten ernsthaften chronischen Erkrankungen sind das Resultat einer allmählichen Entwicklung und von fortgesetzten Belastungen, die mit bestimmten Lebensweisen verbunden sind, die als besonders risikoträchtig gelten, wie z.B. ungesunde Ernährung, belastende Arbeits- und Familienverhältnisse und beengende Wohnverhältnisse (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1994). Einer der bedeutsamsten sozialen Bereiche, die auf das Individuum einwirken, ist die Familie¹.

Ein Prozessmodell von Gesundheit beinhaltet, so ist in einer Zwischenbilanz festzuhalten, die Beteiligung aller Ebenen des Systems Mensch in seiner Umwelt. Diese Prozesse finden auf zahlreichen unterschiedlichen logischen Ebenen statt,

¹ Für die WHO ist sie der wichtigste soziale Ort der Förderung von Gesundheit (CAMPBELL 2000).

die wiederum in unzähligen sich verzweigenden Hierarchien angeordnet sind. Insoweit gibt es auch keine somatische oder psychosomatische Krankheit, sondern Krankheiten sind immer ein biologisches, psychologisches, geistiges und soziales Phänomen in verschiedenen Kontexten. Diese Zusammenhänge können mit dem Begriff „Soziopsychosomatik¹“ erfasst werden. Lediglich aus historischen Gründen ist es daher sinnvoll, von „psychosomatischen“ Erkrankungen sprechen.

In einem umfassenden Verständnis ist eine Person körperlich, seelisch und sozial gesund, wenn sie konstruktive Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist und sich den wechselhaften Belastungen und den Anforderungen des Lebensumfeldes und der Lebensphasen anpassen kann. Gesundheit benötigt eine Arbeits- und Liebesfähigkeit² und „geistige Präsenz“. Als „Gesunder“ verfügt der Mensch über mehr Autonomie, mehr Wahlmöglichkeiten, er kann sich seines Körpers, seiner Kontakte freier bedienen, im Kranksein ist er eingeschränkt (er kann sich unter Umständen nicht ausreichend bewegen, schlecht hören, etc.). Gesundheit bezeichnet den idealerweise zu erreichenden Zustand des subjektiven und objektiven Befindens einer Person. Dieser ist gegeben, wenn eine Person sich in den verschiedenen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet (siehe HURRELMANN 1994). Gesund ist ein Individuum, das sich als ganzheitliches Subjekt erlebt und das sich und seine Bedürfnisse wahrnehmen und diese in seiner jeweiligen relevanten Umwelt adäquat artikulieren und realisieren kann. Gesundheit ist jedoch nie ganz zu erreichen. Dabei ist Gesundheit kein „Zustand“, kein „Status quo“, sondern ein Ereignis zu einer bestimmten Zeit, in einer bestimmten Lebensphase. Gesundheit ist kein passives Ereignis, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der Aktionsfähigkeit eines Individuums und spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse wider.

¹ WIRSCHING, HUBER u. VON UEXKÜLL (2000) verwenden den Begriff einer soziopsychosomatischen Medizin.

² Dies sind Fähigkeiten, die bereits FREUD betonte.

Eine Beeinträchtigung der Gesundheit ist gegeben, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die vom Individuum, in Korrespondenz mit seiner Umwelt, in der jeweiligen Phase des Lebenslaufes, nicht bewältigt werden können. Beeinträchtigungen können sich in Form von Symptomen in sozialen, geistigen, affektiven, physischen oder physiologischen Auffälligkeiten manifestieren. Das Ziel von Heilungsprozessen ist somit nicht Gesundheit im absoluten Sinne, sondern das Anstreben von Gesundheit¹. Ziel ist auch, gegen Widerstände die eigenen Bedürfnisse und Interessen durchzusetzen, um die Gesundheit aufrechtzuerhalten, bzw. zu fördern (siehe HURRELMANN 1994, 2000).

Gesundheit und Krankheit sind sozial vermittelte Phänomene. Zustände werden als krank bezeichnet, über deren Krankheitswert zu einem bestimmten Zeitpunkt Konsens herrscht. Krankheit ist, so ist festzuhalten, ist vorwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Durch die Bezeichnung eines Symptoms als eine Krankheit schaffen wir eine Realität, die „wirkt“, da hieraus weitere Schlüsse gezogen werden (z.B. darüber, wie sich ein Kranker zu verhalten hat). Der einzelne Mensch hat nur mit Einschränkungen einen Spielraum, eine „Wahlfreiheit“² (VON FOERSTER 1997), wie er mit der sozial vermittelten Definition von Gesundheit und Krankheit umgehen will.

Dieses Thema einer sozialen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit wird im übernächsten Kapitel weitergeführt, um dann weitere Voraussetzungen für ein Verständnis systemtheoretischer Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit zu legen. Zunächst soll mit der Erörterung von Stresstheorien ein anderer Blickwinkel eröffnet werden.

¹ Im Alltag fehlt ein aktiver Gesundheitsbegriff, der mehr beinhaltet als die Negation von Krankheit und die Abwesenheit von krankmachenden Faktoren.

² So kann sich z. B. der „dicke Mensch“, der als krank bezeichnet wird und evtl. sozial geächtet wird, als krank empfinden oder als integriert in seinem gesellschaftlichen Umfeld.

4.3 Der Blickwinkel der Stresstheorien

Im Kontext der Bestimmung von Krankheit und Gesundheit übernehmen Stress-theorien einen disziplinübergreifenden Erklärungsbeitrag. Nach kurzen allgemeinen Anmerkungen über die Bedeutung von Stress für die Gesundheit skizziere ich verschiedene Ansätze der Stressforschung¹.

Nach SELYE, dem Begründer der Stresstheorien, wird Stress allgemein als eine physiologisch-psychologische Reaktion des Körpers auf Stressoren gesehen. Unter Stressoren werden äußere Reize (z.B. Hitze, Lärm, Verletzungen) und innere Stressoren (z.B. Ermüdung, Konflikte, Zukunftssorgen) verstanden, die das Gleichgewicht stören. SELYE beschreibt einen komplexen, in den Phasen Alarmreaktion, Widerstand und Erschöpfung ablaufenden Prozess, der auf die Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts gerichtet ist und der durch vermehrte Adrenalinausschüttung und deren Folgen charakterisiert ist. Die unterschiedlichen spezifischen Anpassungsprobleme rufen eine biochemische Stressreaktion im Körper hervor. Dieser Vorgang, der als „Allgemeines Anpassungssyndrom“ bezeichnet wird (siehe HURRELMANN 1994), repräsentiert nach SELYE die biochemische Universalantwort des Organismus auf jede Art von beanspruchenden Belastungen. Maßgeblich für eine Schädigung ist zunächst die Intensität der Belastung, d.h., dass auch Menschen, die Stress nicht wahrnehmen, potentiell gefährdet sind. Viele schädigende Umweltreize greifen direkt in die tieferliegenden Gehirnstrukturen, vor allem in das limbische System, ein und verändern nachweislich die physiologische Aktivierung und das emotionale Befinden (SIEGRIST 1998). Das subjektive Erleben und die subjektive Beurteilung einer Stresssituation ist ein zusätzlicher Faktor zur gegebenen objektiven Belastung. Stress ist demnach ein Prozess von adaptiven psychophysiologischen Teilprozessen, die teils homöostatischer, teils kognitiver und persönlichkeitsabhängiger Natur sind und dann auftreten, wenn belastende, intensiv wirkende, beanspruchende Ereignisse über längere Zeit und/oder wiederholt das Gleichgewicht stören.

¹ Ich beziehe mich in diesem Kapitel im Wesentlichen auf die Überblicksarbeiten von GERHARDT (1989), HURRELMANN (1994, 2000) SCHNABEL (1988) und ERNST (2000).

Die Belastung durch Stress hat sich in den letzten vierzig Jahren erhöht (NUBER 1999). Der Mensch muss sich immer häufiger und schneller an veränderte Situationen anpassen. Wir erleben einen radikalen Wandel im Umgang mit der Zeit, bei dem ein Zuviel an Belastungen und Anforderungen auf ein Zuwenig an Kompetenzen und Ressourcen trifft. Je mehr (Dis-¹)Stress der Mensch erlebt, desto anfälliger ist er, körperlich oder psychisch zu erkranken, da insbesondere die Psyche vieler Menschen den Anforderungen nicht gewachsen ist. NUBER (1999) geht davon aus, dass diese Prozesse zu einem vermehrten Auftreten von Depressionen² führen. Das Erkrankungsrisiko steigt für chronisch Gestresste um das Drei- bis Fünffache, wenn diese sich mit ungelösten Konflikten, Ängsten und Sorgen plagen und sie diese Dauerprobleme nicht „abzuarbeiten“ vermögen (ERNST 2000³). Hingegen verkräftet der Mensch eher ein isoliertes großes Stressereignis.

Ausgangspunkt der Überlegungen zum Zusammenhang von Stress und der Entstehung von Krankheiten ist für ANTONOVSKY (1979) die Unterscheidung zwischen zwei grundsätzlichen, als gleich wichtig erachteten und komplementären Fragen: Die erste, pathogenetische Frage lautet: Aus welchen Gründen bekommt jemand eine ganz spezifische Krankheit? Die zweite Frage lautet: Wie kommt es, dass eine andere Person trotz zahlreicher mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, psychologischer, sozialer und kultureller krankheits-erzeugender Einflüsse ihre Gesundheit bewahrt? Zur Beantwortung dieser Fragestellungen führt ANTONOVSKY den bereits erwähnten Begriff der „Salutogenese“⁴ ein. Für ihn sind Gesundheit und Krankheit Ergebnis der Auseinandersetzung mit den vielfältigsten Belastungen. In diese Auseinandersetzung gehen sowohl der soziale Lebenskontext, wie auch die Biografie der Person ein. Die Widerstandsressourcen gegenüber Belastungen entscheiden, ob sich Symptome in Beeinträchtigungen des Wohlbefindens niederschlagen. Diese zen-

¹ Eustress hingegen meint subjektiv „positiv“ erlebten Stress, der aktivierend wirkt.

² Hierzu siehe auch WILHELM (1999).

³ ERNST (2000) bezieht sich auf Untersuchungen des Stressforschers COHEN.

⁴ Die Salutogenese (Gesundheitsentstehung, Lat.. Salus = Gesundheit; Griech.: Genos = Erzeuger, Franz.: = sich erneuernde Quelle), bezieht sich auf den individuellen Menschen, während der Begriff der „Gesundheitsförderung“ meist kollektive Maßnahmen betrifft, die Gesundheit zu verbessern.

trale Widerstandsressource definiert ANTONOVSKY als „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence), ein grundlegendes, tief verankertes Vertrauen darauf, dass die Ereignisse des Lebens vorhersehbar und erklärbar sind, die Schwierigkeiten des Lebens sich im Prinzip handhaben lassen und es sich lohnt, dafür Kraft und Energie aufzubringen. Mit der Betonung der Frage nach den Ressourcen ist der Ansatz von ANTONOVSKY¹ für eine interdisziplinäre Theorie der Erklärung von Gesundheit ein grundlegender Beitrag. Seine Schwäche besteht darin, dass er basale Institutionen, wie die Familie, in seinem Ansatz nicht ausreichend berücksichtigt.

Eine soziologische Stresstheorie erarbeitete PEARLIN (1987). Nach dieser handlungstheoretischen Konzeption tritt Stress immer dann auf, wenn eine Person die persönliche Integrität als gefährdet erlebt und ein Missverhältnis zwischen Anforderung und Ansprüchen und den eigenen Handlungsmöglichkeiten erfährt und sie dieses Missverhältnis als bedrohlich erlebt. Reichen die Möglichkeiten der Bewältigung nicht aus, wird dann eine permanente, nicht tragbare Belastung erfahren. PEARLIN verbindet in seinem Stresskonzept innerpsychische Aspekte mit den Reaktionen des sozialen Kontextes. Dieses Modell bezieht ökonomische Rahmenbedingungen, Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, berufliche Position, sowie institutionelle Rollenkonzepte (Familienbetrieb, Nachbarschaft usw.), ebenso wie Belastungsfaktoren und Überforderungen ein. Betont werden folgende Risiken:

- Kritische Lebensereignisse (z.B. der Verlust einer wichtigen Bezugsperson, schwere Krankheit, Trennung, Arbeitsplatzwechsel),
- chronische Anspannungen (Rollenkonflikte, bzw. Rollenambiguitäten z.B. durch die Belastungen durch Arbeit und Haushalt, Arbeitsüberlastungen, andauernde Konflikte mit dem Partner, langandauernde Krankheiten, usw.) und
- schwierige Übergänge im Lebenszyklus (z. B: Pubertät, Menopause, Ende der Berufstätigkeit etc.).

Voraussetzungen für die Reduzierung von Stress sind ein gut entwickeltes Selbst-

¹ Eine Übersicht über diesen Ansatz geben HURRELMANN (1994) und BENGEL u.a. (2000).

wertgefühl, der Eindruck persönlicher Effizienz, Selbstkontrolle und einer Steuerbarkeit des eigenen Lebens (HURRELMANN 1994, BENGEL u.a. 2000). Beeinträchtigungen sind am ehesten zu befürchten, wenn langandauernde, chronische Rollenbelastungen und/oder Überforderungen durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gegeben sind (PEARLIN 1987). Durch die Einbeziehung dieser Faktoren ist das Modell von PEARLIN geeignet, psychische und körperliche Krankheiten im Kontext sozialer Systeme zu verstehen. Die Rahmenbedingungen des sozialen Kontextes werden mit personellen Faktoren und Persönlichkeitsmerkmalen, ebenso wie mit kritischen und überdauernden Belastungskonstellationen in Beziehung gesetzt.

Einen noch weitergreifenden Ansatz der Stressentstehung stellt PETZOLD (1993) vor. Er sieht Stress in einem Prozess der „Subjekt-Kontext-Kontinuum-Interaktion“ eingebunden. PETZOLD beschreibt Stress als eine Belastungsreaktion, die als eine „Übersteuerung“ auf der physiologischen, der psychologischen, der kognitiven (z.B. „Gedankenchaos“, „überschlagende Gedanken“) und der sozialen Ebene (z.B. Gereiztheit) auftritt. Dieses Modell bezeichnet er als „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“. Es geht von einer besonderen Verletzlichkeit oder Überempfindlichkeit eines Individuums für Stress aus und setzt diese Komponenten in Beziehung mit psychosozialen Stressoren. Die jeweilige individuelle Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, kennzeichnet die Bewältigungsmöglichkeiten der jeweiligen Persönlichkeit Stress zu bewältigen.

Neben diesen Faktoren geht PETZOLD (1993) auch auf die Bedeutung von „familiärem Stress“ ein. Dieser resultiert aus ständigem Streit, Verletzungen, Zurückweisungen, Formen der Gewalttätigkeit, ökonomischen Problemen, Fehlen geteilter Verantwortung für die Familie, Kommunikationsproblemen mit den Kindern und zu wenig Zeit für sich selbst. Häufig führen starke Belastungen in der Paarbeziehung zu psychischen und psychosomatischen Symptomen eines Familienmitgliedes. Kinder mit einem schwierigen Temperament, Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder mit schwierigen Entwicklungen können zu erheblichen Belastungen der Familienmitglieder oder zu gesundheitlichen Risiken aller Familienmitglieder führen.

RAHM u. a. (1993), die sich auf den Ansatz von PETZOLD beziehen, stellen Stressreaktionen theoretisch in den Rahmen von sogenannten „prävalenten Milieus“ (vorherrschende Milieus), in denen der Mensch lebt. Diese sind charakterisiert durch die „Atmosphäre des Milieus“, wobei das Individuum im Umgang mit Stress vier Grundfaktoren, die sich gegenseitig beeinflussen, in Korrespondenz mit seiner Umwelt bewältigen muss:

1. Regelung der Bedürfnisse,
2. Umgang mit den Anforderungen der Umwelt,
3. Bewältigungsfähigkeit des Menschen,
4. Entgegenkommen der Umwelt.

Die Bedürfnisse des Menschen entwickeln sich hierbei aus einer zunächst allgemeinen Gestimmtheit heraus zu Bedürfnissen, die allmählich bewußt wahrgenommen werden und schließlich in ein konkretes Verhalten umgesetzt werden. Wenn die Umwelt „passend“ reagiert¹, kommt es zu einer Fortsetzung dieses befriedigenden Austausches. Reagiert die Umwelt "nicht passend", wird der Zyklus nochmals durchlaufen, bis der Handlungsplan zur Situation passt oder das Ziel, bzw. das Bedürfnis so verändert ist, dass die Situation befriedigend gelöst werden kann. Wenn den genannten vier Grundfaktoren langfristig nicht entsprochen wird, entsteht Stress und es kommt zu Einschränkungen im Befinden, Fühlen, Wahrnehmen und Verhalten des Betroffenen. Im günstigsten Falle wird durch diese Krise² eine neue „Anpassungsreaktion“ erreicht, mit der die Krise bewältigt wird. Wenn aber durch diese „Notmaßnahmen“ kein neues oder auch nur labiles Gleichgewicht zu Stande kommt, entsteht nach dieser Theorie eine chronifizierte Krise, die zu einer schweren Krankheit führen kann.

Zusammenfassung:

Die frühen Stresstheorien stellten zunächst psychosoziale Stimuli als Risikofaktoren und als Auslöser für psychobiologische Anpassungs- und Fehlanpas-

¹ Kritisch sei angemerkt, die Umwelt reagiert nicht „aus dem Nichts heraus“, sondern auf dem Hintergrund eines komplexen Kontextes von eigenen Bedürfnissen, Erfahrungen und Vorstellungen.

² Besonders dann kommt es zu Krisen, wenn die Anforderungen der Umwelt permanent nicht bewältigt werden können und die Menschen das Gefühl haben, nicht mehr die Kontrolle zu haben (ANTONOWSKY 1979, BENGEL u.a. 2000, ERNST 2000).

sungsprogramme in den Mittelpunkt. Dabei erwies es sich als nicht ausreichend, belastende Lebensereignisse unabhängig von ihrer individuellen Bedeutung allgemeinen Maßstäben zuzuordnen (KEUPP 1991). Die Stresstheorien entwickelten sich dann von einer rein physiologischen Betrachtungsweise über emotional bestimmte Theorien hin zu komplexen psychosozialen und kognitiven Modellen.

HURRELMANN (1994) kritisiert mit Recht, dass sich die Stressforschung zu sehr auf die psychischen und somatischen Fragestellungen konzentriert. Der Einfluß chronischer Belastungen der Arbeitswelt wird vielfach unterschätzt und die Folgen von akuter Arbeitsplatzunsicherheit, Leistungsdruck, Nachtschichtarbeit, ungünstiger Arbeitsumgebung, monotonen Arbeitsinhalten, wenig Kontaktmöglichkeiten mit Arbeitskollegen, geringen Handlungsspielräumen, wenig Aufstiegsmöglichkeiten, veränderten Berufsstrukturen mit einer Verdichtung der Arbeit und konfliktreichen Arbeitsbeziehungen mit Vorgesetzten, Kollegen und Untergebenen vernachlässigt.

Neben diesen Belastungen der Arbeitswelt sind weitere bedeutsame Stressfaktoren, wie eine allgemeine Lebensunsicherheit (z.B. keinen Partner finden), Ortswechsel (an einem neuen Ort gibt es keine gemeinsame Geschichte), Informationsflut, hohe Erwartungen und geschlechtsspezifische Faktoren relevant (vgl. NUBER 1999).

Für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit benötigen sozialwissenschaftliche Ansätze die Einbeziehung der Stresstheorien. Bei der individuellen Ermittlung des Stressors dürfen kulturell-ökologische Kontexte, in denen die Belastungen eine Bedeutung erhalten, nicht vernachlässigt werden. Stress wird besonders dann zu einem Problem, wenn das Gefühl auftritt, nicht mehr „Herr der Situation zu sein“ und wenn kritische Lebenssituationen wiederholt auftreten. Besonders Dauerbelastungen fördern gesundheitsschädliche Lebensweisen (z.B. Alkohol- und Nikotinkonsum), psychische Leiden und körperliche Beeinträchtigungen. Dauerhafte konfliktreiche Belastungen und situativ-akute Belastungsereignisse stehen mit biologischen, kognitiven, psychischen und sozialen Faktoren in einer Wechselbeziehung. Die sozialen Rahmenbedingungen,

die den Ausgangspunkt des Stressprozesses bilden, können nicht allein durch individuelle Bewältigungsstrategien verändert werden, was den Stellenwert der individuellen Bewältigungsmöglichkeiten für Stress relativiert.

Mit den Stresstheorien wird ein für die Sozialwissenschaften bedeutsamer Ansatz zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorgestellt. Die Stressforschung konnte überzeugend nachweisen, dass die Familie oftmals die wichtigste Quelle für den Stress, aber auch wichtigste Quelle der Unterstützung bei der Bewältigung von Stress ist (CAMPBELL 2000). Dieser Untersuchungsbefund weist auf die Bedeutung der Familiensoziologie für die Stressforschung hin und unterstützt die Schwerpunktsetzung dieser Studie, in der hauptsächlich, bei der Untersuchung der Essstörungen und der Multiplen Süchte, familiäre Strukturen und Beziehungen analysiert werden.

4.4 Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

„Es gibt keine Wahrheit – nur Verantwortung.“

HEINZ VON FOERSTER (1997)

In den vorherigen Kapiteln wurden Definitionen von Krankheit und Gesundheit erörtert. Dabei wurde deutlich, dass es sich bei diesen Definitionen immer um Unterscheidungen von Beobachtern handelt, also um soziale Konstruktionen. Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit als soziale Konstruktion soll in diesem Kapitel ausführlicher erörtert werden, um weitere Grundlagen für eine systemtheoretische Perspektive und eine multiperspektivische Analyse von Gesundheit und Krankheit zu bilden.

Aus systemtheoretischer Perspektive sind Symptome beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die als Zeichen¹ für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nicht-transparenten Phäno-

¹ Siehe das Kapitel 4.5.2: „Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll“.

menbereich einer tatsächlichen oder vermuteten „Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“ gedeutet werden¹ (SIMON 1995a). Als Beispiele führt SIMON (1995a) Flecken im Gesicht, ein Humpeln im Gang oder Schmerzensschreie an, die, wenn sie wahrgenommen werden, als abweichend zum erwarteten, „normalen“, Zustand unterschieden werden. Solch eine Interpretation, bzw. Unterscheidung muss jedoch nicht getroffen werden, sie erfolgt nur bei Phänomenen, bei denen der Beobachter das Bedürfnis hat, nach einer Erklärung zu fragen (so wird niemand gefragt werden, wieso er eine Nase im Gesicht hat, es sei denn von einem Kind).

Symptome sind demnach das Produkt von Unterscheidungen, bzw. Interpretationen, die durch die Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder sozialen System) durch Kommunikation sozial festgelegt werden. In Bezugnahme auf die Semiotik führt SIMON aus: *„Da ihnen kein unmittelbarer Mitteilungscharakter innerhalb zwischenmenschlicher Kommunikation zugeschrieben werden kann, werden sie als Zeichen gedeutet, die auf eine andere, „ursächliche“, Abweichung (Unterscheidung) außerhalb des Kontextes der direkten Interaktion und Kommunikation, d.h. außerhalb der Grenzen des sozialen Systems, verweisen.“* (1995b, S. 23) Zu einem Symptom wird ein Phänomen erst im Rahmen einer sozialen Konvention. Es bedarf der kommunikativen Validierung, um zum Symptom zu werden und damit als Merkmal der Unterscheidung für eine Krankheit anerkannt zu werden.

Um die Entstehung von Symptomen zu erklären, sind charakteristische Beziehungen zwischen den verschiedenen Modi, wie und nach welchen Prämissen, Glaubenssätzen und Modellen Menschen ihre Wirklichkeit konstruieren, zu untersuchen. Hierzu muss analysiert werden, wie ein Mensch sich und seine Umwelt sieht, welchen Konstruktionen er folgt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, ein bestimmtes Symptom zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten, denn es bedarf der Symptome, um zum Patienten zu werden, um das Etikett „krank“ zugeschrieben zu bekommen.

¹ Ausführlicher siehe das Kapitel 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung nach Fritz B. Simon“.

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe sehr hoher logischer Ordnung (KREMER 1982). Sie beinhalten Prozesse auf zahlreichen Ebenen, die rekursiv im System Mensch und Umwelt wirken. Dabei gelten solche Abweichungen vom „Normalen“ als krank, über dessen Schwellenwert in einer gegebenen Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt „Konsens“ herrscht¹. Mit dieser Konstruktion, in der eine Person als "krank" bezeichnet wird, oder sich selber als "krank" definiert, erhält das Individuum zugleich eine neue Rolle, nämlich die des „Kranken“, zugeteilt. Verbunden mit dieser Rollenattribution eines „Kranken“ sind verschiedenste Erwartungen².

Die Bestimmung von Gesundheit und Krankheit erfolgt in der Kommunikation zwischen dem Individuum und den bewertenden sozialen Umwelten. Dabei ist ein lediglich subjektives Empfinden des einzelnen ein ebenso unzureichendes Kriterium, wie die alleinige Beurteilung von "Fachleuten". Um zu einer Übereinstimmung in der Bewertung zu kommen, muss das Symptom von den Teilnehmern dieses Bewertungsprozesses der gleichen Systemebene, z.B. dem Körperlichen zugewiesen werden. Wird das Symptom verschiedenen Ebenen zugewiesen, z.B. vom Patienten dem Körper und vom Arzt der Psyche, ist der Kommunikationsprozess gestört. Zu beachten ist zudem, dass auch Fachleute, z.B. mehrere konsultierte Ärzte, mit ihrer Indikationsmacht ein Symptom oftmals unterschiedlich interpretieren. Auch können sie als Beobachter unterschiedliche Perspektiven einnehmen und zu unterschiedlichen Bewertungen kommen.

Ein Symptom kann für ein System „Sinn machen“. Mit dieser Aussage soll jedoch nicht suggeriert werden, dass Symptome einzig durch (er)finden entsprechender Szenen oder Atmosphären in der Biografie zu „erklären“ seien, bzw. dass dies ihr einzig möglicher „Sinn“ wäre. „Sinn“³ entsteht vor allen Dingen dadurch, dass der Mensch Orientierungen und Einordnungsmöglichkeiten seiner Symptome erhält

¹ Wenn sich beispielsweise jemand „süchtig“ trinkt, gilt er in unserem Gesundheitswesen als krank, stürzt er sich „süchtig“ in immer neue Arbeiten, gilt er nicht als „krank“ (manchmal wird er allerdings als „workoholic“ bezeichnet).

² Zum Beispiel muss der Kranke für die Umwelt erkennbar leiden und den Willen zur Besserung haben, damit er Unterstützung erhält.

³ Als problematisch kann es sich erweisen, wenn diese Sinnsuche über eine Schuldzuweisung erfolgt oder wenn sie als eine schicksalhafte Wendung erlebt wird.

und sich selbst Sinn konstruiert. Das Geflecht der vielfältigen, oft sehr komplexen, Krankheitshintergründe werden wir nie in allen Einzelheiten analysieren können. Bei der Konstituierung von Symptomen macht es jedoch Sinn zu fragen, welche Wirklichkeitskonstruktion oder auch Wirklichkeitsillusion¹ macht für den Einzelnen Sinn bzw. „mehr Sinn“. Dieser Prozess ist immer auch affektgesteuert; affektive² und kognitive Komponenten wirken hier untrennbar zusammen.

Bei der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit verwenden Wissenschaftler und Nicht-Wissenschaftler immer wieder Ausdrücke, wie in „Wirklichkeit“ oder in „Wahrheit“³ und führen so Aussagen an, von denen sie unterstellen, dass sie mit der Wirklichkeit übereinstimmen oder einen allgemeinen Wahrheitscharakter haben. Dabei können nur Antworten gegeben werden, die in Übereinstimmung heute für „wahr“ gehalten werden, mit neuem Wissen werden "neue wahre" Antworten gegeben (MITTERER 1999) und zugleich neue Wirklichkeiten konstruiert⁴. (Beispiele für dieses Phänomen lassen sich in vielen Bereichen finden. In dieser Studie wurde dies beispielsweise bei der Erörterung der historischen Erklärungsansätze von Gesundheit und Krankheit deutlich⁵.)

Nicht zu übersehen ist: Symptome haben wichtige soziale und psychische Funktionen, sie sind niemals eindimensionalursächlich zu begreifen. Immer sind leibliche, psychische, geistige und soziale Gesamtheiten beteiligt, die in ihrer inneren Interdependenz und ihrer Historie gesehen werden müssen. Hierbei ist zu beachten, dass Symptome Hinweise auf Erkrankungen sind und nicht die Erkrankung selber. Zudem kommt hinzu, dass die Grenzen zwischen Gesundheit

¹ Siehe hierzu das Kapitel 1.2: „Realismus und Konstruktivismus“.

² Affekte werden von mir in Anknüpfung an CIOMPI (2000) als umfassende qualitative, psycho-physische Bestimmtheiten von unterschiedlicher Dauer und verschiedenen Grad des Bewußtseins erlebend verstanden.

³ Damit die Unterscheidungen zwischen wahr und nicht wahr nicht beliebig sind, müssen sie sich an einem "Schiedsrichter" orientieren, mit dem es übereinzustimmen gilt (MITTERER 1999). Die „Richter“ oder seine Stellvertreter, so MITTERER, über das was wirklich/real ist, sind Wissenschaftler, Lehrer, Erzieher, Autoritäten oder autoritative Aussagen.

⁴ „Dieser Tendenz entspricht auch, dass der Irrtum immer der Wahrheit vorausgeht – es ist immer die zuletzt vertretene Auffassung jene, die ich als wahr vertrete und vertreten muss, zumindest bis ich sie ablöse zugunsten einer neuen Auffassung, die dann die Rolle der neuen Auffassung übernimmt.“ (MITTERER 1999, S. 494)

⁵ Siehe das Kapitel: 4.1 "Historische Erklärungsansätze zur Konstruktion von Gesundheit und Krankheit".

und Krankheit fließend sind und immer wieder neu gezogen werden müssen. Die Betroffenen entscheiden immer wieder neu, ob sie ein Phänomen wahrnehmen, „verdrängen“ oder etwas dagegen tun. Auch die gesellschaftliche Einbindung, die Teilhabe, bestimmt mit, wie krank sich eine Person fühlt. Solch ein komplexes Gesundheits- und Krankheitsverständnis integriert Erkenntnisse verschiedener Wissenschaften und beinhaltet die Beteiligung aller Ebenen des Systems „Mensch“ in seiner Umwelt.

Die Beschäftigung mit den Phänomenen Gesundheit und Krankheit zeigt, dass die herrschende Medizin krankheits- und nicht gesundheitszentriert ist (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1994). Wie bereits erwähnt, fordern Gesundheitswissenschaftler (z.B. HURRELMANN 1994) mit Recht, sich mehr der Aufgabe zuzuwenden, wie Gesundheit erreicht und erhalten werden kann, anstatt sich fast ausschließlich mit Krankheit zu beschäftigen. Gesundheit ist mehr als Abwesenheit von Krankheit; wenn auch die Definition der WHO von Gesundheit, mit dem Anspruch eines völligen Wohlbefindens unerreichbar ist¹.

Ein Maßstab für die Gestaltung von Gesundheit in einem sozialwissenschaftlichen Konzept kann die Möglichkeit des Einzelnen sein, Wünsche und Vorstellungen (Projektionen) von Gesundheit zu entwickeln und selbst gestaltend auf die Umwelt Einfluß zu nehmen, wenn sein Wohlbefinden beeinträchtigt wird oder zu erwarten ist, dass eine Beeinträchtigung stattfinden könnte (Vorsorge). Der Gesundheitszustand eines Menschen ist für die Gesamtheit seiner Lebensbezüge von zentraler Bedeutung. Eine Beeinträchtigung der Gesundheit ist gegeben, wenn sich in einem oder mehreren Lebensbereichen Anforderungen ergeben, die von der Person in Korrespondenz mit seiner Umwelt in der jeweiligen Phase des Lebenslaufes nicht bewältigt werden können, bzw. die seine subjektiven Konstruktionen vom Lebenslauf und seiner Lebenserwartung entwerten, bzw. antagonistisch gegenüber zu stehen scheinen. Solche Entwertungen und Antagonismen zeigen auch, dass Gesundheit durch die subjektive

¹ Diese definiert, wie bereits erwähnt, Gesundheit als den Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Wohlbefinden bezeichnet eine subjektorientierte Kategorie, die sich auf persönliche, inhaltliche, körperliche, psychische und soziale Befindlichkeiten bezieht. Sie stellt eine subjektive Konstruktion dar.

Verarbeitung widriger sozialer Verhältnisse, Anforderungen und Krisen charakterisiert ist. Konflikte am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft, in der Familie oder auch im Freundeskreis spiegeln komplexe und widersprüchliche Lebensbedingungen der heutigen Gesellschaft wider, die bei den meisten Menschen zwar durch ein hohes Maß an Wohlstand, aber auch an psychosozialen Belastungen und hohen Risiken des Scheiterns sozialer Beziehungen und einer Unfähigkeit zur Re-Konstruktion von Wirklichkeit gekennzeichnet sind.

Gesundheit ist eine subjektiv erlebte und bewertete, sowie eine external wahrnehmbare genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibes und seiner Lebenswelt. Der gesunde Mensch ist (eher als ein "kranker" Mensch) in der Lage im Wechselspiel von protektiven Faktoren und den Risikofaktoren entsprechend seiner Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcen, kritische Lebensereignisse und Probleme zu handhaben, zu regulieren und sich zu erhalten. Ihm ist es (eher) möglich, seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale konstruktiv zu entfalten. Gesundheit ist somit nicht passiv, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der Aktionsfähigkeit des Individuums in seiner Umwelt und spiegelt damit gleichzeitig die subjektive Verarbeitung gesellschaftlicher Verhältnisse wider. Gesundheit ist von daher ein sozial vermitteltes Phänomen und wird kulturspezifisch hervorgebracht. Die häufigsten Erkrankungen (z.B. Süchte, Depressionen, Essstörungen), die im Wesentlichen psychisch und sozial bedingt sind, erfordern ein breites Konzept der Gesundheitsvorsorge¹.

Ein Schwerpunkt in der Gesundheitsvorsorge sollte ohne Zweifel auf den familiären Bereich gelegt werden. Die Autoren des FÜNFTEN FAMILIENBERICHTS (1994) werfen zu Recht der Medizin, der Psychologie und der Soziologie² vor, zu wenig den Zusammenhang von Familie und Gesundheit,

¹ HURRELMANN (Vortrag im Dez. 1999 in Oldenburg u. 2000) fordert daher, Gesundheitserziehung als ein eigenständiges Schulfach einzurichten, in dem gesundes Essverhalten ebenso vermittelt wird, wie Stressmanagement.

² Der Stand der soziologischen Gesundheitsforschung - so stellte GERHARD (1989) fest - sei unbefriedigend, da die Familie theoretisch in der Regel als Erziehungsstruktur mehr oder minder autonomer Individuen gedeutet wird und nicht als eine gesellschaftliche

bzw. Krankheit zu beachten. Dabei hat sich bereits seit Mitte der siebziger Jahre die Überzeugung durchgesetzt, dass Familienbeziehungen eindeutig nachweisbare Auswirkungen auf das Krankheits- und Gesundheitsgeschehen haben. Der Familie kommt ebenso, wie der Verwandtschaft, Freundschaft und Nachbarschafts-Netzwerken, der Rang eines gesundheitssichernden Puffers zwischen Lebensstress und Krankheit zu (KAISER 1989). Untersuchungen (vgl. GERHARDT 1989) weisen nach, dass psychiatrische Symptome positiv mit Stressoren und sozialer Isolierung korrelieren, während soziale Unterstützung Gesundheit und Rehabilitation erleichtert. Funktionale und befriedigende Familienbeziehungen stellen einen wirksamen Schutzfaktor dar; Familienangehörige sind die wichtigsten Bezugspersonen in gesundheitsrelevanten Netzwerken. Die Familie hat so eine wesentliche Bedeutung für die Krankheitsprävention, für den Umgang mit Befindlichkeitsstörungen und chronischen Belastungen eines Familienmitgliedes (FÜNFTER FAMILIENBERICHT 1994).

Nachdem in diesem und in den vorangegangenen Kapiteln Grundlagen zum Verständnis einer sozialen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit gelegt wurden, sollen im Weiteren systemtheoretische Modelle vorgestellt werden, die sich mit der Entstehung von Gesundheit und Krankheit beschäftigen.

4.5 Systemtheoretische Modelle von Gesundheit und Krankheit

“..... das Lebendige läßt sich nicht ausrechnen.”

FRANZ KAFKA (Brief an den Vater)

Die in diesem Kapitel vorgestellten systemtheoretischen Ansätze, mit denen die Entwicklung von Symptomen analysiert wird, sind gewichtige „Bausteine“ einer multiperspektivischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit. Grundlegende

Institution, bzw. als ein geschlossenes System, das als System spezifischer Regulatoren für Gesundheit eine spezifische – manchmal über Generationen reichende Gesundheitskultur entwickelt, der sich der einzelne in seinen Konstruktionen nicht entziehen kann.

systemtheoretische Überlegungen der Entstehung von Symptomen werden mit dem Ansatz von NIKLAS LUHMANN (Kap. 4.5.1) vorgestellt, der Symptome als Elemente operational geschlossener Systeme beschreibt. Der im Anschluß vorgestellte Ansatz von THURE VON UEXKÜLL (Kap. 4.5.2: „Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz“) gründet neben der Systemtheorie auf der Zeichentheorie und erweitert so den grundlegenden systemtheoretischen Ansatz. THURE von UEXKÜLL legt in seinem Ansatz den Fokus auf die Kopplung der Systeme Körper und Psyche, während der dann vorgestellte Beitrag von FRITZ B. SIMON (Kap. 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung“) seinen Ausgangspunkt im sozialen System nimmt und aus diesem Blickwinkel die Kopplung von sozialen Systemen mit psychischen und organischen Systemen fokussiert. Der Ansatz von KURT LUDEWIG (Kap. 4.5.4: „Problemsysteme“) ist eine interessante Fortentwicklung des LUHMANNSCHEM Ansatzes. LUDEWIG befasst sich mit dem Konzept der „Mitgliedschaft“, also mit der Frage, ob und in wieweit ein Problem ein System „erschafft“. JÜRGEN KRIZ (Kap. 4.5.5: „Der Mehr-Ebenen-Ansatz“) hingegen integriert in seinem Modell des „zentralnervösen Informationsverarbeitungsprozesses“ den Kopplungsprozess von Körper, Psyche und sozialem System mit neuronalen, internen und externen Prozessen und erweitert so nochmals den Rahmen der Erklärungsansätze.

4.5.1 Symptome als Elemente operational geschlossener Systeme – Niklas Luhmann

Die soziologische Systemtheorie¹ führt den strukturfunktionalistischen Ansatz von PARSONS fort. LUHMANN betont die Selbstorganisation und Selbststeuerung von sozialen Systemen und überwindet so den einseitigen anpassungsmechanistischen Akzent der Theorie PARSONS. Er versucht die Entstehung von Symptomen in sozialen Systemen als Elemente operational geschlossener Systeme zu erklären. Im Rahmen der systemischen Erklärungsansätze soll als erstes auf diesen grundlegenden Ansatz eingegangen werden.

¹ Ein Überblick über die Systemtheorie wurde bereits im zweiten Kapitel („Die Theorie sozialer Systeme“) gegeben.

Auf dem Fundament des Autopoiese-Konzeptes gibt es nach LUHMANN (1984, 1995) keinen Einbau von Operationen eines Systems in ein anderes, sondern nur eine wechselseitige Irritation, die im jeweils irritierten System strukturelle Unsicherheiten entstehen läßt¹. Menschen nehmen laufend an Kommunikationsprozessen teil. Das Kommunikationssystem wird durch Bewußtseinszustände der beteiligten Individuen irritiert. Wenn Menschen in spezifischer Weise irritiert werden, entstehen eingeübte Formen des Umgangs „*es entstehen Routinen in der Personenzurechnung, der konsensfähigen Beschreibung, der Realitätsfiktion, die sich bewährt haben und schwer auszuhebeln sind.*“ (LUHMANN, 1995, S. 32). Auch das Kommunikationssystem legt sich aufgrund wiederholter, typmäßig bekannter, wenn auch situationsmäßig überraschender Irritationen fest.

Aus systemtheoretischer Sicht ist ein System im dem Maße pathologisch, indem es vom Zustand einer, wie es WILKE (1996) bezeichnet, „optimalen Integration“ abweicht. Der Begriff der Pathologie meint nicht eine Eigenschaft der Mitglieder sozialer Systeme, sondern charakterisiert die Beziehungsmuster der Elemente des Systems und deren Relationen. Dabei ist zu berücksichtigen, wie die Prozessstruktur eines Selbstorganisationsprozesses aufrechterhalten² werden kann. Zugleich bedarf es einer Analyse der inneren und äußeren Bedingungen, unter denen das System eben diese Struktur, die zur Aufrechterhaltung der Selbstorganisationsprozesse benötigt wird, realisiert.

Systemtheoretisch sind Krankheiten eine nicht gelungene (non-viable) System-Umwelt-Passung, d.h. es gelingt dem System nicht, sich bei auftretenden Perturbationen den veränderten Bedingungen anzupassen. Kurz- oder langfristig ist eine Bedrohung der Kohärenz des Systems und damit seines Überlebens gegeben (SIMON 1995a). Phänomene, Symptome und Schädigungen, die als Krankheit bezeichnet werden, lassen sich so als Störungen von Entwicklungsprozessen verstehen, in denen die Wirklichkeitskonstruktionen nicht mehr viabel sind. Krankheitsprozesse sind daher Teile von Entwicklungs- und

¹ Wie bereits kritisiert (siehe Kap. 2.1.3 „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“) schließt LUHMANN (1984) somit In- und Output in ein System aus.

² KRIZ (1999) macht darauf aufmerksam, dass so ebenfalls Gesundheit erzeugt wird.

Lernprozessen lebender Systeme, sie sind "Krisen", in denen letztlich erfolglos versucht wird, auf Anforderungen der Umwelten zu reagieren. Bei Veränderungen der Umwelten müssen die Operationen des Systems neu ausbalanciert werden (Homöostase), es muss ein neuer Eigenwert ausgehandelt werden. Der Prozess, der durchlaufen wird, bis eine neue Homöostase erlangt ist oder das System sich auflöst, ist das, was SIMON als Krankheit bezeichnet. In diesem Wechselspiel von Assimilation und Akkomodation¹ wird entweder eine störende System-Umwelt-Interaktion aktiv bekämpft (Ein Krankheitserreger, ein Stressor, etwas Kränkendes wird abgewehrt), oder es wird passiv negiert, d.h. nicht beachtet. Im ersten Fall wird versucht, die Integrität des Systems aufrecht zu erhalten und die Grenze zu schließen. Im zweiten Fall wird hingegen die Grenzziehung verändert, indem der Erreger, das „*kränkende Agens*“ (SIMON 1995a, S. 178.), integriert wird. Eine andere Möglichkeit, „nicht verstehbares Verhalten“, d.h. „aus der Kommunikation gefallenes Verhalten“, auszuschließen, ist die Ausgrenzung von störenden Phänomenen in der (öffentlichen) Wahrnehmung. Dies geschieht nach dem Motto: Was nicht beobachtet wird, beunruhigt nicht und was nicht beunruhigt, braucht nicht erklärt zu werden.

Damit ein Phänomen zu einem Symptom wird, muss es überhaupt erst wahrgenommen werden und als ein Symptom gekennzeichnet werden. Die Zuordnung, ob es sich bei einem wahrgenommenen Phänomen um eine Krankheit, Behinderung, Täuschung, kriminelles Handeln, Verhaltensstörung, etc. handelt, erfolgt im Rahmen sozialer Übereinkünfte. In diesen wird geklärt, in welchem System eine Ursache verortet wird. Um ein Symptom zu deuten, werden also Verfahren der Mustererkennung² benötigt.

¹ Assimilation meint die Anpassung der Umwelt an die systeminternen Strukturen, während unter Akkomodation die Anpassung der systeminternen Strukturen an die Umwelt zu verstehen ist.

² Beispiel: Ein Arzt untersucht den Körper und verständigt sich mit dem Patienten über die Schmerzen im Bauch. In diesem Kommunikationsprozess sind Arzt und Patient Beobachter, die eine unterschiedliche Perspektive haben, unterschiedliche Phänomene wahrnehmen und über unterschiedliches Vorwissen verfügen. Die Entschlüsselung des Musters der subjektiv und intersubjektiv festgestellten Symptome führt als Merkmal der Unterscheidung zu der Diagnose einer bestimmten Krankheit, z.B. einer Blinddarmentzündung, einem körperlichen Prozessmuster.

SIMON (1995a) betont, dass psychische und soziale Symptome erst dann auf organische Faktoren zurückzuführen sind, wenn eine Erklärung oder ein Verstehen innerhalb des Systems, das Kommunikationsphänomene normalerweise erklärt, nicht mehr möglich ist¹. SIMON resümiert: *„Dem Schluß, dass eine Störung der biologischen Voraussetzungen zu einer Störung von Verhaltensweisen führt, ist nicht zu widersprechen. Die Umkehrung dieses Schlusses jedoch, dass aus gestörtem Verhalten eine Störung der biologischen Bedingungen gefolgert werden kann, ist eine logische Absurdität.“* (SIMON 1995a, S. 183). Bei vermeintlich „symptomatischen Verhaltensweisen“ sollte also überprüft werden, ob das zu beobachtende Phänomen als ein Element innerhalb der Kommunikation erklärt werden kann, bevor nach körperlichen oder psychischen Erklärungen gesucht wird.

Ein weiterer Aspekt ist ebenfalls im Rahmen einer systemtheoretischen Betrachtung lebender Systeme relevant: Nach LUHMANN (1984) unterscheidet die Medizin nur zwischen „gesund“ und „krank“, sie kennt keine Zwischenkategorien. Nur Krankheiten sind für die medizinischen Professionen von Bedeutung, nur hierfür sind sie ausgebildet. Gesundheit gibt dem medizinischen Fachpersonal keinen Anlass zum fachlichen Handeln. Gesunde sind für dieses System, medizinisch gesehen, nicht krank, bzw. nicht mehr krank oder sie haben noch nicht diagnostizierte Krankheiten. Für die Medizin sind sie uninteressant, da die Zuständigkeit des Medizinsystems für diese Gruppe von Menschen nicht gegeben ist (LUHMANN 1984). So ist Krankheit ein „Positivwert“ und Gesundheit ein „Negativwert“.

Es kann zusammengefasst werden: Kriterien, die zu einer Bewertung von Phänomenen beitragen, durch die Symptome, bzw. Krankheiten unterschieden werden, sind nicht durch den Organismus festgelegt, sondern sozial definiert. In Kommunikationsprozessen wird festgelegt, ob eine Kausalität dem Organismus, dem psychischen oder dem sozialen System oder mehreren zugeordnet werden kann.

¹ Auf diese Zusammenhänge wird im nächsten Kapitel 4.5.3: „Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung – Fritz B. Simon“ eingegangen.

Zum Abschluß des Kapitels soll nochmals kritisch angemerkt werden, dass an dem vorgestellten systemtheoretischen Ansatz, wie überhaupt an systemischen Ansätzen, eine Vernachlässigung der sozialen Machtstrukturen und der ökonomischen und sozialen Lebenslagen festzustellen ist.

4.5.2 Vom Zeichen zum Symptom – Der psychosomatische Ansatz von Thure von Uexküll

THURE VON UEXKÜLL entwickelt in seinem Standardwerk über die „Psychosomatische Medizin“ (1996) ein wissenschaftstheoretisch begründetes biopsychosoziales Modell der Entstehung von Krankheiten, indem er nach Möglichkeiten sucht, Erkenntnisse der Physik, Biologie, Psychologie und Soziologie auf verschiedenen Ebenen zu integrieren. VON UEXKÜLL gründet seinen Ansatz auf die Semiotik¹, einem von ihm weiterentwickelten Modell des Funktionskreises² und die Systemtheorie.

VON UEXKÜLL führt neben der Semiose, deren Gegenstand die Zeichengebung zwischen Systemen und ihren Umgebungen ist, das Subjekt³ in die wissenschaftliche Betrachtung der Phänomene in der Medizin – erneut - ein. Er geht davon aus, dass Wirklichkeit nicht vorgefunden wird, sondern im Umgang mit Objekten erzeugt werden muss. So kommt er zu der Feststellung, dass Gesundheit und das Erzeugen von Wirklichkeit zusammengehören und damit zur (Wieder)Einführung des Subjekts in die Medizin. Eine weitere Grundannahme ist,

¹ Grünzüge der Semiotik wurden bereits im Kapitel 1.3: „Eine übergreifende Theorie der Zeichen“ vorgestellt.

² Das Modell eines Funktionskreises entwickelte der Vater von THURE VON UEXKÜLL, der Biologe JAKOB VON UEXKÜLL. Dieses Modell beschreibt den Aufbau der Umwelt eines Lebewesens in drei Schritten eines Zeichenprozesses (Semiose). Die Glieder des Zeichenprozesses sind: Das Zeichen (z.B. die Wahrnehmung eines „etwas“ in einem Baum), der Interpretant (das Zeichen erweckt eine Vorstellung beim Interpretieren, z.B. die Vorstellung eines Apfels) und das Bezeichnete (der Apfel). Entsprechend besteht die Formel zur Produktion von Erkenntnis aus den drei Schritten: Wahrnehmung, Deutung des Wahrgenommenen und Realitätsprüfung.

³ Als Subjekt versteht VON UEXKÜLL den individuellen Patienten mit seinem lebendigen Körper, der als ein Interpret seiner Umgebung auftritt.

dass lebende Systeme¹, ihr "Selbst" in "Selbstgesprächen" erzeugen. Lebende Systeme reagieren „nicht mechanisch“ auf „mechanische“² Einwirkungen, sondern sie antworten auf Zeichen. Zeichen benötigen, damit sie verstanden werden, eine Bedeutung, die im Informationsgehalt des Zeichens transportiert wird (so gebraucht ein Briefeschreiber neben der Tinte auch eine Sprache, die Briefschreiber und Empfänger bekannt sein müssen). Die Einwirkungen der Umwelt werden von VON UEXKÜLL als Störungen (Perturbationen³) gedeutet. Aus Sicht der Semiotik werden Krankheiten und generell das Verhalten von Lebewesen als Antworten auf Zeichen erklärt, die nie nur auf lineare Wirkbezüge zurückgeführt werden können. Kausalität findet sich nur bei Aktionen, bei denen "rohe Gewalt" angewandt wird⁴.

Ein Verdienst VON UEXKÜLLS ist die Betonung des Zusammenhanges zwischen dem „biomechanischen“ und dem „biosemiotischen“ Modell. Er macht dies am Bild des Telefons deutlich. Der Sprecher "sendet" Worte und Sätze in den Telefonapparat, also Zeichen und Nachrichten, die er in seiner Sprache codiert hat. Sobald sie seinen Mund verlassen, verlieren sie ihre Bedeutung, sie werden zu Luftwellen und elektromagnetischen Schwingungen, die am anderen Ende der Leitung durch eine Membrane wieder in Luftwellen zurück verwandelt werden, die der Empfänger mit Hilfe des Codes, den der Sender verwendete, wieder in Worte und Sätze zurück umsetzt. Ein Dritter kann dieses Gespräch nur verstehen, wenn er über diesen Code verfügt. Auf diese Weise wird dieser Prozess (Telefongespräch) nicht in materielle und immaterielle Zusammenhänge gespalten. Es handelt sich um ein rekursives Modell, in dem die Zeichen aufgrund systemimmanenter Interpretanten codiert werden.

¹ Der Autor versteht lebende Systeme als Interpretierende ihrer Umgebung, die "Bühnen" für das Verhalten schaffen, auf denen Ressourcen zur Befriedigung der Bedürfnisse gefunden werden.

² Hier befremdet der Begriff "mechanisch", da dieser m. E. doch erneut die Sichtweise von Ursache und Wirkung annehmen läßt.

³ Unter Perturbation versteht VON UEXKÜLL Beunruhigung, Störung und Anregung. Ohne Perturbation und Krise, ohne Störungen von Ruhe und Ordnung, gibt es keine Evolution. Somit sind Perturbationen Störungen und Anregungen, Chance und zugleich Gefahr.

⁴ Rohe Gewalt wird durch ihre „harte Wirklichkeit“ (SIMON 1995a) zu einem prägenden Zeichen.

Die Kopplung verschiedener Systeme¹ löst VON UEXKÜLL so, dass er annimmt, dass der Mensch aus Subsystemen verschiedener Integrationsebenen besteht, die alle durch Nachrichtennetze mit ihrer Umgebung und benachbarten Subsystemen verbunden sind. Jedes dieser Subsysteme verwandelt Einwirkungen auf seine Rezeptoren durch jeweils spezifische Codes in Zeichen bzw. Nachrichten. Diese gehören gewissermaßen verschiedenen "Sprachen" an (z.B. Hormone werden nur von spezifischen Zellen und Organen, Signalstoffe nur von Rezeptoren bestimmter Organismen "verstanden und beantwortet"). Bei der Kopplung von einfacheren zu komplexeren Systemen, den Übergängen von der Ebene anorganischer Stoffe zu biologischen Systemen und weiter zu psychischen und sozialen Systemen treten sprunghaft neue Phänomene (Emergenz) auf, die es auf der Ebene der Subsysteme oder Elemente nicht gibt. Für die Reaktion des Subsystems ist nicht nur der äußere Vorgang entscheidend, sondern auch der innere Zustand (die Reaktionsbereitschaft) des Systems. So wird beispielsweise ein Organismus nicht primär durch Reize, sondern durch Bedürfnisse (z.B. nach Nahrung, Wärme usw.) veranlasst zu reagieren. Emotionen dienen als Mittler zwischen Individuum und Umwelt.

Das kausale Ursache-Wirkungs-Prinzip (Reizreaktionsmodell) wird so durch kreisförmige Modelle ersetzt, wobei zur Befriedigung eines Bedürfnisses nur das von Bedeutung ist, was von einem System dafür anerkannt worden ist. Alles andere, was in der Umgebung sonst vorhanden sein mag, existiert für den Betrachter, jedoch nicht für das System.

Im Zusammenspiel der Systeme geht der Autor von sogenannten "Aufwärts- und Abwärtseffekten" in einem hierarchischen System aus. Zeichensysteme (Hormone und Nervenaktivitätsströme) übernehmen zwischen den Organen und den Ebenen den Informationsaustausch. Auf der nächst komplexeren Ebene vermit-

¹ Wie bereits ausgeführt, bilden aus Sicht der Systemtheorie Lebewesen füreinander die Umwelt, in der jedes die anderen aus dem Gleichgewicht bringt, in „Krisen stürzt“ und damit neue Passungen erforderlich macht. Im Rahmen dieses Prozesses des gegenseitigen Drehens und Wendens, bis die Systeme zueinander passen, machen die Systeme einen Entwicklungsprozess durch, der wiederum die Überlebensbedingungen und Selektionskriterien anderer Systeme und damit gleichzeitig auch deren Entwicklungsmöglichkeiten beeinflusst.

teilen psychische Prozesse die Verbindung zwischen Organismus und Umgebung. Dieser Vorgang geschieht mittels bedingter Reflexe, wie sie PAWLOW¹ beschrieb, nämlich mit Hilfe der Übersetzung von Nachrichten aus einem von VON ÜEXKÜLL so genannten „psychischen Zeichensystem“ in ein System somatischer Zeichen und umgekehrt. Bei dieser Übersetzung kommt eine Verbindung zwischen der psychischen und somatischen Ebene zustande. Diese Bedeutungskoppelungen treten nur periodisch auf, d.h. sie sind nur in Situationen möglich, in denen die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind, oder wie es VON ÜEXKÜLL formuliert, eine entsprechende „Stimmung“² vorhanden ist. Die Bedeutungskopplung erteilt einem zuvor neutralen, d.h. für den Organismus nicht existenten Ausschnitt der Umgebung, eine Bedeutung als ein psychisch erlebtes Zeichen für die Steuerung des Verhaltens zu. Gleichzeitig stellt die Bedeutungskopplung einen Zusammenhang zwischen dem bedeutungsvoll erlebten Umgebungsausschnitt und dem biologischen System her.

Seinen Begriff der Hierarchie von Systemen will VON ÜEXKÜLL nicht im Sinne einer Herrschaftsordnung verstanden wissen. Die Systeme organisieren sich vielmehr als autopoietische Prozesse. Erleben und Verhalten werden durch kreisförmige Zeichenprozesse, durch Beziehungen, verknüpft, in denen die „Rollen von Sender und Empfänger“ wechseln³, da jeder sich auf den Code des anderen abstimmen können muss.

Die Reaktion auf Perturbationen erfolgt biografisch, d.h. aufgrund der Geschichte des Systems. VON ÜEXKÜLL geht davon aus, dass prägende Bedeutungskoppelungen meist bereits in der frühen Kindheit geknüpft werden. VON ÜEXKÜLL nimmt in Bezugnahme auf PIAGET an, dass sich jedes Lebewesen

¹ PAWLOW zeigte in seinen Versuchen, dass ein unconditionierter Reiz (z.B. der Speichelfluß bei einem Hund) zu einem „klassischen“ konditionierten Reiz (wenn der Hund die Nahrung wahrnimmt) wird, wenn der Reiz gleichzeitig mit einem „neutralen“ Reiz (z.B. ein Ton) verknüpft wird. Zu solch einem klassisch konditionierten Reflex kommt es jedoch nur beim Vorliegen von bestimmten Bedingungen (beispielsweise nur bei gesunden und hungrigen Hunden, bei kranken oder gesättigten Hunden bleibt die Konditionierung aus).

² PETZOLD (1993) bezeichnet dies in seinem theoretischem Ansatz als vulnerable Phase.

³ Hier bleibt offen, was diesen Rollenwechsel auslöst, was passiert, wenn ein System seine Rolle wechselt und welche Folgen dies für die Umwelt hat.

schon ab dem Alter von zwei Jahren seine eigene "Wirklichkeit" schafft. Diese „Wirklichkeit“ ist der individuelle Besitz jedes Einzelnen und bleibt Zeit seines Lebens dessen feste, für den außenstehenden Betrachter *„unsichtbare Hülle oder zweite Haut“* (1996, S. 36). Diese "Haut" wird nicht allein von Programmen biologischer Bedürfnisse, sondern auch von den Begriffen der Sprache geprägt, welche die Konzepte und Vorstellungen für den Umgang mit der Umgebung vermitteln, die von der Sprachgemeinschaft einer bestimmten Kultur entwickelt worden sind.

VON UEXKÜLL geht in seinem Modell bei der Beschreibung von Krankheiten über den „objektivistischen Ansatz“ hinaus. Aus einer Sache, die von einem sogenannten Neutralen beschrieben werden kann, ist eine gemeinsame Sache von einem Kranken und einem Arzt geworden¹. Die Textbücher, in denen die „Rollen der verschiedenen Stücke“ verzeichnet sind, werden von den Interpretanten Diagnosen genannt². Diese „Diagnosen“ spiegeln sich in den unterschiedlichen Zeichensystemen verschiedener professioneller Umwelten.

PAULI (1996), ein „Schüler“ von VON UEXKÜLLS kritisiert den in der traditionellen Medizin entwickelten Begriff von Krankheit, der psychische und soziale Bereiche mit abschwächenden Termini wie "Risiko" u. ä. bewertet. Dies führt im Rahmen des gängigen medizinischen wissenschaftlichen Paradigmas zu einer Einteilung in sogenannte "harte Daten" (für mechanische Beziehungen - "brauchbare", z.B. Blutwerte) und in "weiche Daten" ("eher unbrauchbare", z.B. Gefühlsbeschreibungen).

PAULI (1996) stellt anders als VON UEXKÜLL die "Produktion von Gesundheit" in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Die Vorstellung einer "Produktion" von Ge-

¹ Zu den Personen Arzt und Kranker kommt als „ein Drittes“ die Krankheit hinzu.

² An einem Beispiel führt VON UEXKÜLL aus, dass der „somatische Arzt“ die Diagnose „Adipositas und Herzinsuffizienz“ und der Psychotherapeut bei dem gleichen Patienten die Diagnose "Eheschwierigkeiten, Depression, akute Trennungsproblematik" stellt. Im „Textbuch des Sozialfürsorgers" findet sich bei diesem Patienten die Diagnose "Soziale Isolation". VON UEXKÜLL fordert, diese verschiedenen Diagnosen ernst zu nehmen, um eine gemeinsame „Realität“ zu entwerfen. Wie genau diese Realität zu entwerfen ist, ob z.B. grundsätzlich verschiedene Professionen in einem Team ein Phänomen diagnostizieren sollen, führt VON UEXKÜLL nicht aus.

sundheit sei sinnvoll, da der menschliche Organismus in einer ständigen Interaktion mit seiner Umgebung ist, um diese zu „nutzen“, das Überleben zu sichern und um schädliche Entwicklungen zu vermeiden. Der Begriff "Nutzung" wird von PAULI im Sinne einer Assimilation verstanden, während Akkommodation¹ ein Überleben der Sollwerte eines lebendigen Systems angesichts veränderter Umgebungsbedingungen meint. Erst wenn die Möglichkeiten der Akkommodation erschöpft sind, kommt es zu Phänomenen des Schadens, bzw. des Mangels. Da sich die Umgebung laufend verändert, werden ständig Akkommodationsprozesse zur Erhaltung des Systems notwendig. Störung und Zerstörung (Pathogenese) werden als Konsequenzen einer Überforderung vitaler Prozesse interpretiert. Überbeanspruchung kann zu weitreichenden "Schäden" führen. Auf Grund von für das Individuum nicht kontrollierbarem Stress, entstehen Stressoren, die mit biochemischen und strukturellen Schäden (z.B. Schädigungen der Kreislauforgane) korrelieren. Stressoren, die erfolgreich aufgefangen werden, können u.U. der Erhaltung oder sogar der Verbesserung der Gesundheit dienen². PAULI betont bei der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit die Bedeutung des "Kohärenz-Sinns". *"Damit ist die Fähigkeit gemeint, aus einer Umgebung, die sich in Richtung von Entropie (Chaos) bewegt, diejenigen Elemente nutzbar zu machen ("herauszusaugen"), die dem Aufbau der eigenen (negentropen) Struktur dienen, und diejenigen Elemente zu meiden, welche die Entropie verstärken würden."* (PAULI 1996, S. 65)

Während sich VON UEXKÜLL vorrangig mit der Kopplung psychischer und biologischer Systeme beschäftigt, betont PAULI die Bedeutung soziokultureller Faktoren. Für ihn sind Bezugsgruppen, insbesondere Lebenspartnerschaften und Familien, aber auch Gemeinden und große Netzwerke für die Gesundheit des Individuums von ausschlaggebender Bedeutung.

Zusammenfassung:

VON ÜEXKÜLL integriert in seinem Modell Systemtheorien und die Semiotik. Er beschreibt mit seinem Begriff der Semiose Beziehungen zwischen lebenden Systemen und ihrer Umgebung. Lebewesen sind durch Zeichen (Nachrichten) -

¹ Offen bleibt die Frage, wie erfährt das System, dass es sich anpassen muss.

² PAULI bezieht sich hier auf das Modell der Salutogenese von ANTONOVSKY.

Prozesse mit ihrer Umgebung verbunden. Somit interpretiert jedes Lebewesen seine Umgebung und jeder Beobachter interpretiert die Interpretationen der beobachteten Lebewesen (Meta-Interpret). Die Informationsübertragung zwischen den Systemen, wie den Subsystemen, geschieht durch Kommunikation in einer gegenseitigen Code-Abstimmung, deren Gelingen immer wieder durch die Reaktionen des Empfängers bestätigt werden muss. VON UEXKULL vernachlässigt die Bedeutung soziokultureller Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten, die von PAULI später in diesen theoretischen Ansatz eingebaut werden.

4.5.3 Interaktionelle Spielregeln und Symptombildung nach Fritz B. Simon

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit der Entstehung von (chronischen) Symptomen im sozialen System Familie, aus der Sicht von FRITZ B. SIMON. Auf Aspekte des Konzeptes von SIMON bin ich bereits in vorherigen Kapiteln¹ eingegangen, hier soll nun vertieft der Ansatz dargelegt werden.

SIMON (1991) geht in seinem Erklärungsansatz davon aus, dass nur aus der Außenperspektive von einem Beobachter zwischen dem Organismus und seiner Umwelt unterschieden werden kann. Die Veränderungen in den Umwelten eines Systems wirken sich für dieses als „Perturbationen“ aus. Kontinuierlich regen Perturbationen eine Neuanspassung an, da ein System sich verändern muss, wenn es überleben will. Es gerät in eine „Krise“ und verläßt den Ruhezustand, wobei die alten Operationen ihre Nützlichkeit verlieren, was negativ und positiv sein kann.

Um die Entstehung von Symptomen zu erklären, beschäftigt sich der Autor grundlegend mit „Beobachtungen“². Unter Beobachten versteht SIMON (1995a)

¹ Siehe insbesondere das Kapitel: 4.3: „Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit“.

² Siehe auch das Kapitel 1.1: „Die Position des Beobachters“.

die Operationen des Unterscheidens und Bezeichnens (in Anlehnung an SPENCER BROWN). Beobachtung beinhaltet zwei unterschiedliche Prozesse: (a) Es werden Phänomene von anderen Phänomenen unterschieden (1. Unterscheidung) und (b) ein zweites Phänomen wird als Zeichen (2. Unterscheidung) für dieses erste Phänomen gesetzt. Der Beobachter vollzieht also zwei Unterscheidungen und korreliert diese miteinander, wobei die eine als Zeichen für die andere fungiert (z.B. wird ein Kreis gemalt und dieser erhält einen „Namen“). Wenn der Beobachter eine Unterscheidung trifft, zieht er eine Grenze, durch welche ein Raum, Zustand oder Inhalt auf der Innenseite der Grenze von einem Raum, Zustand oder Inhalt auf der Außenseite dieser Grenze getrennt wird (hier z.B. der innere und der äußere Raum des Kreises). Der Beobachter konstruiert also Einheiten mit einer Innen- und einer Außenseite. Dabei bezeichnet er meist nur die eine Seite der Unterscheidung. Zum Beispiel bezeichnet ein Name einen einzigen konkreten Menschen und nicht alle anderen Menschen. Der konkrete Mensch mit dem Namen X wird zum „markierten“ Raum, Zustand oder Inhalt, der von einem „unmarkierten“ Raum, Zustand oder Inhalt (den anderen Menschen) unterschieden wird (SIMON 1995a, 1995b).

Zur Illustration stellt SIMON) den Sachverhalt in einer Zeichnung dar:

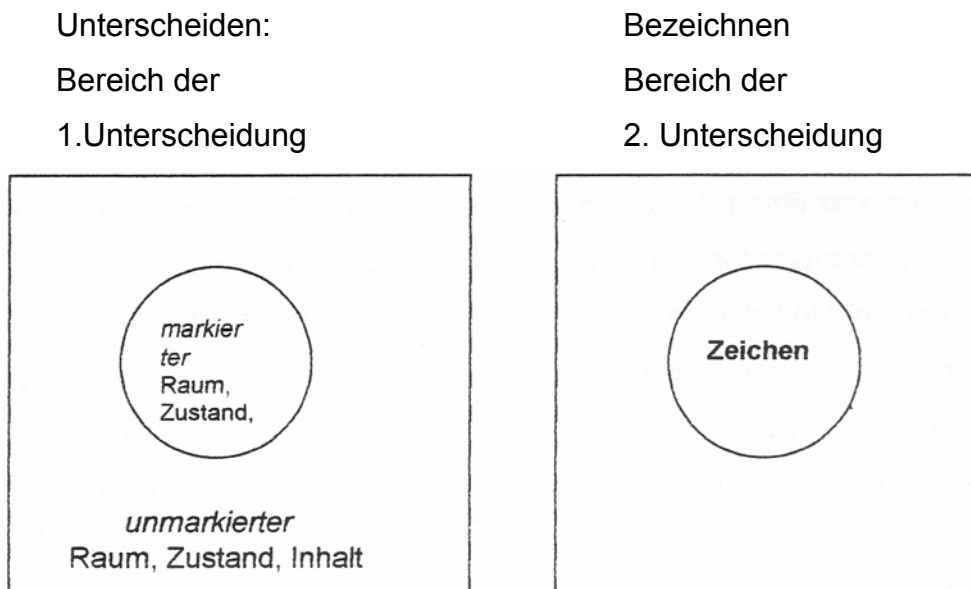


Abb. Nr. 3: Beobachten: Unterscheiden und Bezeichnen (SIMON 1995b, S. 16)

Einer Beobachtung liegt also immer eine Bewertung zugrunde, sie leitet die individuelle und soziale Selektion des Verhaltens. Bewertungen beruhen auf

bestimmten Wertmaßstäben, bei denen ein bestimmtes Merkmal der Unterscheidung der einen Seite der Unterscheidung zugeschrieben wird und der anderen nicht. Dabei sind die Merkmale der Unterscheidung, die einer unterschiedenen Einheit zugeschrieben werden, keine Elemente der Einheit selbst, sondern ihres Kontextes.

Diese basale Unterscheidung reicht noch nicht aus, zu erklären, wie aus einzelnen Zeichen komplexe Wirklichkeitskonstruktionen, wie z.B. Krankheiten werden. SIMON differenziert die Beobachtung (des Unterscheidens und Bezeichnens) in Beschreiben, Erklären und Bewerten. „Beschreiben“ meint im Idealfall eine zunächst sinnfreie Datenerhebung. Im Alltag, wie in der Wissenschaft, ist eine solche Bewertungsfreiheit so gut wie nie gegeben, da Begriffe Konnotationen tragen, ohne das dies reflektiert wird. „Erklärung“ meint die Modellierung eines Mechanismus, der das beschriebene Phänomen produziert, oder produzieren könnte. Hierbei handelt es sich meist um die Anwendung eines Erklärungsprinzips, welches die Logik der Verknüpfung zweier oder mehrerer beschriebener Phänomene suggeriert. Erklärungen müssen sich im Alltag als viabel bestätigen. Sie spiegeln lediglich einen sozialen Einigungsprozess wieder, d.h. dass eine bestimmte Erklärung allgemein als gültig betrachtet wird. Die beschriebenen Phänomene sind stets für alternative „Bewertungen“ (Konstruktionen) offen. SIMON geht davon aus, dass alle Phänomene, mit denen ein Beobachter konfrontiert wird, von ihm nach unterschiedlichen Kriterien (ästhetische, politische, moralische etc.) bewertet werden.

Für die Entstehung von Symptomen folgt daraus: Symptome sind zunächst allgemein beobachtbare Ereignisses, Prozesse oder Zustände, die als Zeichen für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Zustände oder Prozesse in einem anderen, nicht – transparenten Phänomenbereich, einer tatsächlichen oder vermuteten Wirklichkeit „hinter der Wirklichkeit“ gedeutet werden. Beispielsweise können (d.h. sie müssen nicht) rote Flecken im Gesicht als ein Symptom bewertet werden. Da nun nicht alle von den Erwartungen anderer Personen abweichende menschliche Verhaltensweisen oder Zustände als Symptome interpretiert werden, sind Symptome nur solche Phänomene, denen aus der Beobachtung heraus keine unmittelbaren, aus dem Kontext der Kommunikation ableitbaren

Bedeutungen zugeschrieben werden. *"Sie sind unmittelbar verstehbar, sie fallen aus dem Spiel der Kommunikation, sie sind innerhalb nicht der Kommunikationsregeln nicht deutbar und bedürfen daher einer nicht – sozialen Erklärung."* (SIMON 1995b, S. 23) Dabei werden sie als Zeichen gedeutet, die auf eine andere „ursächliche“ Abweichung (Unterscheidung) außerhalb der direkten Interaktion und Kommunikation, d.h. außerhalb der Grenzen des aktuellen sozialen Systems, verweisen (d.h. es wird ein Zeichen zusätzlich gesetzt).

Diesen Sachverhalt stellt SIMON (1995b, S. 24) in einer Abbildung wie folgt dar:

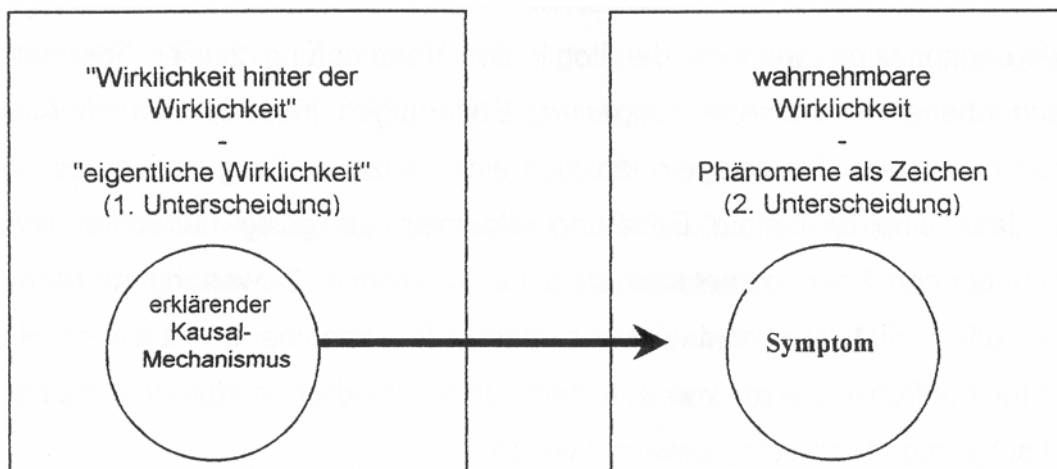


Abb. Nr. 4: Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit

Ein Symptom kann „Krankheit“ genannt werden, wenn Beobachter die Beschreibung von Phänomenen und deren Erklärung miteinander "vermischen". Die Verursachung eines Symptoms wird daher häufig nicht innerhalb der Kommunikation, sondern außerhalb des sozialen Systems – im Organismus oder der Psyche – gesucht. Symptome bedürfen demnach einer nicht-sozialen Erklärung (SIMON 1995b). Sie sind nicht unmittelbar verstehbar, sie fallen aus dem Spiel der Kommunikation, d.h., sie sind innerhalb der Kommunikationsregeln nicht deutbar. Das auf diese Weise konstruierte Phänomen „Krankheit“ wird als strukturelle oder funktionelle Veränderung in einem Bereich außerhalb der „verstehbaren Kommunikation“ gelegt.

In der Kommunikation werden körperliche Erscheinungen und Verhaltens- und Kommunikationsweisen gemäß der Leitunterscheidung verstehbar/nicht verstehbar auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft. Wird in einer bestimmten Weise Sinn

erzeugt, welcher der Auffassung eines anderen von Wirklichkeit zuwider läuft, wird dies leicht als irrsinnig, krank oder als wahnsinnig bezeichnet. Wer sich in der direkten Interaktion als nicht "verstehbar" verhält, fällt aus der Kommunikation heraus; dessen Äußerungen sind in der Kommunikation nicht anschlussfähig, d.h. die Kommunikation bricht ab. An einem Beispiel erläutert SIMON (1997) diesen Sachverhalt: Bei einem Spiel verstößt ein Spieler öffentlich gegen die Regeln. Solch ein „Spielverderber“ wird schnell ausgeschlossen. Wenn er zusätzlich den Sinn des Spiels leugnet, an dem er teilnimmt, wird er als „verrückt“ erklärt. Verletzt ein Spieler heimlich die Regeln, spielt er falsch. Solch ein „Falschspieler“ wird als „kriminell“ angesehen. Die Handlungskonsequenzen sind, wie am Beispiel deutlich wird, davon abhängig, welche Beschreibung, Erklärung und Bewertung vorgenommen wird. Sie sind das Resultat einer sozialen Übereinkunft¹. *„Durch diese Definition wird ein exterritorialer Raum geschaffen, in dem wir es per definitionem mit Phänomenen zu tun haben, die als nicht innerhalb der Regeln der täglichen Kommunikation verstehbar kategorisiert sind.“* (SIMON 1995b, S. 67) Erst durch Kommunikation wird ein Phänomen zum Symptom, ein beobachtbares, "nicht – verstehbares" Phänomen wird auf "nicht – beobachtbare", aber "erklärbare", Ereignisse oder Prozesse zurückgeführt. Über die so konstruierte Erklärung kann dann wieder in einer Metakommunikation kommuniziert werden. (SIMON 1995b)

Zu einem weiteren Verständnis der Phänomene Gesundheit und Krankheit trägt die Unterscheidung von Morphostase und Morphogenese bei. Das Konzept der Morphostase bringt zum Ausdruck, dass ein System angesichts der Unbeständigkeit seiner Umwelt bestrebt ist, seine Stabilität und Konstanz zu erhalten. Morphostase ist ein auf Erhaltung und Stabilisierung des Status quo gerichteter Vorgang. Mit diesem soll verhindert werden, dass jegliche Veränderung des Milieus – der Umwelten - zur Veränderung des Systeminneren führt. Ein System

¹ Bei diesem Beispiel wird vorausgesetzt, dass die „Spieleiter“ (Schiedsrichter, Ärzte, Richter, Sozialarbeiter) über eine größere Definitionsmacht verfügen.

benötigt jedoch auch die Fähigkeit von Veränderungen seiner Grundstrukturen. Dieser Prozess wird als Morphogenese bezeichnet. Ein System muss in der Lage sein, Informationen aus der Umwelt aufzunehmen und produktiv zu verarbeiten; es ist insoweit offen für die Koppelung mit anderen Systemen. Somit benötigt ein „gesundes“ System ein Gleichgewicht zwischen Morphostase und Morphogenese (SIMON 1995a). Ein System muss „wissen“, wie weit es Sinn macht, stabil zu bleiben und wann es sich verändern muss um sinnhaft zu bleiben (Autopoiese).

SIMON (1995a) weitet das vorgestellte systemtheoretische Modell auf die Analyse verschiedener Muster und Typen von interaktionellen Spielregeln in der Familie aus, die bedeutsam für das Entstehen von chronifizierten Symptomen sind. Da diese Verbindung von Theorie und Analyse für das Verständnis von gesundheitsbeeinträchtigenden Prozessen in Familien, wie bei den Essstörungen und den Multiplen Süchte relevant ist, wird sie im Folgenden vorgestellt. SIMON (1995a) bezeichnet die Muster der familiären Kommunikation als "Spiele", die durch „interaktionelle Spielregeln“ gesteuert werden. Er unterscheidet drei Formen von Spielen mit jeweils zwei Untertypen.

Beim ersten Typ bewirkt die Symptombildung, dass sich das Interaktionssystem verändert. Es kommt zu einer massiven Störung, die systemimmanent nicht zu beseitigen ist und die dafür sorgt, dass die bestehenden Spielregeln nicht mehr funktionieren. Es entsteht eine rekursive Beziehung zwischen dem Symptom und den Spielregeln in Form einer "selbstverneinenden Schleife". Das Symptom¹ „stört“ nicht nur, es stellt die Funktionalität der Spielregeln insgesamt in Frage. Ein System hat zwei Möglichkeiten solche Störungen zu beseitigen. Im Untertyp 1.1 kommt es zu einer Veränderung des Systems. Die Familienmitglieder verändern ihre Interaktionen, um den Zusammenhalt der Familie zu erhalten. Neue Entwicklungsprozesse kommen in Gang, sodass neue Spielregeln entstehen und sich stabilisieren und damit das Symptom gegenstandslos wird und „verschwindet“. Typische Beispiele für solche Prozesse sind kindliche Verhaltensstörungen (z.B. eine Einschlafstörung), bei denen die Eltern davon ausgehen, dass die

¹ Die Frage danach, was letztlich genau die Symptombildung in nicht-trivialen Systemen bewirkt, bleibt jedoch offen.

Verhaltensweisen der Familienmitglieder mit dem Symptom in einem ursächlichen Zusammenhang stehen.

Ein anderer Weg, auf diese Störung zu reagieren, beinhaltet der Typ 1.2. Hier wird versucht, die bisher üblichen Spielregeln unverändert aufrecht zu erhalten, bzw. wiederherzustellen. Dies geschieht dadurch, dass das Symptom, bzw. derjenige, der es „zeigt“, ausgegrenzt wird. Die Familie spaltet sich und verliert ihre Kohärenz. Die anderen Familienmitglieder können ihre alten Spielregeln weiterführen. Der Symptomträger wird oft zu einem Element eines anderen Systems (z.B. eines Krankenhauses, einer Anstalt, eines Gefängnisses).

Schematisch stellt SIMON diesen zweiten Weg (Typ 1.2) folgendermaßen dar:

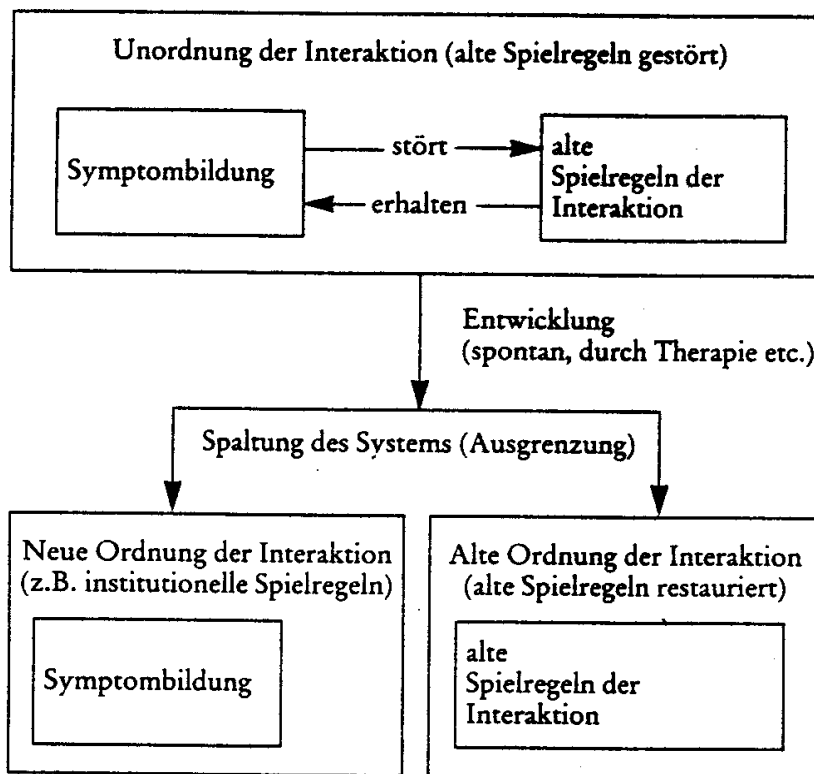


Abb. Nr.: 5: Symptombildung Typ 1.2 (SIMON 1995a, S. 366)

Bei diesem Muster erfolgt die Ausstoßung „aktiv“ (indem z.B. ein Familienmitglied in ein Heim oder eine Klinik eingewiesen wird). Für den „Symptomträger“ beinhaltet dieses Verhalten oftmals einen „Fluchtversuch“, um sich durch das Verlassen des familiären Systems „zu retten“. Der Wechsel des Systems bietet die Möglichkeit Symptommfreiheit zu erlangen. Wird das abweichende Verhalten

als delinquent und böse eingeschätzt, erfolgt eher eine Ausgrenzung bei Erhaltung der bestehenden Regeln, als wenn es als krank bezeichnet wird. In solchen Fällen schafft das System einen zeitweiligen „Sonderbereich“ mit eingeschränkter Gültigkeit bestehender Regeln und einigen Ersatzregeln für Kranke. Allgemein reagiert ein Familiensystem bei Erwachsenen eher mit einer Ausgrenzung als bei Kindern.

Beim zweiten Typus wirkt die Symptombildung bestätigend auf schon vorher bestehende Spielregeln der Interaktion. Das Symptom hält das System in einer stabilen Lage (Typ 2.1) oder verstärkt die bestehenden Spielregeln (Typ 2.2). Für SIMON bilden solche Interaktionen die Voraussetzung für Chronifizierungsprozesse, in der „selbstbejahende“, rekursive Schleifen zu einer Stabilisierung des Systems führen.

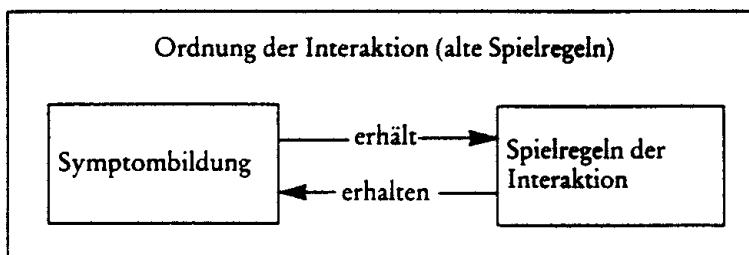


Abb. Nr.: 6: Symptombildung Typ 2.1 (SIMON 1995a, S. 368)

Bei diesem Untertyp fügt sich die Symptombildung in die bereits bestehenden Spielregeln ein, so dass ihre Wirkung die organisatorische Geschlossenheit des Interaktionssystems aufrechterhält; es werden keine Werte, Normen und Glaubenswahrheiten in Frage gestellt.

Beim Typ 2.2 wirkt die Symptombildung verstärkend auf vorher bestehende Spielregeln der Interaktion. Solche Systeme wirken häufig starr, bzw. "gelähmt"¹. In Familien mit „psychosomatischen“ Störungen sind häufig Prozesse dieses Typs zu beobachten.

¹ Z. B. in dem Muster: „Alles ist heute so, wie es gestern und vorgestern war und wie es morgen sein wird“.

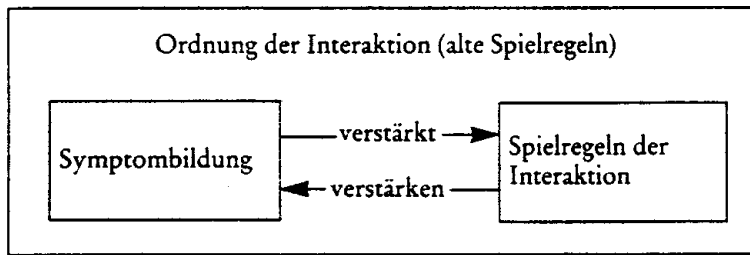


Abb. Nr. 7: Symptombildung Typ: 2.2 (SIMON 1995a, S. 368)

Eine Mischung des ersten und zweiten Typs bezeichnet SIMON als dritten Typ. Die Bedeutung der Symptome ist für die Familie nicht klar, es kommt zu einem Oszillieren zwischen Bestätigung und Infragestellung der alten Regeln. Bei diesem Typ ist für den außenstehenden Beobachter die Familie ebenfalls erstarrt. Hier stört die Symptombildung zunächst die alten Regeln. SIMON führt aus: *„Ihre konsequente (eventuell auch verstärkte) Anwendung führt zunächst zu dem Erfolg, dass die Symptombildung gestört wird (d.h. zurückgeht) und so die alten Spielregeln ihre Bestätigung zu finden scheinen. Diese alten Regeln führen nun aber wiederum zur Entwicklung (eventuell auch Verstärkung) der Symptome, so dass der gesamte Zyklus von vorne beginnen kann (manchmal dann auf einer Eskalationsstufe höher). Ein klassisches Paradox, eine "seltsame Schleife".“* (SIMON, 1995a, S. 369)

Diesen Typ unterteilt SIMON erneut in zwei Unterformen. Beim Typ 3.1 chronifiziert sich eine chaotische und konfusionierende Situation, in der die Bedeutung des eigenen und fremden Verhaltens uneindeutig ist. Die Bestätigung der alten Ordnung und ihre Infragestellung wird gleichzeitig (synchron) betrieben.

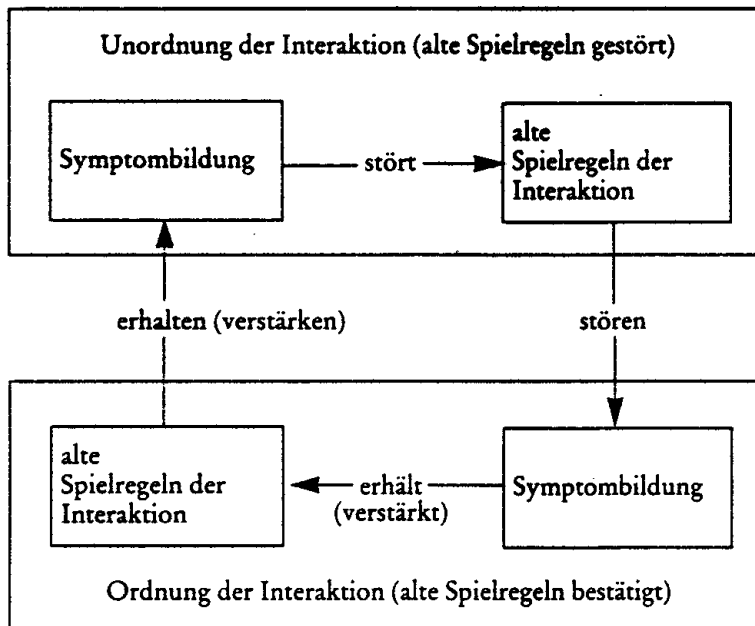


Abb. Nr. 8: Symptombildung Typ 3.1 (SIMON 1995a, S. 370)

Im Typ 3.2 besteht ein rhythmischer, diachroner Wechsel zwischen einer Zeit der Gültigkeit der alten Ordnung und einer Zeit ihrer Infragestellung. Dieser Typ bietet durch den Wechsel der Muster, ihre Uneindeutigkeit und durch die nur phasenweise Gültigkeit der Regeln, den größten Spielraum für Symptombildungen. Die Phasen, in denen die Regeln bestätigt werden, reichen zu ihrer Aufrechterhaltung aus.

Zusammenfassung.

Mit dem Ansatz von SIMON lassen sich chronifizierte Symptome in Familien mit Hilfe aufeinander aufbauender Typen logisch konsistent beschreiben. Symptome werden von SIMON als beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände verstanden, die als Zeichen für andere nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse und Zustände in einem anderen, nicht „transparenten Phänomenbereich“, einer tatsächlichen oder vermuteten „Wirklichkeit“ gedeutet werden (SIMON 1995a). Phänomene werden in der Regel erst dann als Symptome bezeichnet, wenn der Beobachter ihnen keine unmittelbare aus dem Kontext der Kommunikation abgeleitete Bedeutung zuschreiben kann. Symptome sind nicht unmittelbar verstehbar, sie fallen aus dem Spiel der Kommunikation, sie sind innerhalb der Kommunikation nicht deutbar und bedürfen daher einer nicht – sozialen Erklärung. So werden sie als Zeichen gedeutet, die auf eine andere, angeblich ursächliche

Abweichung (Unterscheidung) außerhalb des Kontextes der direkten Interaktion verweisen.

4.5.4 Problemsysteme - Kurt Ludewig

"Systeme erzeugen Probleme, Probleme erzeugen Systeme."

VON FOERSTER

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit dem Konzept der "Mitgliedschaft in Problemsystemen" von KURT LUDEWIG (1995). LUDEWIG nimmt an, dass nicht a priori festgelegt ist, wer an einem Problem beteiligt ist, da Systeme keine an sich existierende Einheiten oder Objekte sind, sondern aus einer bestimmten Betrachtungsweise menschlicher Wirklichkeit resultieren. Was ein Problem ist, wird in jedem System intern entschieden und je nach Systemreferenz unterschiedlich beantwortet. Um ein Problem identifizieren zu können, ist jemand notwendig, der behauptet, da sei ein Problem. Ein Problem gilt als konstruiert, wenn die Definition (zunächst) akzeptiert wird. Damit eine Definition akzeptiert werden kann, muss dem Definierenden Macht zugeschrieben werden; meist sind dies Experten, wie Ärzte, Psychotherapeuten oder Eltern. Pathologien werden von diesen Experten (oder von einem selbst) zugeschrieben, indem eine Unterscheidung zwischen gesund, krank, normal, kriminell etc. getroffen wird. Übereinstimmung über das Vorhandensein eines Problems entsteht, wenn wenigstens ein gemeinsames Kriterium der Unterscheidung in der Interaktion akzeptiert wird. Werden die Definitionen in der Interaktion der Beteiligten für die Realität gehalten, sind diese, so LUDEWIG, letztlich der Ursprung der Pathologien. Diese Erkenntnis hat weitreichende Folgen. Probleme werden so als die Folge einer Verkettung von Umständen und nicht als Ausdruck einer "inhärenten Dysfunktionalität" gesehen (VON SCHLIPPE und SCHWEITZER 1997).

Ein Problem wird als Problem anerkannt, wenn es von einer großen Zahl von Individuen in ähnlicher Weise beschrieben wird. Die „Akteure“ (SCHETSCHKE 1996) eines Problemsystems können sich aus verschiedenen Systemebenen rekrutieren. Bei einem Phänomen, wie z.B. bei einer Essstörung, können dies die Familienmitglieder, die Arbeitskollegen oder die Mitarbeiter im Krankenhaus sein,

mit denen die Klientin in Kontakt ist. Die Akteure eines Problemsystems wählen aus einer Vielzahl von möglichen Beschreibungen und Bewertungen eine spezifische Interpretation aus. Welche dieser Wirklichkeitskonstruktionen, d.h. welches Deutungsmuster den Diskurs dominieren, hat erhebliche Implikationen für das spezielle Individuelle, aber auch allgemein für soziale Probleme.

Nach SCHETSCHKE werden solche Deutungsmuster als „Rahmungen“ (in der amerikanischen Fachliteratur als „frame“, nach IRVING GOFFMANN) bezeichnet. Hierunter werden kollektive Deutungsmuster verstanden, nach denen bestimmte Problemdefinitionen, Kausalbeschreibungen und Wertorientierungen in einen mehr oder weniger konsistenten Zusammenhang gebracht werden¹. Mit diesen Deutungsmustern soll die Eindeutigkeit von sozialen Situationen hergestellt werden².

LUDEWIG konstatiert eine Differenz zwischen der biologischen und der soziologischen Betrachtung sozialer Systeme. Mit dem Begriff „Problemsysteme“ versucht er eine logische Verbindung zwischen diesen Auffassungen zu schaffen. Hierzu führt er den operativen Begriff "Mitglied" ein, der nicht für den Menschen, sondern für eine sozial konstituierte Einheit steht. Mitglieder fasst er als rekursive Operatoren auf, die den Kommunikationsprozess prägen und festigen. Sie sind somit nicht-triviale Operatoren³ im Sinne VON FOERSTERS und als Elemente sozialer Systeme eine Brücke zwischen Mensch und Kommunikation. Ein Beobachter kann die Kommunikation der Mitglieder nicht direkt beobachten, er kann sie nur erschließen, indem er die kommunikative Operation zurückverfolgt.

¹ Einen Überblick über die Bedeutung von Deutungsmustern in der soziologischen Literatur gibt SCHETSCHKE (1996). Ein erfolgreiches Deutungsmuster sozialer Probleme hat nach SCHETSCHKE (1996, S. 66) fünf Aufgaben zu erfüllen:

- *„ein Thema als soziales Problem interpretieren,*
- *Ursachen und Verursacher des Problems benennen,*
- *einen Adressaten für die Forderungen etikettieren,*
- *Handlungsziele definieren und*
- *die Rolle der Akteure rechtfertigen.“*

² Auch der Form der Benennung eines Problems kommt eine diskurs-strategische Bedeutung zu, da mit Begriffen immer Konnotationen verknüpft sind (z.B. löst der Begriff „Sucht“ vielfältige Assoziationen aus).

³ Nach VON FOERSTER (1997) beschreibt der Begriff Operator eine formale Einheit als eine "Maschine", die transformiert und koordiniert. Rekursive Operationen stabilisieren sich zu Eigenwerten und -strukturen und erzeugen so Kontinuität und Geschlossenheit.

Mitglieder sind für LUDEWIG (1995) selektierende, operationale Kohärenzen, die Menschen Kommunikation ermöglichen. Sie bilden das funktionale Bindeglied der Kommunikation, indem sie Kohärenzen thematisch ordnen und so ein soziales System konstituieren. Ein Mitglied ist durch ein Bündel von Handlungen gekennzeichnet, die von den sozialen Systemen erwartet werden.

Mit der Einführung des Begriff des Mitgliedes kann LUDEWIG an dem Konzept festhalten, dass Menschen¹ unterschiedlichen Phänomenbereichen, dem biologischen, dem psychischen und dem sozialen System angehören. Der Mensch ist für ihn kein Mitglied eines sozialen Systems, sondern kann nur Mitgliedschaften „verkörpern²“. Der Mensch wird als ein Lebewesen betrachtet und unterscheidet sich dadurch bereits vom sozialen Operator „Mitglied“.

LUDEWIG ergänzt das Konzept der Mitgliedschaft durch die Einbeziehung eines Rollenkonzeptes. Eine Rolle versteht der Autor als ein allgemeines Programm für die Ausführung einer Klasse von Mitgliedschaften. Mitglieder sind somit an das soziale System gebunden und können nicht "herauspräpariert" oder "verdinglicht" werden. Dieser Ansatz ermöglicht LUDEWIG, zwischen Menschen und ihren verschiedenen Mitgliedschaften zu unterscheiden. So ist jemand, jeweils ein „anderer“, wenn er z.B. mit seiner Frau über die Kinder spricht oder mit Kollegen über ein Arbeitsprojekt redet. LUDEWIG trennt kommunikative Prozesse, ohne sie reduktionistisch zu vereinfachen. Er definiert soziale Systeme als komplexe Systeme von Mitgliedern, die einen thematisch gefassten Sinn verwirklichen. *LUDEWIG fasst zusammen: „Ohne Menschen gibt es weder Mitglieder noch soziale Systeme, doch als die komplexere Einheit kann der Mensch jederzeit seine Mitgliedschaften verändern oder gar "aufkündigen". Die Operationen (Kommunikation) der Mitglieder bilden ein Kontinuum. So entstehen Kommunikationsprozesse, die das jeweilige System sinnhaft (thematisch) abgrenzen. Die Mitglieder konstituieren sich also erst in der Kommunikation als Komponenten des Systems: Mitgliederkommunikation und Sinngrenze entstehen*

¹ Menschen begreift LUDEWIG (1995) als autonome, operational abgeschlossene, strukturdeterminierte Lebewesen, die als autonome Wirklichkeitskonstrukteure betrachtet werden, die weder gezielt veränderbar, noch ausschließlich ein Produkt ihrer Umwelt sind.

² Den Begriff der Verkörperung führt der Autor nicht aus.

gleichzeitig und erhalten dadurch ihre Identität." (1995, S. 113) Die „Mitgliedschaft“ absorbiert das Individuum jedoch nicht vollständig. Individuen können in anderen Kontexten andere Verhaltensweisen zeigen (SCHIEPEK 1999) und andere Mitgliedschaften übernehmen.

Ein weiterer Vorteil des Ansatzes von LUDEWIG ist die Einbeziehung emotionaler Anteile des Menschen. Auch die Art der Emotionen, wie sie aufgefasst und erwidert werden, bringen Problemsysteme hervor. Emotionen behindern häufig eine Veränderung oder Auflösung des Problemsystems, indem an eine unerreichbare *"instruktive Interaktion"* (1995, S.118) angeknüpft wird. Beispielsweise äußert ein Mitglied eines Systems: "Erst ändere Du dich, dann werde ich mich ändern". Durch solche Aussagen neigen Systeme zu einer besonderen Stabilität, sie werden starrer und weniger anpassungsfähig. Dies führt dazu, dass die Kommunikation immer ritueller und "trivialer" wird. Die Kommunikation wird monoton, vorhersagbar und weist zwangsläufig das Muster des "mehr desselben" auf.

Da für LUDEWIG Problemsysteme eigenständige Sozialsysteme im Umkreis von Problemen sind, schafft in diesem Sinne ein Problem ein Sozialsystem und nicht das System "hat" ein Problem. *„Probleme sind Systeme, statt Systeme haben Probleme.“* (1987, S. 165) Ein Problem ist für LUDEWIG jedes Thema einer Kommunikation, das als unerwünscht (schwierig, falsch, unpassend usw.) gewertet wird und als veränderbar gilt. Unabänderliches, wie manche Umweltbedingungen, körperliche Defekte, chronische Erkrankungen betrachtet LUDEWIG hingegen als "Schwierigkeiten". Diese werden erst dann zum Problem, wenn über sie kommuniziert wird, entweder indem man sie verändern will oder über deren Folgen spricht. LUDEWIG ist der Auffassung, dass nur das zu einem Problem wird, was kommunikativ thematisiert wird. (Als Beispiele nennt er: Stehlen, Bettnässen, geistige Verwirrung und Gewalt¹.)

Kritisch ist die Definition des Begriffes "Lebensprobleme" zu betrachten. Diese bilden nach LUDEWIG das Thema sozialer Systeme, das Verhalten (oder die

¹ LUDEWIG thematisiert bei dem von ihm genannten Beispiel der „Gewalt“ nicht die „Realität“ der Auswirkungen von Gewalt und Herrschaft auf ein Individuum.

Seinsweise) eines Menschen von diesem selbst oder von anderen negativ bewertet wird und dies negative Emotionen - Leiden - auslöst. Ein Lebensproblem besteht für LUDEWIG nur im Rahmen einer speziellen Kommunikation, es sei kein "objektiver" Sachverhalt. Bei dieser Definition von Lebensproblem und Leiden negiert der Autor vorhandene Realitäten und Sachverhalte, an denen ein Mensch nicht leidet, die ihn jedoch in einer zeitlichen Kontinuität schädigen können. Eine solche Verhaltensweise, z.B. übermäßiges Trinken, kann später zum Problem werden, bzw. zu einem Problem für andere werden und dann zurückwirken. Das Auftreten einer Essstörung ist ein weiteres Beispiel. Eine typische Magersüchtige leidet nicht an ihrem Untergewicht (bzw. nur mit einem "Teil" ihres Bewußtseins, in spezifischen Situationen und zeitlich begrenzt). Die Realität des Untergewichts und die medizinischen Folgen werden von ihr nicht berücksichtigt. Daher kann dem Fazit von LUDEWIG, dass nur Lebensprobleme interessieren, die Leiden verursachen und zum Aufsuchen eines Helfers führen, nicht gefolgt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Konzept "Problemsystem" eine Reihe von Vorteilen birgt. Es ist systemisch kohärent und pathologisiert nicht, bezieht die Emotionen ein und bietet die Möglichkeit, Menschen über den Begriff Mitglied als Teil eines Systems zu verstehen. Dieses Konzept bietet die Möglichkeit, ein Problem so zu identifizieren, dass hiermit ein Individuum, eine Familie oder ein anderes System als das jeweilige Problemsystem definiert werden kann. Eine Schwäche dieses Ansatzes besteht in der Definition des „ Leidens“, die wichtige Probleme im Spektrum von Gesundheit und Krankheit unberücksichtigt lässt.

Mit der Betrachtung des Menschen als ein Lebewesen kann auf die Subjekteigenschaft des Beobachters Bezug genommen werden, während in „klassischen“ systemischen Ansätzen LUHMANN'SCHER Prägung die Person in der Theorie eliminiert wird. (Mit Hinweis auf KRIZ (1999), SCHIEPECK (2001) u.a. habe ich die Eliminierung des Subjekts durch LUHMANN u.a. kritisiert.) Daher sind in einem empirischen subjektorientierten Ansatz die Erkenntnisse "neuerer

Systemtheorien¹ aufzunehmen, in denen mit einer Wiedereinführung der Person in die Theorie Möglichkeiten eröffnet werden, die Subjekthaftigkeit zu betonen.

4.5.5 Der Mehr-Ebenen-Ansatz von Jürgen Kriz

Zum Abschluß dieses Kapitels wird ein Konzept vorgestellt, mit dem JÜRGEN KRIZ (1994) die Kopplungsprozesse von Körper, Psyche und sozialem System in ein Modell einbettet, in dessen Mittelpunkt er den „zentral-nervösen Informationsverarbeitungsprozess“ (ZIP) stellt. Dieser beinhaltet interne (z.B. neuronale, muskuläre) und externe (materielle, soziale und symbolische Manifestation) Prozesse².

J. KRIZ geht von einem komplexen Netzwerk von Wechselwirkungen aus, in dem Faktoren auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen eine Rolle spielen (ererbte Grundstrukturen, biochemische und neuronale Prozesse, muskuläre und allgemein körperliche Konstitution, Erfahrungen, familiäre Interaktionsstile, Selbstindoktrination, rollenökonomische Situationen und das Werte- und Normensystem). Ausgangspunkt des ZIP ist ein doppelter Bezug zum Phänomen „Zeit“. Zum einen handelt es sich um einen Prozess, der selbst in der (objektiven) Zeit stattfindet und zum anderen konstituiert sich dieser Prozess in der „Zeit“ als einer subjektiven Zeit-Erfahrung. KRIZ geht davon aus, dass Zeit für uns einen Aspekt von Geschichtlichkeit beinhaltet, indem im Alltagsbewußtsein Teile der Vergangenheit und der Zukunftserwartung gegenwärtig sind. Wenn wir uns in Gedanken scheinbar frei in der Zeit (und im Raum) bewegen, spielen sich unsere kognitiven Prozesse ausschließlich im „Hier und Jetzt“ ab. Dies ist eine aktive Leistung, die erst durch Distanzierung aus dem unmittelbaren Sein Vergangenheit und Zukunft als Denkkategorien entstehen läßt. Diese subjektiv erfahrene, relativ große Konstanz unseres Bewußtseins beruht für KRIZ auf der strukturellen Konstanz dynamischer Prozesse. Er geht davon aus, dass einzelne Bewußtseins-elemente sehr kurzlebig sind. Die Inhalte unseres Bewußtseins verschwinden binnen we-

¹ Leider ist ein empirischer Ansatz, der sich explizit auf die Systemtheorie bezieht in den Literatur nur im Ansatz zu finden.

² Auf die Bedeutung der Theorie chaotischer Systeme für die Soziologie verweist beispielsweise HUININK (2001).

niger Sekunden, sofern sie nicht wieder und wieder memoriert, d.h. ins Bewußtsein gebracht, werden. Als konstant werden somit nicht die Elemente selbst, sondern vielmehr ihre Erzeugungsstruktur betrachtet¹. Beispielhaft führt J. KRIZ (1994) an, dass in jeder Minute 160 Mio. rote Blutkörperchen im Körper durch neue ersetzt werden. Dieser Prozess wird im Bewußtsein nicht als eine Veränderung wahrgenommen.

In einer Übersicht stellt J. KRIZ folgendes, wie er es nennt, pragmatisches „Modell des zentral-nervösen Informationsverarbeitungsprozesses“ (ZIP) vor:

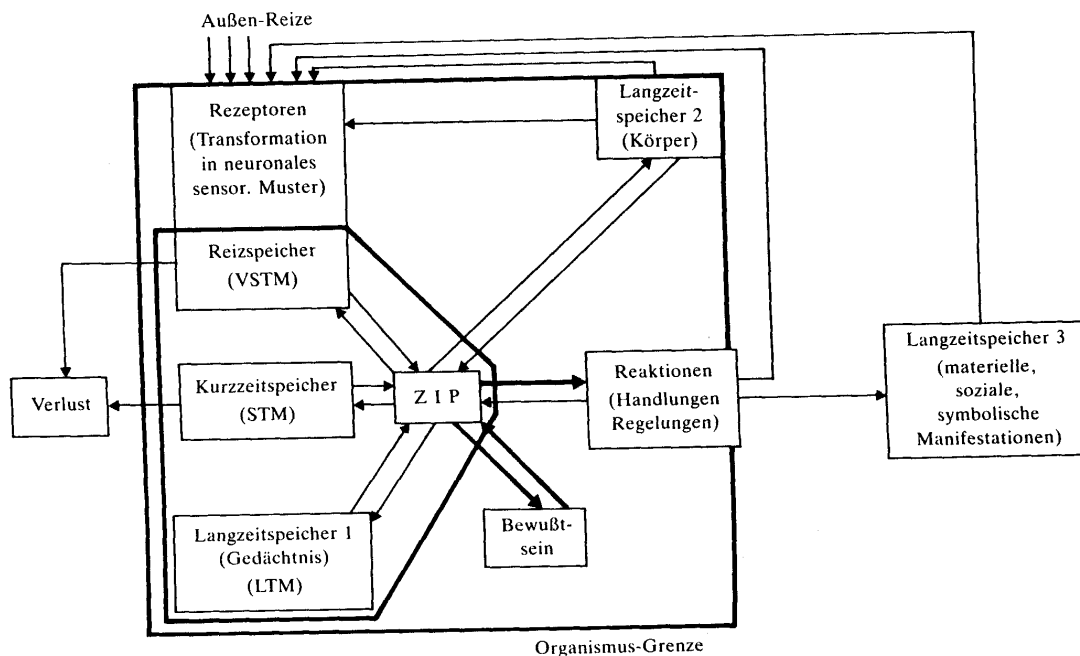


Abb. Nr. 9: (KRIZ 1994, S. 303)

Das zentral-nervöse Informationsverarbeitungssystem (ZIP) verarbeitet Informationen aus dem Langzeitspeicher (LTM 1) und allen Sinnesmodalitäten, wobei der Zugriff auf Informationen als auch deren spezifische Verarbeitung aktiv und selektiv erfolgt. Nur ein kleiner Teil der verarbeiteten Informationen im ZIP ist dem Bewußtsein zugänglich, auch nicht bewußte Anteile des ZIP dienen der Steuerung weiterer Zugriffs- und Verarbeitungsprozesse. Hierbei weist auch das nicht bewußte ZIP eine hohe Leistungsfähigkeit auf. Als Beispiel für diese

¹ Im Kapitel 2.1.3: „Selbstorganisation, Autopoiese, Chaos und Ordnung“ bin ich auf diese Prozesse bereits eingegangen.

komplexe Leistung von Verarbeitungsprozessen, die unbewußt ablaufen, nennt J. KRIZ das Alltagsphänomen des Autofahrens (wenn der Autofahrer in Gedanken vertieft ist und er sein Fahrzeug quasi „automatisch“ fährt). KRIZ geht davon aus, dass trotz der kurzlebigen Elemente eine gewisse strukturelle Kontinuität der Prozesse in der Wahrnehmung, im Verhalten und im Bewußtsein gewährleistet ist. Diese Prozesse verhindern, dass von Moment zu Moment völlig neue "(Er-)Lebenswelten" konstituiert werden und damit unvorhergesehene Handlungen erfolgen.

Das ZIP ist an Prozesse gekoppelt, die in ihrer Eigendynamik die jeweiligen Elemente im ZIP erheblich überdauern. Diese sind in den Langzeitspeichern für die Informationsverarbeitung gespeichert. Als ersten Langzeitspeicher unterscheidet KRIZ das kognitive Langzeitspeicher-Gedächtnis (LTM), in dem nicht nur sprachliche Informationen, sondern auch Bilder, Klänge, Erinnerungen und Gefühle aufbewahrt werden. Zwei andere Speichersysteme, deren Informationen über die Rezeptoren und Reizspeicher (very-short-term-memory VSTM) mit dem ZIP verbunden sind, enthalten Informationen in Form von Körperparametern (Muskelverspannungen, Körperhaltung, Blutwerten usw.). Die „externen“ Speicher enthalten Informationen in Form von materiellen, sozialen und symbolischen Manifestationen. In einem zweiten Langzeitspeicher werden „Muskelpanzer und Körperhaltung“ und andere Prozesse des Körpersystems mit dem ZIP verbunden. Frühere Lebensweisen (z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch), die Art der Problembewältigung (z.B. psychosomatische Krankheiten) usw. haben sich ebenfalls im Körpersystem manifestiert, verursachen „jetzt“ körperinnere Reize und wirken nun ihrerseits auf den VSTM und damit auf den ZIP ein. Dies geschieht sowohl über Bewusstseinsprozesse („Mein Herz tut mir schon wieder weh, ich sollte mich weniger aufregen.“) als auch über die Verarbeitungs- und Zugriffsmuster (d.h. auch ein nicht bewußtes Gefühl kann bewirken, dass der ZIP zu ganz bestimmten Inhalten, durch „Assoziationen“ – im kognitiven LTM zugreift, die dann bewußt werden, oder andere Reize, z.B. „Essen oder Trinken“ hervorrufen).

Wesentlich umfassendere Informationen als das Körpersystem repräsentieren „externe Speichersysteme“. Diese (z. B. Schriftzeichen, der Raum, das Haus u. a. Objekte der Umgebung) stehen mit dem Reizspeicher (VSTM) dem ZIP als

Information zur Verfügung. Alle diese Reize, die im „Jetzt“ auf den Organismus einströmen, sind Ergebnisse langfristig kumulierter und materiell manifestierter gesellschaftlicher Erfahrung. Diese sozialen Erfahrungen sind im Wesentlichen nicht materiell manifestiert, sondern werden durch soziale Beziehungen, d.h. durch Rollen, von anderen durch Handeln bestätigt. Diese Erwartungen, einschließlich ihrer Bestätigungen, sind die Fundamente sozialer Beziehungen und – wie J. KRIZ mit Bezug auf G. H. MEAD zusammenfasst – die Grundlage für das reflexive Bewußtsein. *„Durch Übernahme weiterer Perspektiven und deren Generalisierung entsteht der sog. „Generalisierte Andere“, der letztlich die Normen und Werte der Gesellschaft verkörpert.“* (J. KRIZ 1994, S. 307) Erziehung und Sozialisation dienen dazu, den von der Vorgeneration erlernten Sinn der materiellen, sozialen und symbolischen Produkte gesellschaftlicher Entwicklung an die Nachgeneration zu vermitteln. In diesem ununterbrochenen von allen Gesellschaftsmitgliedern bestätigten Rahmen allgemeiner Sinnstrukturen legt jeder seine eigenen – externen – Langzeitspeicher an. Der Familie als gesellschaftliches Subsystem kommt bei diesem Prozess eine besondere Bedeutung zu, da hier die primäre Sozialisation stattfindet und im unmittelbaren Körperkontakt basale Bedürfnisse befriedigt werden. Im Rahmen dieses komplexen Kopplungsprozesses werden Körperhaltungen, Kommunikationsgewohnheiten, die Bevorzugung bestimmter Wahrnehmungsmodalitäten und die Verarbeitung von Sinnstrukturen koordiniert.

Ein Vorteil dieses Konzeptes liegt darin, dass jede Modifikation, gleich auf welcher Ebene sie erfolgt, zu einer Veränderung im Gesamtnetzwerk führt. Auf jeder Ebene findet eine systemische Rückkoppelung von spezifischen Prozessen mit dem ZIP statt. Dieses umfassende Modell bezieht zudem die leibliche Ebene und die Emotionen ein.

4.5.6 Zusammenfassung der dargestellten systemtheoretischen Ansätze

"Die Empfehlung (wie so oft in unserem Jahrhundert) ist – der Sprung. Er führt über den Abgrund zwischen der Konstruktivität der Realität und dem, was man Wirklichkeit nennen möchte jenseits aller Konstruktion, indem er die Konstruktivität real setzt."

PETER FUCHS (1999)

Die vorgestellten systemischen Ansätze von LUHMANN, VON UEXKÜLL, SIMON, LUDEWIG und J. KRIZ fokussieren verschiedene Erklärungsebenen und betonen jeweils unterschiedliche Facetten von Gesundheit und Krankheit. Sie versuchen auf verschiedenen Wegen Erklärungsmuster für die Entstehung und Aufrechterhaltung von soziopsychosomatischen Symptomen in sozialen Systemen zu finden.

Bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit kommen, wie durch ein „Teleskop“, unterschiedliche Teile (Bausteine) des Gesamtsystems ins Blickfeld, während sich andere außerhalb des Blickfeldes des wissenschaftlichen Beobachters befinden.

Dieser Zusammenhang soll in einer Abbildung skizziert werden:

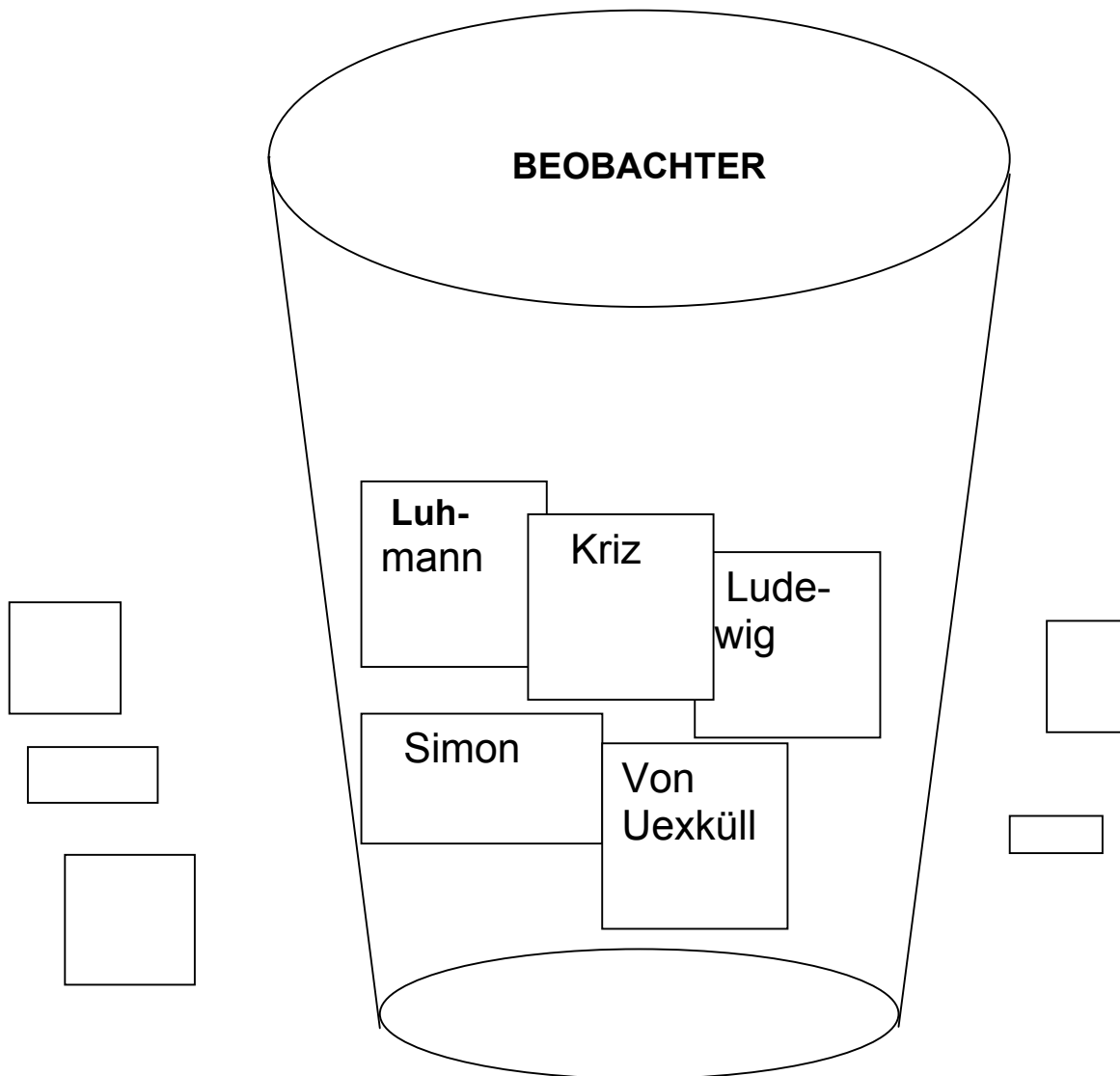


Abb. Nr. 10: Fokussierung systemtheoretischer Ansätze - „Blick durchs Teleskop“

Jede dieser Annäherungsweisen leistet im Rahmen eines multiperspektivistischen Konzeptes¹ einen spezifischen Beitrag:

- Symptome sind für LUHMANN Merkmale der Unterscheidung, die durch Kommunikationsprozesse im Rahmen sozialer Übereinkünfte, innerhalb von operational geschlossenen Systemen, festgelegt werden.

¹ Siehe das sechste Kapitel: „Resümee: Der multiperspektivistische Ansatz von Gesundheit und Krankheit“.

- Während im Ansatz von LUHMANN die Person zu einer Randbedingung wird, hebt VON UEXKÜLL die Bedeutung des Subjekts hervor. VON UEXKÜLL beschreibt in seinem Konzept aus der Perspektive der beteiligten Subjekte psychosomatische Kopplungsprozesse auf unterschiedlichen Hierarchieebenen.
- SIMON verknüpft grundlegend die Beobachtung und die Bewertung von „Zeichen“. Symptome sind für ihn nicht unmittelbar verstehbar, sie fallen aus dem Spiel der Kommunikation heraus und bedürfen daher einer nicht sozialen Erklärung. Auf dieser Grundlage konzipiert SIMON Typen der Symptomentwicklung in Familien.
- LUDEWIG führt mit der Einführung des Begriffs des „Mitglieds“ den Ansatz von LUHMANN weiter. Mit dem Konzept des "Mitglieds" kann er an der Aussage von LUHMANN festhalten, dass Menschen unterschiedlichen Phänomenbereichen (biologischen, psychischen, sozialen) angehören. Nach seinem Konzept entwickelt sich durch Kommunikation über ein Problem ein charakteristisches soziales System von Mitgliedschaften, das LUDEWIG als "Problemsystem" bezeichnet. Ein Problem „erschafft“ so ein System.
- J. KRIZ stellt in seinem Ansatz der Beschreibung von Kopplungsprozessen ein Modell des „zentral-nervösen Informationsverarbeitungsprozesses“ vor, indem er interne (ererbte Grundstrukturen, biochemische, muskuläre und neuronale) Prozesse und externe (z.B. familiäre Interaktionsstile, Selbstindoktrinationen, rollenökonomische Situationen und die Werte- und Normensysteme) Prozesse miteinander verknüpft.

Gemeinsam ist den vorgestellten Ansätzen die Überwindung von linear-kausalen Ursache-Wirkungsgefügen durch ein zirkuläres systemisches Modell. „Systemisch“ meint in diesem umfassenden Sinn nicht nur die interpersonelle Kommunikation, sondern bezieht sich in einer prozessorientierten Perspektive auf unterschiedliche Phänomenbereiche (biologische, neuronale, kognitive, intrapsychische oder soziale Prozesse). Diese Prozesse finden auf unterschiedlichen logischen Ebenen statt, die wiederum in sich verzweigenden Hierarchien angeordnet sind. Insoweit gibt es auch keine lediglich somatischen oder psychosomatischen Krankheiten. Krankheiten sind immer zugleich biologische, leibliche,

psychische, geistige und soziale Phänomene, die an Symptomen erkennbar werden.

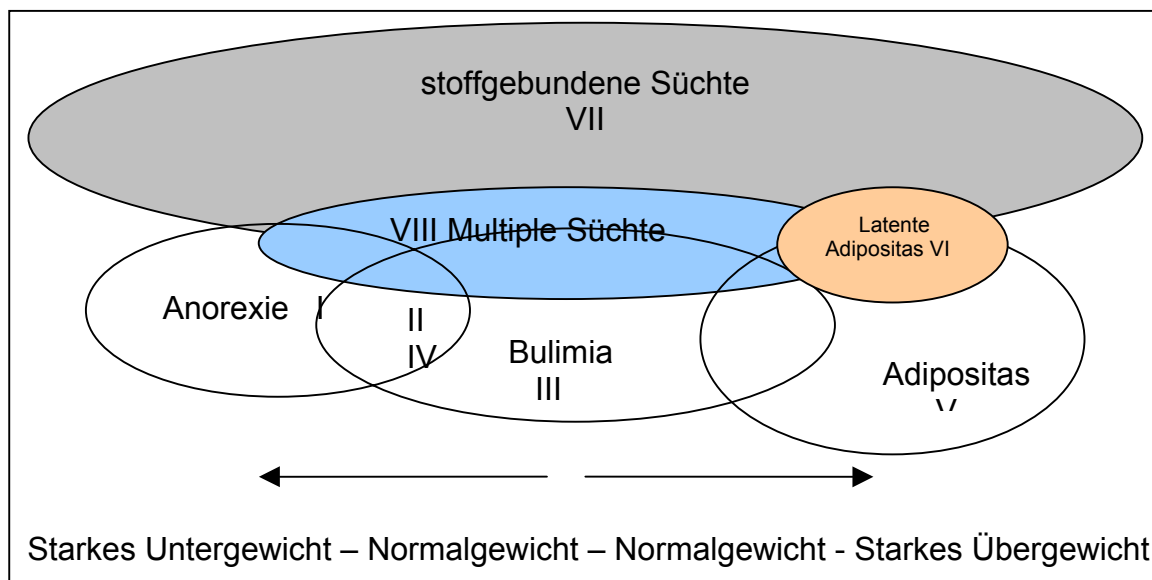
Gesundheit und Krankheit sind, so ist nochmals zu betonen, sozial vermittelte Phänomene, d.h. Konstruktionen. Die Zuordnung und Bewertung eines Phänomens erfolgt im Rahmen sozialer Übereinkünfte, mit denen bestimmt wird, welches Symptom als Krankheit bezeichnet wird und wo eine Ursache (dem Organismus, dem psychischen oder dem sozialen System oder mehreren) verortet wird. Durch die Bezeichnung eines Symptoms als eine Krankheit wird eine Realität geschaffen, die „wirkt“.

In einem multiperspektivischen Erklärungsansatz bilden die vorgestellten systemischen Konzepte grundlegende Bausteine eines Verständnisses gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Kontext der Wirkungsfelder Gesellschaft, Familie und Individuum. Sie weisen jedoch zwei erhebliche Defizite auf. Zum einen lassen sich die intrapsychischen Faktoren mit diesen Ansätzen nur unzureichend analysieren. Hierin besteht die besondere Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Ansätze. Zum anderen vernachlässigen systemtheoretische Ansätze den soziokulturellen und historischen Kontext; sie betrachten z.B. nur marginal soziale Machtstrukturen und ökonomische Lebenslagen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Diese Faktoren werden hingegen von feministischen und sozialkulturellen Ansätzen betont.

Im nächsten Kapitel gilt es, den teleskopischen Blick zu defokalisieren. Zunächst soll der Problemgegenstand des empirischen Teils dieser Studie, die „Essstörungen und die Multiplen Süchte“ definiert werden, um dann auf der konkreteren Ebene dieser speziellen Symptome soziokulturelle, psychoanalytische und systemische Konzepte zu integrieren und in den multiperspektivistischen Ansatz dieser Studie einzubinden.

5 Definitionen, theoretische Einordnung und methodologische Ansätze zur Bestimmung des Problemgegenstandes „Essstörungen und Multiple Süchte bei Frauen“

In den vorherigen Kapiteln wurden aus konstruktivistisch-systemischen Perspektiven Erklärungsansätze von Krankheit und Gesundheit vorgestellt. In diesem Kapitel erfolgt eine theoretische Einordnung des Problemgegenstandes der Essstörungen und der Multiplen Süchte. Aufgrund der vielen Gemeinsamkeiten der verschiedenen Formen von Essstörungen und der stoffgebundenen Süchte ist es wichtig, diese zunächst in einem Gesamtzusammenhang einzuordnen. Zu Beginn sei nochmals mit WATZLAWICK (2001) darauf verwiesen, dass es ein populärer und naiver Irrtum sei, zu glauben nur, weil wir etwas mit einem Namen bezeichnen, sei dies „das Ding“. Definitionen von Essstörungen und Süchten sind notwendige, nützliche Beschreibungen, d.h. Konstruktionen; sie sind „die Landkarte und nicht das Land“. Um einen einführenden Überblick zu ermöglichen, wird in der folgenden Abbildung ein dimensionales Übersichtsmodell vorgestellt, welches die Verbindungen zwischen den stoffgebundenen Süchten und den verschiedenen Formen der Essstörungen darstellt¹:



¹ MEERMANN und VANDERECKEN (1987, S. 5) stellen ein Modell ("Das Dysorexia/Dysponderosis Kontinuum") vor, indem sie versuchen Ess-/Gewichtsstörungen auf eine dynamische dimensionale Art und Weise zu beschreiben. Dieses Modell wird hier unter Einbeziehung der stoffgebundenen Süchte erweitert und modifiziert.

Anorexia:	I	anorektischer Teil – Untergewicht
	II	Erbrecher – Untergewicht
Bulimia:	II	Bulimie mit Untergewicht
	III	Bulimie mit Normalgewicht
	IV	Bulimie mit Übergewicht
Adipositas:	V	massives Übergewicht
latente Adipositas:	VI	meist Normalgewicht
stoffgebundene Süchte¹:	VII	Unter- bis Übergewicht
Multiple Süchte:	VIII	Unter- bis Übergewicht

Abb. Nr. 11: Modell: Formen der Essstörungen

Dieses dimensionale dynamische² Modell berücksichtigt, dass sich das klinische Bild einer Person im Laufe der Zeit ändern kann, während sich das „grundlegende Problem“ nicht unbedingt mit verändert³. An einem Ende des Kontinuums liegt das "klassische" Bild der Anorexia nervosa (I). Die Untergruppe der Erbrechenden und der Laxantienmissbraucherinnen (Abführmittelmissbrauch) (II) sind Anorexieklientinnen, die bulimische Tendenzen oder bulimisches Verhalten zeigen. Die Bulimia nervosa nimmt gewissermaßen eine zentrale Position zwischen den bulimischen Anorexia-nervosa-Patientinnen⁴ auf der einen Seite und den Übergewichtigen, zwanghaft überessenden Patientinnen auf der anderen Seite ein. Ans andere Ende des Kontinuums stelle ich die Adipositas (V). Dieses Modell bezieht die Problematik der latent Adipösen (IV und VI) ein. Mit dem Begriff „Multiple Süchte⁵“ (VIII) werden Menschen bezeichnet, die neben der Essstörung

¹ Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder „illegalen“ Drogen.

² Mit dem Begriff „dynamisch“ soll der Zeitfaktor eingebracht werden, der anzeigt, dass sich klinische Situationen verändern.

³ Dies ist eine künstliche Trennung, oftmals zeigt sich eine Kombination oder ein Wechsel der verschiedenen Formen, z.B. ein Symptomwechsel von der Anorexia zur latenten Adipositas.

⁴ LÄSSLE (1987) unterteilt die Bulimieklientinnen in die sogenannten „restrictors“, die ihr Untergewicht allein durch die Kalorienaufnahme herstellen und die sogenannten „buli-mics“, die zwischen Fastenperioden häufig normal essen oder „Fressanfälle“ haben und die Gewichtsreduktion durch selbstinduziertes Erbrechen oder exzessiven Laxantien- oder Diuretika-Abusus erreichen (vgl. GARFINKEL und GARNER 1982). (Laxantien sind Abführmittel, Diuretika sind die Harnausscheidung fördernde Mittel.)

⁵ Auf die „Multiplen Süchte“ wird im Folgenden eingegangen.

eine stoffgebundene Sucht (Alkohol, Tabletten und/oder andere Drogen) aufweisen. In der Abbildung nimmt diese Population eine zentrale Stellung ein, da sie im Schnittpunkt der verschiedenen Formen der Essstörungen und den stoffgebundenen Süchten (VII) liegen.

Die Definition einer Essstörung erfolgt durch einen Beobachter, der ein auffälliges Essverhalten feststellt. Ein entscheidendes Kriterium für die Zuschreibung einer Essstörung¹ ist für die Anorexie, den anorektischen Pol der Bulimie und die Adipositas die jeweilige Abweichung vom „Normalgewicht“. In früheren Jahren richteten sich die Forscher und Praktiker bei der Feststellung dieser Abweichung vom sogenannten Normalgewicht nach der bekanntesten und in der Praxis leicht anzuwendenden „Broca Formel“².

In der folgenden Tabelle wird dieses Kategoriensystem vorgestellt:

absolut behandlungsbedürftiges Übergewicht	mehr als 40 % über Normalgewicht
behandlungsbedürftiges Übergewicht	Mindestens 20 % über dem Normalgewicht
Übergewicht	mehr als 10 % über Normalgewicht
Idealgewicht	Männer: Normalgewicht minus 10% Frauen: Normalgewicht minus 15 %
Untergewicht	Unterhalb des Idealgewichts

Tab. Nr. 1: Die Broca Formel (HÄNSEL 1985, S. 15)

¹ Auch aus einer konstruktivistischen Perspektive ist die Abweichung vom Normalgewicht ein "hartes" Kriterium. Würde z.B. der subjektiven Deutung einer anorektischen Klientin, ihr extrem niedriges Gewicht sei lediglich das Merkmal eines „schönen Körpers“, gefolgt, könnte diese Konstruktion zum Tod der Klientin führen.

² Der Broca-Index des sogenannten Normalgewichts errechnet sich aus der Körperhöhe minus 100.

An diesem Kategoriensystem ist zu kritisieren, dass bereits bei einem alleinigen Übergewicht von 20 %, ohne weitere körperliche, psychische oder soziale Auffälligkeiten, angenommen wird, dass eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt¹. Nach vorliegenden Untersuchungen von Lebensversicherungen² ist es strittig, ob ein alleiniges Übergewicht (ohne zusätzliche körperliche Erkrankungen) von mehr als 20% einen signifikanten Einfluß auf die Mortalität ausübt. Allerdings ist nach klinischen Erfahrungen bei einem Übergewicht von mehr als 30 % von körperlichen Folgeerkrankungen auszugehen. Dieser Index bietet daher lediglich eine grobe Orientierung.

Die Berechnung der Abweichung vom sozial konstruierten „Normalgewicht“ erfolgt daher in den letzten Jahren zunehmend mit Hilfe des „body-mass-Index“ (BMI) . Der jeweilige Index wird errechnet, indem das Körpergewicht durch das Quadrat der Größe dividiert wird, angegeben in Metern. Ein Ergebnis von dem errechneten Wert von unter 19 bei einer Frau, beziehungsweise von unter 20 bei einem Mann, bedeutet Untergewicht, ganz gleich wie groß die Gewogenen sind. Von Übergewicht spricht man bei einem errechneten Wert von 24 bei Frauen (25 bei Männern). Adipositas beginnt bei 30, massive Adipositas ab 40.

Im Anschluß an diese Übersicht über die Essstörungen sollen im folgenden Kapitel die verschiedenen Formen der Essstörungen differenzierter dargestellt werden (Kap. 5.1). Um einen theoretischen Zusammenhang zu den stoffgebundenen Süchten herzustellen, ist im Anschluß der Suchtbegriff zu erörtern (Kap. 5.2.1). Eine Darstellung dieser Zusammenhänge ermöglicht zum einen eine Begründung, weshalb die Essstörungen in einem umfassenden Sinn als eine Form von „Suchtabhängigkeit“ begriffen werden können (Kap. 5.2.2) und zum anderen die Einführung des Begriffes der „Multiplen Sucht“ für das Phänomen der Essstörungen mit einer zusätzlichen stoffgebundenen Sucht. Die Thematisierung des Phänomens der Essstörungen beinhaltet auch eine Erörterung der „Karriere“

¹ Untersuchungen von Lebensversicherungsgesellschaften (vgl. VON DER WROGE, SPITZNER und METZ 1985, SPITZNER und MALCHOW 1985) zeigen, dass ein Übergewicht bis zu 20 % keine erhöhte Gesundheitsgefahr darstellt. Nach diesen Versicherungsstudien besteht eine Gefahr erst ab 10 % Untergewicht und ab ca. 30 % Übergewicht.

² Vgl. MEERMANN und VANDEREYCKEN, 1987.

dieses Phänomens als ein soziales Problem. Diese Thematisierung erfolgt in einem Exkurs.

Die theoretische Einordnung der hier untersuchten Problemgegenstände benötigt eine Diskussion all der vielfältigen Faktoren, die zur Entstehung dieser Phänomene beitragen. Da Essstörungen besonders häufig bei Frauen auftreten, werden zunächst auf einer allgemeineren Ebene grundlegende Aspekte der sozialen Situation von Frauen beschrieben (Kap. 5.3.), bevor diese auf das Phänomen der Essstörungen bezogen werden (Kap. 5.4.). Für ein multiperspektivisches Verständnis der Phänomene der Essstörungen und der Multiplen Süchte leisten soziokulturelle, systemische, feministische, analytische und behavioristische Ansätze¹ bedeutsame Beiträge. Diese werden abschließend erörtert, wobei die konstruktivistisch-systemischen Erklärungsansätze ein Bindeglied zwischen psychoanalytischen und soziokulturellen, bzw. feministischen Ansätzen bilden.

5.1. Die Formen der Essstörungen

Nach einer ersten Einordnung des Problemgegenstandes werden die Formen der Essstörungen differenzierter beschrieben. In diesem Überblick folgt die Darstellung dessen im Wesentlichen den begrifflichen Konstruktionen des Medizinsystems².

Nosologisch unterscheiden die meisten Autoren unter dem Begriff der „Essstörungen“³ die Krankheitsbilder Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas (z.B. BRUNNER und FRANKE 1997). Diese „klassischen“ Unter-

¹ Die Differenzierung in soziokulturelle, systemische, analytische u.a. Ansätze ist nur ein nützliches Konstrukt. All diese Ansätze sind miteinander verschränkt.

² Nochmals sei darauf verwiesen, dass es sich auch hier um Konstruktionen handelt. Um deren Bedeutung für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft zu illustrieren, soll auf ein Beispiel verwiesen werden: Im amerikanischen Diagnostikmanual, dem DMS (Diagnostical and Statistical Manual), wurde im Übergang vom DMS II zum DMS III aufgrund gesellschaftlichen Drucks die Homosexualität nicht mehr als Störung aufgeführt. So wurden durch eine neue Konstruktion Millionen Menschen „geheilt“.

³ Diese Untersuchung beschäftigt sich nicht mit selten auftretenden Essstörungen im Kindesalter (Pika- und Ruminationsstörungen) oder als Folge von organischen Erkrankungen.

scheidungen der Störungsformen sind durch die Phänomene der „latenten Adipositas“ und der „Multiplen Süchte“ zu ergänzen. Als erstes wird die Anorexie beschrieben:

Die Anorexia nervosa (auch Anorexie oder Magersucht) wird im Diagnostikmanual DMS IV wie folgt definiert:

- Weigerung, das Körpergewicht über einem Körpergröße und Alter entsprechenden minimalen Normalgewicht zu halten, Gewichtsverlust auf ein Gewicht von 15 % oder mehr unter dem zu erwartenden Gewicht.
- Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht.
- Störung der eigenen Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe oder Form, unangemessener Einfluß des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Verleugnung der Ernsthaftigkeit des aktuell niedrigen Körpergewichts.
- Bei Frauen das Aussetzen von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen, deren Auftreten sonst zu erwarten gewesen wäre (primäre oder sekundäre Amenorrhoe). (Bei Frauen liegt eine Amenorrhoe vor, wenn die Menstruation nur bei Gabe von Hormonen, z. B. Östrogenen, eintritt.)¹

Bei der Anorexie handelt sich um eine ethnopsychologische Störung. Ursächlich für die Entwicklung der Magersucht sind neben familiären Faktoren kulturethische und sozialstrukturelle Faktoren. Studien an verschiedenen Populationen (vgl. WITTCHEN u.a. 1989), berichten über eine Häufigkeit der Anorexia nervosa von 1 - 800 bis zu 1 - 100 bei Frauen im Alter von 12 - 18 Jahren. FRANKE und BRUNNER (1997) geben eine Prävalenz bei Frauen von 0,2 - 2% an². Die Mortalitätsrate liegt zwischen 5 und 18 % (WITTCHEN u. a. 1989). Diese Erkrankung³, bei der zu 95% Frauen betroffen sind, tritt gewöhnlich in der frühen bis zur späten Adoleszenz auf. Hauptsymptome sind das oft lebensbedrohliche

¹ Kritisch ist zu bewerten, dass diese Kriterien einerseits nur auf einen bestimmten Typ der Klientinnen ausgerichtet sind, andererseits besteht die Gefahr, dass Klientinnen, die nicht alle Symptome aufweisen oder diese leugnen, nicht als magersüchtig erkannt werden.

² GLOMP (2001), die sich auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezieht, geht von 100.000 Fällen aus.

³ Eine Übersicht über die Anorexie geben KÖHLE u.a. (1996), MEERBAUN u. VANDEREYCKEN (1989) und BRUNNER und FRANKE (1997).

Untergewicht und Körperwahrnehmungsstörungen (z.B. des eigenen Körpergewichts und der Körperform¹). Die Gewichtsabnahme wird durch die Reduktion der Nahrungsaufnahme erreicht und ist häufig mit einer übermäßigen körperlichen Betätigung verbunden. Meist wird der Gewichtsverlust durch eine Amenorrhoe begleitet (MEERMANN und VANDEREYCKEN 1987). Häufig zeigt sich bei der Anorexie selbstinduziertes Erbrechen und Laxantienmissbrauch (Abführmittelmissbrauch). Die Anorektikerinnen zeigen ein deutlich verringertes Interesse an sexuellen Handlungen. In der Mehrzahl finden sich bei den Klientinnen massive Schuldgefühle (z.B. über ihr Essverhalten und den Bereich der Sexualität). Typisch ist ein Erröten, das kontrolliert werden muss, wobei erlebt wird, dass dies mit Hunger scheinbar zu kontrollieren ist. Viele Klientinnen befürchten zurückgewiesen und nicht anerkannt zu werden. In der Lebensgeschichte lassen sich häufig bereits Essstörungen in den ersten Lebensjahr eruieren. Entweder wurde in der Säuglings- oder Kleinkindzeit das Essen vom Kind verweigert oder es wurde überfüttert. Die Mütter erinnern sich oft gut an diese frühen Essprobleme. Insgesamt zeigen Magersüchtige eine auffallend hohe soziale Anpassung, Aggressionsblockierungen und ein deutliches Defizit an eigener selbstbewußter Autonomie (MALER 1989). (Diese Phänomene führen psychoanalytisch argumentierende Autoren auf frühkindlich angelegte konfliktreiche Beziehungsstörungen, insbesondere zur Mutter, zurück.) Die Betroffenen leugnen und bagatellisieren vielfach den Schweregrad der Erkrankung. Die Magersüchtigen sind einer Behandlung oftmals (zunächst) nicht zugänglich.

Die **Bulimia nervosa**² (307.51) definieren WITTCHEN u.a. (1989 im DMS III R) wie folgt³:

¹ Anorektikerinnen sind nicht in der Lage ihr Körperschema realitätsgerecht einzuschätzen. Sollen sie beispielsweise mit geschlossenen Augen den Durchmesser der Oberschenkel mit den Händen anzeigen, überschätzen sie den Umfang der (spindeldürren) Beine um 150 - 400 Prozent, die Länge können sie hingegen genau bestimmen. Auch die Eltern halten ihre Tochter für dicker als sie real ist, während andere Personen sie realer einschätzen (Spiegel 46/2000, S. 161).

² Zur Übersicht siehe FEIEREIS (1996) und FRANKE und BRUNNER (1997).

³ Im DMS IV (1996, siehe BRUNNER und FRANKE 1997) wird ergänzend die Bulimia nervosa in zwei Typen spezifiziert; erstens den „Purging Typ“ mit regelmäßig selbst induzierten Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern und zweitens den „Non-purging Typ“, bei dem ungeeignete kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung im Mittelpunkt des Verhaltens stehen.

- „A) *Wiederholte Episoden von Essanfällen (schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne).*
- B) *Das Gefühl, das Essverhalten während der Essanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.*
- C) *Um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, greift die Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie selbstinduziertem Erbrechen, dem Gebrauch von Laxantien oder Diuretika, strengen Diäten oder Fastenkuren oder übermäßiger körperlicher Betätigung.*
- D) *Durchschnittlich mindestens zwei Essanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.*
- E) *Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.“*

Die Bulimia nervosa¹ tritt bei 2 - 4% aller Frauen auf (BRUNNER und FRANKE 1997)². Hauptmerkmale dieser Störung sind unkontrollierte Essanfälle mit anschließendem Erbrechen und/oder Laxantienmissbrauch, wobei das Gewicht zumindest gehalten werden soll. Der Beginn der Erkrankung liegt meist im dritten Lebensjahrzehnt, wobei viele Betroffene früher unter Anorexie oder Adipositas³ litten. Während der Essanfälle wird eine große Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne aufgenommen, mit dem Gefühl, das Essverhalten während der Essanfälle nicht kontrollieren zu können. Im Anschluß erfolgt das Erbrechen. In Verbindung mit den Essanfällen und dem Erbrechen⁴ stehen strenge Diäten, Fastenkuren, übermäßige körperliche Betätigung zur Verhinderung der Gewichtszunahme und eine andauernde Beschäftigung mit Figur und Gewicht. Zumeist werden die Speisen hastig heruntergeschlungen und wenig gekaut. Auch wenn die Essanfälle häufig Lustgewinn bedeuten, folgen im Anschluß Selbstkritik und depressive Verstimmungen. Gewichtsschwankungen

¹ Für diese Symptomatik führte RUSSEL (1973 in MEERBAUM u. VANDEREYCKEN 1987) den Begriff der "Bulimia nervosa" ein, ZIOLKO (1982) spricht von "Hyperorexie" und "hyperhogenen Essstörungen". Desweiteren werden die Begriffe "chaotisches Diätsyndrom", "Bulimarexie", "Dysorexie", "Bulimia" und "Bulimie" benutzt.

² GLOMP (2001) geht von 600.000 Fällen aus.

³ Diesen Sachverhalt berichteten mir mehrere Klientinnen.

⁴ Nach Untersuchungen von BRAND-JACOBI (1984) liegen die durchschnittlichen Kalorienmengen einer Freßattacke bei ca. 3500 Kalorien, bei in der Woche durchschnittlich elf Freßattacken.

sind vielfach zu beobachten, die Betroffenen haben häufig das Gefühl, dass das Essverhalten ihr ganzes Leben bestimmt. Die körperlichen Folgeerkrankungen sind vielfältig¹.

Die Betroffenen sind mehrheitlich zwischen 20 und 30 Jahren alt, nur 22% sind älter und 16% jünger (PAUL 1984). Typisch ist ein hoher schulischer Ausbildungsstand (über 60% haben Abitur) und die Herkunft aus mittleren und höheren sozialen Schichten. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer beträgt sieben Jahre; über 30% leiden seit mehr als zehn Jahren an Bulimie. Die Klientinnen geben als Auslöser von Essanfällen die verschiedensten Gefühle² und die verschiedensten sozialen Situationen an. Die Bulimie ist wie die Anorexie ebenfalls multifaktoriell bedingt. Als Ausdruck mangelnder Konfliktfähigkeit richten die Klientinnen ihre Energien und Aggressionen gegen sich selbst (Autoaggressionen). Ihre „Abhängigkeitsstruktur“³ verhindert Autonomie und Ablösung vom Elternhaus und behindert die Bildung einer eigenen Identität. Viele Klientinnen fixieren sich auf ein projiziertes „männliches Ideal“, um so zu sein, wie eine Frau zu sein habe. Bulimische Frauen versuchen damit ein Idealbild von "Weiblichkeit" zu erreichen; sie sind angepasst an gängige Normen. Es gelingt den Klientinnen kaum, langfristige Lösungsstrategien zu entwickeln und das Aufschieben unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung zu ertragen (PAUL 1985). Die Klientinnen können nur schlecht Forderungen stellen; es fällt ihnen schwer, sich offen durchzusetzen und gegebenenfalls nein zu sagen. Dies sind Anzeichen einer starken Kritik- und Kontaktangst. Bulimieklientinnen erleben eine starke Polarisierung zwischen dem nach außen dargestellten Ideal und dem eigenen Selbstwörterleben. Viele Betroffene sind emotional labil und zeigen depressive, masochistische und suizidale

¹ Zu den körperlichen Folgen gehören, durch das häufige Erbrechen, Störungen des Elektrolythaushaltes und Beeinträchtigungen der Funktionen der Herzmuskulatur. Da Magensäure mit erbrochen wird, entstehen Entzündungen der Speiseröhre; der Magen kann erschlaffen und es kann zu chronischer Verstopfung mit der Gefahr eines Darmverschlusses kommen. Die Regelblutung kann ausbleiben. Weitere Folgeerkrankungen sind eine Erweiterung des Magens, niedriger Blutdruck, starker Kräfteverfall, hormonbedingte Veränderung der Körperbehaarung (feiner Haarflaum am ganzen Körper), brüchiges Haar, Haarausfall und trockene Haut.

² Die Teilnehmerinnen einer Untersuchung von T. HABERMAS (1990) geben als Auslöser (Beispiele) zu 67 % Einsamkeit und Alleinsein, 54 % Stress, 38 % Zustände der inneren Leere, 3 % Wut/Ärger, 36 % Ängste und zu 21 % Traurigkeit an.

³ Siehe hierzu das Kapitel 5.2.1: „Der Suchtbegriff“.

Tendenzen (KIESELBACH 1987). G. REICH¹ beobachtet eine Bedürfnisverschiebung auf andere Personen, die versorgt werden müssen (z.B. mit Nahrung). Bulimische Klientinnen fürchten eine Verletzung ihrer Grenzen. Sie bilden persönliche Konstruktionen (personal constructs²), die so benutzt werden, als hätten sie die Gültigkeit von Naturgesetzen (HORSTKOTTE-HÖCKER 1987). Bulimische Patientinnen zeichnen sich insgesamt³ durch erhöhte Impulsivität, erhöhte Depressivität, Angstsymptomatiken, eine Body-Image-Störung, das Gefühl der Minderwertigkeit und Inadäquatheit, der Entfremdung, der Hilflosigkeit und Zwanghaftigkeit, einem erhöhten Suchtmittelmissbrauch, vermehrten Diebstählen, Selbstverachtung, dem Bedürfnis nach Anerkennung und mangelnder sozialer Anpassung aus.

Obwohl ich mich im empirischen Teil dieser Studie auf die Untersuchung von Frauen mit Anorexie, Bulimie und Multiplen Süchten beschränke, ist es notwendig auch die Adipositas und die latente Adipositas vorzustellen, da viele der betroffenen Menschen die Form der Essstörung im Laufe des Lebens wechseln.

¹ Vortrag auf einer Fortbildungsveranstaltung der Universität Göttingen, September 1989.

² Diese persönlichen Glaubenssätze sind „verzerrte“ Darstellungen der eigenen Situationen und der Beziehungskonstellationen, die das Individuum einschränken.

³ PAUL differenziert in seiner Studie drei heterogene Untergruppen der Bulimie, in denen sich eine relativ hohe Übereinstimmung innerhalb der gefundenen Untergruppen findet. Die Untergruppen beschreibt PAUL wie folgt:

Gruppe I: "sozial-phobische Gruppe" (N = 100) Die Patientinnen entsprechen dem Bild von sozial-phobischen Menschen und sind gekennzeichnet durch starke Ängste vor Blamage, Kritik und Mißerfolg. Sie trauen sich nicht Forderungen zu stellen, nein zu sagen und berichten von großen Kontaktschwierigkeiten. Die Patientinnen beschreiben sich als: stimmungslabil, minderwertig, mit geringer spontaner Aggressionsneigung, rücksichtsvoll und mäßigend. Impulsiven Handlungen und schnellen Entscheidungen sind sie abgeneigt.

Gruppe II: "impulsive Gruppe" (N = 85). Diese Patientinnen sind gekennzeichnet durch eine geringe Frustrationstoleranz, erhöhte Reizbarkeit mit aufbrausenden Affekten, Impulsivität und Unbeherrschtheit bei sehr geringer Selbstkontrollfähigkeit, Erlebnishunger und emotionaler Unreife. Trotz Befangenheit im emotionalen Kontakt gelingt es diesen Personen schnell Freundschaften zu schließen. Dieser Gruppe wird eine Neigung zu autoritär-konformistischem Denken, ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere, Stimmungslabilität (vorwiegend depressiv), Insuffizienzgefühle, Angst (vor Mißerfolg, Blamage und Kritik), Schüchternheit, Lampenfieber und körperliche Beschwerden vor bestimmten Anlässen oder bei Aufregung, generelle Klagen über körperliche und/oder psychosomatische Beschwerden, Entscheidungsunsicherheit und wenig Durchsetzungsvermögen zugeschrieben.

Gruppe III: "unauffällige Gruppe" (N = 81). Patientinnen dieser Gruppe unterscheiden sich deutlich von denen der anderen Gruppen. Sie sind gekennzeichnet durch eine ausgeglichene Stimmung, sind eher positiv, optimistisch gestimmt und fühlen sich dem Leben gewachsen.

Anders als die Anorexie und die Bulimie sind Adipositas und latente Adipositas nicht im ICD, bzw. im DMS klassifiziert. Der ICD 10 (DILLING u.a. 1991) bietet lediglich die Kodierungsmöglichkeit „F 50.4. Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“ an. In diesem wichtigen diagnostischen Standardwerk fehlt ebenfalls das Störungsbild der „latenten Adipositas“, obwohl PUDEL bereits 1978 über dieses häufig vorkommende Phänomen berichtete. Auch im DSM IV (SASS u.a. 1996) ist die Adipositas nicht aufgenommen worden, da sie nicht konsistent mit psychischen oder Verhaltenssyndromen verknüpft sei¹.

FRANKE und BRUNNER (1997) gehen von einer Prävalenz des Phänomens der **Adipositas** bei 12 - 18 % der erwachsenen Bevölkerung aus, wobei der Anteil der Frauen gegenüber den Männern nur unwesentlich höher ist². Allgemein wird die Adipositas den Essstörungen zugeordnet³. Der Begriff Adipositas wird fälschlicherweise oft synonym für „Übergewicht“ verwendet. Das Hauptkriterium für die Diagnosestellung einer Adipositas ist das Vorliegen eines beträchtlichen Übergewichts⁴. Zusätzlich wird von körperlichen⁵, sozialen und psychischen Störungen ausgegangen, es erfolgt also eine zusätzliche Klassifizierung auf weiteren Referenzebenen.

Adipöse Personen essen übermäßig oder verwerten die Nahrung mehr als optimal. Oft wirkt der Essensstil gierig (BATTEGAY 1982). Diesen Personen wird nachgesagt, sich aller Kontrolle zu entsagen (z.B. von BRUCH 1885 und

¹ WEBER und STIERLIN (1989) verweisen auf Überlegungen, nach denen bereits 1985 erwogen wurde, zumindest die Adipositas in den DMS III R aufzunehmen.

² Nach einer Stichprobe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (1980) hatten 16 % der Männer und 18 % der Frauen über 15 % Broca-Referenzgewicht. Bei vorhandenem Übergewicht neigen Männer eher zu einem mittleren Übergewicht, Frauen eher zu einem ausgeprägten Übergewicht resümiert das BUNDESMINISTER für JUGEND, FAMILIE und GESUNDHEIT (Hrsg.) im Forschungsbericht "Interdisziplinäre Therapie der Adipositas" (1985). Bereits bei den Säuglingen sind 20 % „überfüttert“, 63 % dieser Kinder entwickeln bereits ein Übergewicht im ersten Jahr (PUDEL 1978).

³ Vgl. z.B. BRUNNER u. FRANKE 1997, ALIABADI u.a. (1985), PUDEL (1978) und VON DER WROGE u.a. (1985).

⁴ Bei mäßigem Übergewicht wird normalerweise davon ausgegangen, dass keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestehen.⁴

⁵ Erhöhtes Übergewicht führt zur Gefahr der Überlastung des Muskel- und Skelettsystems und der Widerstand gegen Infektionskrankheiten ist gemindert. Es besteht weiterhin die Gefahr Folgeerkrankungen (Diabetis, Fettleber, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte u.a.) zu entwickeln und damit zu einer höheren Herzinfarkt Wahrscheinlichkeit und letztlich einer geringeren Lebenserwartung beizutragen.

BATTEGAY 1982). Dieses Essverhalten begründet BRUCH (1968), deren Ausführungen hier beispielhaft für eine Reihe von Autoren zusammengefasst werden, ätiologisch mit dem Vorliegen einer frühen Persönlichkeitsstörung, der sie eine Schutz- und Abwehrfunktion zuschreibt. Die "orale Persönlichkeit" ist für BRUCH (1985) gekennzeichnet durch geringes Selbstvertrauen, Aggressionshemmung und eine generelle „Abhängigkeit“. Diese "Fettsucht", wie BRUCH die Adipositas auch bezeichnet, stellt sie anderen Formen von Abhängigkeit in Bezug auf die vorliegende "Suchtpersönlichkeit" gleich.

Ähnlich wie BRUCH (1991) sieht ALIABADI (1985) die Ursachen dieser Störung in einer Überfürsorge und z.T. in der Ich-Schwäche der Mutter, die übereifrig reagiere¹. Häufig sei diese nicht in der Lage, eine echte Beziehung herzustellen, statt dessen stände die Versorgung mit Nahrung im Vordergrund, während andere Bedürfnisse des Kindes weniger beachtet würden. Unlustgefühle des Kindes würden als Hunger gedeutet. Beim Kind entwickle sich so eine starke Anspruchshaltung. Die ängstliche und verunsicherte Mutter könne dem wenig entgegensetzen.

Allgemein erleben sich adipöse Menschen wegen ihrer Körperfülle stigmatisiert; sie müssen Verachtung von anderen ertragen und widersprechen dem gängigen Schönheitsideal. Häufig haben sie viele Diätversuche hinter sich; letztlich haben sie den Kampf gegen das Übergewicht verloren. Bei aller Problematik für die Betroffenen kann das Übergewicht "psychische Vorteile" im Sinne eines Abwehrmechanismus beinhalten. Insgesamt zeigen vorliegende Untersuchungsergebnisse² ein uneinheitliches Persönlichkeitsbild der Adipösen. In der Fachliteratur wird m.E. bei der Bewertung der ursächlichen Bedingungen die Bedeutung der Persönlichkeit und der zugrundeliegenden psychischen Faktoren zu sehr betont,

¹ ALIABADI (1985) beschreibt neben der überfürsorglichen Mutter eine dominierende Mutter, die ebenfalls die Signale ihres Kindes mißdeute und nicht in der Lage sei, ihr Kind als ein eigenständiges Wesen zu begreifen. Hierdurch würden die Impulse des Kindes gelähmt, obwohl kaum ein böses Wort fällt. Der Lebensmut wird durch den Mantel der "natürlichen Mutterliebe" erstickt. Diese Mütter berichten, sie hätten die Wünsche ihrer Kindes vorausgeahnt und dem Kind nie erlaubt, hungrig zu sein. Die Annahme ist, dass die Gefühle des Kindes fehlinterpretiert werden und es zu keiner konstruktiven Auseinandersetzung kommt (ähnlich BRUCH 1985).

² Vgl. SPIZNER u. MALCHOW (1985), PUDEL (1978), MESTER (1981).

während soziale Faktoren, wie z.B. falsches Ernährungsverhalten, mangelnde Bewegung, u.a., zu wenig Bedeutung erfahren.

Von dieser klassischen Form der Adipositas ist die **latente Adipositas**¹ zu unterscheiden. Die betroffenen Personen sind davon überzeugt, sie könnten ihr Gewicht nur durch ein rigides Kontrollsystem aufrechterhalten. Dies bedeutet einen ständigen Kampf, ein ständiges Beschäftigtsein mit Essen, Diäten, der Figur usw.. Das Gewicht liegt meist etwas über dem Normalgewicht. Diese Personen wollen oftmals dünner sein als es ihrer Konstitution entspricht. Latent Adipöse leben mit der ständigen Befürchtung, dass das Gewicht ansteigen könnte, wenn sie gemäß ihrem Appetit essen würden. Bei Untersuchungen stellte PUDEL (1978) fest, dass latent adipöse Probanden im Durchschnitt oftmals weniger essen als Normalgewichte. Wie bei anderen Formen des gestörten Essverhaltens, nehmen auch diese Personen häufig Abführmittel, Appetitzügler und harntreibende Substanzen ein. Diese Personen haben enorme Schwierigkeiten sich abzugrenzen, versuchen ihr Verhalten zwanghaft zu kontrollieren und sind stark von der Bewertung anderer abhängig. Sie streben nach Perfektion und erleben häufig ein Gefühl von Benachteiligung (ALIABADI 1985)².

Diagnosekriterien für die latente Adipositas sind m.E.:

- ständige Auseinandersetzung mit dem Körpergewicht, dem Essen und dem Aussehen,
- Hohe Gewichtsschwankungen innerhalb kurzer Zeit,
- massive Angst vor einer Gewichtszunahme,
- fehlendes Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse und Körpersignale,
- Wechsel zwischen Zuviel-Essen und Diät-Halten,
- andere Essstörungen in der Biografie,
- den Reaktionen der Mitmenschen in Bezug auf das Gewicht und das Aus-

¹ BRUCH (1985) nennt dieses Symptom "Pseudo-Schlanksein"; MEERBAUM u. VANDEREYCKEN (1987) bezeichnen adipöse Menschen als „Dünne-dicke Leute“. Nach ALIABADI (1985) ist die Bezeichnung latente Magersucht oft treffender als die der latenten Fettsucht.

² Vgl. PITTKAU (1982) und ORBACH (1982).

sehen wird eine übermäßige Bedeutung gegeben.

Die Betroffenen fühlen sich vielfach von den Umwelten nicht verstanden und abgewertet. Die Problematik der latenten Adipositas wird von der Wissenschaft und den beratenden Institutionen noch nicht ernst genug genommen, die subjektive Bedeutung und das Ausmaß der Problematik wird nicht ausreichend gewürdigt. In der Literatur finden sich bisher nur wenige Angaben über den Familienhintergrund dieser Personen; auch aus systemischer Sicht ist die latente Adipositas, ebenso wie die Adipositas, nur sehr unzureichend untersucht worden.

Generell ist die Entwicklung einer Essstörung der Versuch, einen multifaktoriell verursachten Konflikt zu lösen. Dieser Lösungsversuch führt zu massiven Folgeproblemen. Aus systemtheoretischer Perspektive unterscheidet ein Beobachter bei der Klassifizierung einer Essstörung ein Merkmal (ein auffälliges Essverhalten und/oder eine Abweichung vom "Normalgewicht") und weist dieses Merkmal einem anderen System, dem psychischen und sozialen System, durch Kommunikation sozial zu. Die Verursachung des Symptoms der Essstörung wird nicht nur innerhalb des Körpers, sondern zusätzlich außerhalb dieses Systems – im sozialen System oder der Psyche – gesucht. Zu einem Symptom, dem bestimmte Ursachen zugeschrieben werden, wird das Phänomen der Essstörung erst im Rahmen einer sozialen Konvention¹.

¹ Um nochmals zu verdeutlichen, dass es sich bei solchen Klassifizierungen immer um Konstruktionen von Beobachtern handelt, sollen weitere unterschiedliche gebräuchliche psychodiagnostische Bewertungen der Essstörungen (an den Beispielen der Anorexie und der Bulimie) erwähnt werden: Für SELVINI-PALAZZOLI (1984) bewegt sich die Anorektikerin zwischen Schizophrenie und Depression. Die Magersucht sei ein Schutz vor Depression und Selbstmord. WARDETZKI (1991) und MESTER (1991) legen den Schwerpunkt ihres Erklärungsansatzes auf den weiblichen Narzißmus. DEEGENER (1982) sieht die ödipale Konstellation bei der Anorexia nervosa in der Literatur kaum berücksichtigt. MENTZOS (1987) stellt den strukturellen Mangel mit einer mangelhaften Entwicklung des Selbstsystems der labilen narzißtischen Homöostase in den Vordergrund. Dieser Strukturmangel beruht für MENTZOS letztlich auf sehr frühen Konflikten, die im Wesentlichen durch Autonomiekonflikte geprägt sind, da die Klientinnen im Familiensystem verstrickt sind. Das Erbrechen der Bulimieklientin erklärt MENTZOS mit Hilfe des regressiven Modus der Bewältigung des Sich-Entledigens, bzw. der Selbstreinigung (Exkorporation). Nach diesem Modell versuchen die Klientinnen durch Regression in den primären Zustand die Aufrechterhaltung der narzißtischen Homöostase zu erreichen. LÄSSLE (1987) hingegen stellt das Merkmal der Depression in den Vordergrund seiner Betrachtungen.

5.2 Das Phänomen der Essstörungen und die Substanzabhängigkeit

In der Literatur wird auf den häufigen und zusätzlichen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei essgestörten Menschen ebenso verwiesen, wie auf häufig zu beobachtende Essstörungen bei Personen mit einer substanzbezogenen Abhängigkeit. In der Ätiologie und der Symptomatologie dieser Phänomene zeigen sich viele Gemeinsamkeiten¹. Bisher fehlt jedoch ein komplexes Modell, welches das häufig auftretende Phänomen einer Essstörung und einer zusätzlichen stoffgebundenen Sucht integriert. Zur Kennzeichnung von Störungen dieser Art möchte ich den Begriff der „Multiplen Süchte“ einführen. In diesem Kapitel wird versucht, einen Beitrag zu der Entwicklung eines solchen Modells zu leisten.

Um die Einführung des Begriffes „Multiple Süchte“ zu untermauern, wird in diesem Kapitel zunächst der Suchtbegriff diskutiert (siehe Kap. 5.2.1: „Der Suchtbegriff“). Anschließend werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Essstörungen und den stoffgebundenen Süchten diskutiert, um zu begründen, weshalb die Essstörungen als eine spezifische Formen einer „Sucht“ zu betrachten sind (siehe Kap. 5.2.2: „Multiple Süchte – Anorexia und Bulimia bei Substanzabhängigkeit“). Zum Abschluß des Kapitels werden erste Aussagen über die Prävalenz dieser Störung gemacht und diese Störungsform von anderen Krankheitsbildern abgegrenzt.

Die Bewertung², ob eine Essstörung, Suchtgefährdung oder eine Abhängigkeit vorliegt und welchen Schweregrad sie aufweist, hat für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die beratenden und betreuenden Institutionen beträchtliche Konsequenzen. Dabei stimmen die Selbstbewertungen der Klientinnen und ihrer Angehörigen vielfach nicht mit den Fremdbewertungen überein. Die unterschiedlichen Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen gründen sich nicht nur auf unterschiedlichen Perspektiven (z.B. über die Bedeutung eines Kontrollverlustes

¹ Siehe GERLINGHOFF 1996, FRANKE 1994, SIMON u. JANßEN 1998, VOGELSANG 1997 u. 1998, HÄNSEL 1985, GARNER und GARFINKEL 1982, BACHMANN 1990.

² Die Bewertung erfolgt mit Hilfe von diagnostischen Manualen, mit denen versucht wird, zu beobachtende Verhaltensweisen zu klassifizieren und zu gewichten.

oder über die Notwendigkeit, die Form oder die Dauer einer Behandlung) sondern sie sind auch das Ergebnis unterschiedlicher Interessen. Beispielsweise haben die Kostenträger (Rentenversicherung und Krankenkassen) von Alkoholentwöhnungsbehandlungen das Bestreben die Kosten zu reduzieren¹ oder es resultieren aus der Definition einer Abhängigkeit und der Beurteilung des Schweregrades Interessenkonflikte². Weiterhin wirkt sich die Definition eines Trinkverhaltens als eine Abhängigkeit auch auf das von den meisten Fachleuten vorgegebene Ziel einer lebenslangen Abstinenz³ für alle als suchtkrank definierten Menschen aus. Die jeweilige Bewertung, d.h. die soziale Konstruktion davon, welche Art von Störung vorliegt, bestimmt zudem, wer eine Betreuung und Behandlung vornehmen darf und wer hierfür Geld erhält. Diese Hinweise zeigen nochmals: Die Bewertungen von Phänomenen als Symptome von Krankheiten sind Beobachtungen und Konstruktionen von Beobachtern, die immer auch die erkenntnisleitenden Interessen der Beobachter an einer bestimmten Definition eines Symptoms, bzw. der Zuordnung zu einer bestimmten Referenzebene, widerspiegeln.

5.2.1 Der Suchtbegriff

Um sinnvoll kommunizieren zu können ist es notwendig, Sucht, Alkoholismus, Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit zu definieren. Die genannten Begriffe sind weit verbreitet, jedoch sehr unscharfe Begriffe. Die Definitionen solcher Begriffe sind, dies soll nochmals betont werden, soziale Konstruktionen, d.h. kommunikativ getroffene Vereinbarungen. Systemtheoretisch formuliert: Sie sind ein Merkmal der Beobachtung, nicht aber der zu beobachtenden Phänomene. Sie werden durch die Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder sozialen System), also durch Kommunikation sozial festgelegt und sind immer auch „interessengeleitet“.

¹ So wurde in den letzten fünfzehn Jahren die Dauer der regulären stationären Entwöhnungsbehandlungen von sechs Monaten auf zwei bis vier Monate reduziert.

² Beispielsweise können Interessenkonflikte bei den behandelnden Institutionen darüber bestehen, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung angemessen ist.

³ In der neueren Forschung wird dieses Therapieziel einer lebenslangen Abstinenz für Suchtkranke besonders von KÖRKEL (1998, 2000) in Frage gestellt und zum Teil verworfen.

Ein allgemeines Verständnis von Sucht und Abhängigkeit¹ stellen DÖRNER und PLOG (1978) vor. Sie gehen davon aus, dass Abhängigkeit, bzw. die Fähigkeit zum „abhängig sein“, eine Voraussetzung für unser Überleben ist und somit der Tatbestand "sich abhängig machen von" zum Wesen des Menschen überhaupt gehört. Der Mensch ist körperlich abhängig von der Nahrungsaufnahme, seelisch durch Suchen und Finden von Zielsetzungen bzw. Sinngebungen und sozial von Beziehungen zu anderen Menschen, um als soziales Wesen sein Leben und Überleben zu sichern. Persönliches Wachstum und Entwicklung, bzw. Reifung, vollzieht sich in der gelungenen Auseinandersetzung zwischen den Polen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Die Unfähigkeit, diese Spannung zu ertragen, kann dazu führen, die als negativ erlebte Abhängigkeit durch Zuhilfenahme eines Mittels zeitweilig ertragbar zu machen, führt jedoch letztlich zur Fixierung auf dieses Mittel, zur Dosissteigerung und somit zur Sucht in Form einer "Zwangshandlung".

Bezogen auf das Suchtmittel Alkohol wird in den letzten Jahren (vgl. FEUERLEIN u.a. 1995) Alkoholismus nur noch als Alkoholabhängigkeit bezeichnet, um diesen Begriff besser vom Alkoholmissbrauch abgrenzen zu können. Alkoholkonsum, der zu körperlichen und/oder psychosozialen Schäden führt, wird als Alkoholmissbrauch bezeichnet (FEUERLEIN u.a. 1995). Alkoholabhängigkeit, bzw. das Konstrukt, das Alkoholabhängigkeit genannt wird, ist durch eine körperliche Abhängigkeit (Auftreten von Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen) und/oder eine psychische Abhängigkeit gekennzeichnet, wobei eine Zentrierung des Denkens und Strebens auf den Alkohol erfolgt. Kontrollverlust und Trinken sind trotz besseren Wissens um die alkoholbezogenen Probleme zu beobachten (siehe FEUERLEIN u.a. 1995).

Für eine Operationalisierung der Diagnose einer Abhängigkeit soll auf das Diagnostikmanual des DMS IIR (WITTCHEN u.a., 1989 S. 214) verwiesen werden. Für die Stellung der Diagnose einer "Abhängigkeit von psychotropen

¹ Bei solch einer Definition ist nicht geklärt, inwieweit Verhaltensweisen wie Glücksspiel, exzessives Arbeiten, Fernsehkonsum u. a. als Sucht zu betrachten sind.

Substanzen" müssen demnach wenigstens drei von neun der im Folgenden aufgeführten Begleitsymptome zu diagnostizieren sein¹:

- „1) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- 2) Anhaltender Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- 3) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Diebstahl), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen
- 4) Häufiges Auftreten von Intoxikations- oder Entzugssymptomen, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule und zu Hause erwartet wird (geht nicht zur Schule wegen eines Katers, erscheint „high“ in der Schule oder bei der Arbeit, ist intoxikiert, während er auf seine Kinder aufpasst) oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt (z.B. Alkohol am Steuer).
- 5) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- 6) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmissbruch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. ...)
- 7) Ausgeprägte Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung (d.h. wenigstens 50% Dosissteigerung), um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.....
- 8) Charakteristische Entzugssymptome.
- 9) Häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden.“

Für ein Individuum ist ein Suchtverhalten subjektiv ein "sinnvolles" Verhalten. Daraus ergibt sich die Frage nach dem Sinn des Suchtverhaltens oder die Offenlegung der dahinterstehenden privaten Logik. Suchtverhalten kann als ein Selbstheilungsversuch interpretiert werden, bei dem die Form der Problemlösung

¹ Bei der Diagnosestellung eines Abhängigkeitssymptoms müssen einige Symptome seit mindestens einem Monat bestehen oder wiederholt über einen längeren Zeitraum auftreten (z. B. beim „Quartalstrinken“).

letztlich selbst zum Problem wird. Als ein „Abwehrmechanismus“ schützt Suchtverhalten die Persönlichkeit (auf „verschiedenen Stufen“) vor subjektiv nicht mehr zu bewältigbar scheinenden Anforderungen und Konflikten. Das Suchtmittel kann einer Sublimierung (erste Stufe) dienen oder bei neurotischen Störungen (zweite Stufe), bei Borderline-Störungen, bzw. sogenannten „frühen Störungen“ (dritte Stufe), bzw. bei psychotischen Störungen (vierte Stufe) eingesetzt werden (siehe MENTZOS 1984).

Aus psychoanalytischer Sicht liegt bei der Beschreibung der Triebdynamik die Betonung auf der Oralität. Hervorgehoben wird der emotionale Rückzug in Form einer Regression auf die orale Befriedigung und das orale Ausweichverhalten mit einer symbiotischen Verschmelzung der aggressiven Impulse. Das Suchtmittel ist in der Regel ein „Übergangsobjekt¹“, es soll die „innere Leere ausfüllen“ und den Beziehungsschmerz betäuben. Abhängige Menschen haben oft ein schwach ausgeprägtes Selbstwertgefühl mit umfassenden narzißtischen Anteilen des Selbst (MENTZOS 1984).

Bei der Diagnose der Psychodynamik Suchtkranker können aus psychoanalytischer Sicht² drei Ebenen unterschieden werden:

- Auf der Ebene der mitmenschlichen Beziehungen, dem zugrundeliegenden psychodynamischen Konflikt, (in der psychoanalytischen Sprache die Objektbeziehungen³) wird das Suchtmittel als Ersatz für Liebe und Nähe benutzt.
- Auf der Ebene der Affekte dient das Suchtmittel dazu, bedrohliche Gefühle abzuschirmen.
- Auf der Ebene des Bewußtseins kommt es durch das Suchtmittel zu einer Befreiung von der Aufgabe, sich an der Realität orientieren zu müssen.

¹ „Übergangsobjekte“ (z.B. Stofftiere) helfen dem Kind (aus einer analytischen Perspektive), sich emotional von den Eltern Schritt für Schritt zu lösen und autonom zu werden, indem es lernt für immer längere Zeiten ohne Eltern auszukommen. Übergangsobjekte schaffen kommunikative Brücken zwischen dem kleinen Kind und seinen Bezugspersonen. Besonders frühe Übergangsobjekte spielen für die Ausbildung des Körperbewußtseins und der Angstabwehr eine große Rolle.

² Auf analytische Ansätze gehe ich ausführlicher im Kapitel 5.4.2: „Analytische Erklärungsansätze“ ein.

³ Siehe KERNBERG (1993) und SCHARFETTER (1985).

Für die Entstehung dieser Selbstwertproblematik wird aus psychoanalytischer Sicht ein frühes¹ Lebensalter angenommen. Folgt man diesem Ansatz, erreichen viele Klientinnen keine ausreichende Objektkonstanz², das Selbst bleibt fragmentiert und „gute und böse Anteile“ des Selbst „liegen unverbunden nebeneinander“. Häufig ist destruktiver Selbsthaß die Folge. Hierbei handelt es sich um strukturelle, zeitlich überdauernde Störungen der Ich-Funktionen³.

Viele Menschen mit Essstörungen versprechen sich aus verschiedenen Gründen Hilfe von den Angeboten der professionellen Suchthilfeeinrichtungen⁴. Sie definieren sich selbst als süchtig oder erhoffen sich von diesem Hilfesystem am ehesten Unterstützung⁵. Während im allgemeinem Sprachgebrauch die Essstörungen häufig der Sucht zugeordnet werden, urteilen die Literatur und die Mitarbeiter beratender Institutionen unterschiedlich. Oftmals wird eine klare Zuordnung vermieden. Für BRUNNER und FRANKE (1997) sind die Essstörungen weder eindeutig noch ausschließlich den Abhängigkeitserkrankungen zuzuordnen. Wie bereits erwähnt ordnet der DMS und der ICD die Essstörungen nicht der Sucht zu. Der FÜNFTE FAMILIENBERICHT (1994) der Bundesregierung hingegen betrachtet Essstörungen generell als eine Suchtform.

Auf dem Hintergrund der diskutierten Suchtdefinitionen soll nun begründet werden, weshalb die Essstörungen mit den stoffgebundenen Süchten so eng verknüpft sind, dass es nosologisch sinnvoll ist, die Essstörungen unter das Störungsbild der Süchte zu subsumieren.

¹ Um diese Störungen zu kennzeichnen wird der Terminus „frühe Störung“ oder auch „defizitäre“ oder „strukturelle“ Störung benutzt, also für Störungen der ersten zwei bis drei Lebensjahre, in denen sich die Ich-Identität und Selbst-Struktur herausbildet (vgl. KERNBERG 1993, MENTZOS 1984).

² Siehe KERNBERG (1993), SCHARFETTER (1985), HEIGL-EVERS u. STANDKE (1989).

³ Typisch sind bei Suchtkranken folgende Ich-Funktionsstörungen: Spaltung des Bewußtseins, mangelnde Wahrnehmung (insbesondere eine ausreichend getrennte Innen- und Außenwahrnehmung, bzw. Selbst- und Fremdwahrnehmung), unzureichende Frustrationstoleranz, unzureichende Urteilsfunktion und mangelnde Impuls-kontrolle.

⁴ 1996 erhielten 7,6 % der Frauen, die eine Suchtberatungsstelle in der BRD aufsuchten die Hauptdiagnose „Essstörungen“ (R. SIMON und JANßEN1998). Viele der Betroffenen wenden sich jedoch (auch) an andere Institutionen, besonders an Hausärzte.

⁵ Da von Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen entsprechende Behandlungsangebote vorgehalten werden, könnten sich eventuell einzelne dieser Betroffenen deshalb als süchtig definieren.

Um die Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten der Phänomene Essstörungen und stoffgebundene Süchte zu dokumentieren, sollen diese summarisch aufgeführt werden:

- Bei massiven Essstörungen und bei stoffgebundenen Suchterkrankungen steht das Essen, bzw. das stoffgebundene Suchtmittel, im Mittelpunkt des Alltags. In ihrem Bewußtsein sind die Betroffenen in einem Übermaß auf das jeweilige „Suchtmittel“ ausgerichtet, sie beschäftigen sich gedanklich permanent mit dem Essen und Nicht-Essen, dem Abnehmen oder der Beschaffung von Alkohol etc.. Letztlich wird der gesamte Tagesablauf auf diese Problematik hin organisiert.
- Essen als Handlung und die Einnahme von psychotropen Stoffen führen gemeinsam zu einer momentanen emotionalen Wirkung. Die Verhaltensweisen Hungern und Intoxikation verändern in ähnlicher Weise den psychologischen, physiologischen und sozialen Zustand des Menschen.
- Die Betroffenen berichten in sehr ähnlicher Weise von einem „überwältigenden Verlangen“ nach Alkohol oder Essen oder „Nicht-Essen“, wobei es im Laufe der Zeit zu einer sogenannten „Dosissteigerung“ kommt, d.h., es wird immer mehr gegessen, getrunken, erbrochen oder gehungert.
- Gemeinsam mit der Alkoholabhängigkeit haben Essstörungen die Eigenschaft einer starken intrapsychischen, ernährungsphysiologischen und sozialen Eigendynamik, die schließlich die ursprünglichen symptomproduzierten Konflikte überlagert.
- Gemeinsam ist den Störungsformen, dass das jeweilige „Mittel“ zur Angst- und Spannungsreduktion dient und sich die intrapsychischen Konflikte auf der Ebene der interpersonellen Konfliktinszenierung (und umgekehrt) widerspiegeln¹. Hierbei handelt es sich oft um die Darstellung abgespaltener oder projizierter Selbstaspekte und/oder um orale bzw. narzißtische Kompensationsformen defizitären Erlebens, sowohl bei den Klientinnen, als auch – das ist bei dieser Untersuchung ebenfalls von Interesse - bei ihren Angehörigen

¹ Nach ORBACH (1978) dient das Essen der Esssüchtigen, ebenso wie der Alkoholmissbrauch, unbewußt zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls, d. h., esssüchtige Frauen empfinden (z.T. unbewußt) ihr Übergewicht als einen Schutz. Sie erleben jedoch, wie Alkoholsüchtige, durch ihre Sucht keine Verbesserung ihres Selbstwertgefühls. Die hemmungslosen "Fressattacken" sind häufig Anlass zur Selbstverachtung.

(vgl. MENTZOS 1984).

- Essen und Hungern führen zwar nicht zu einem anhaltenden Rauschzustand, viele Klientinnen beschreiben jedoch einen ähnlichen Zustand, wie ihn Abhängige einer stoffgebundenen Sucht berichten (KREBS 1993). Dieser „Rausch“ der Essgestörten wird ebenfalls zunächst als lustvoll und meist angenehm wahrgenommen und wirkt erst später zerstörerisch, bzw. wirkt de facto so, ohne dass Entsprechendes wahrgenommen wird.
- Wie auch bei stoffgebundenen Süchten wirken bei den Essstörungen körperliche Prozesse abhängigkeitsverstärkend. Beispielsweise kommt es insbesondere bei Menschen, die viel Süßes zu sich nehmen, zu einer Erhöhung des Insulinspiegels. Dieser Prozess steigert erneut das Hungergefühl und provoziert erneutes Essen kohlehydrat- und zuckerhaltiger Nahrungsmittel. Durch das Erbrechen (der Bulimieklientinnen und z.T. auch der Anorektikerinnen) und den Laxantiengebrauch kommt es zu enormen Wasserverlusten und Störungen des Elektrolythaushalts, die zu Schwächegefühlen, Müdigkeit und Durst führen und damit ebenfalls eine erneute Nahrungszufuhr provozieren können (FRANKE 1994).
- Ein Kriterium der Substanzabhängigkeit, der Kontrollverlust, zeigt sich bei der Alkoholabhängigkeit im Konsum der psychotropen Substanz in größeren Mengen oder über eine längere Zeit hinweg als ursprünglich beabsichtigt. Die Betroffenen trinken beispielsweise weiter, bis sie „besinnungslos“ betrunken sind. Versuche, den Substanzmissbrauch zu reduzieren oder zu kontrollieren sind ohne Erfolg (siehe WITTCHEN u.a. 1989). Bei der Magersucht zeigt sich ein Kontrollverlust in der Unfähigkeit, mit dem Hungern aufzuhören und in der Angst vor einem Kontrollverlust, wenn gegessen wird. Bei der Adipositas besteht der Kontrollverlust in der Unfähigkeit, mit dem Überessen aufzuhören. Der Kontrollverlust bei der Bulimie besteht in der Unfähigkeit, mit dem zwanghaften Essen (in bezug auf Art und Menge der Nahrungsmittel und der Frequenz der Anfälle) vor dem Erbrechen aufzuhören, das ebenso zwanghaft erfolgen wird (vgl. FRANKE 1994).
- Viele Abhängige stoffgebundener Substanzen und Menschen mit Essstörungen befriedigen ihre Sucht heimlich, da sie sich ihres „nicht sozialkonformen“ Verhaltens durchaus bewusst sind.

- Gemeinsam für alle diese Störungen ist die fehlende Krankheitseinsicht (oft über Jahre), die Bagatellisierung und Verleugnung des Problemverhaltens und das Beibehalten des symptomatischen Verhaltens trotz negativer Konsequenzen.
- Menschen mit Anorexie und Bulimie weisen oftmals einen zusätzlichen (stofflichen, chemischen) Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern auf (VOGELSANG 1997).
- Gemeinsam ist diesen Personengruppen eine defizitäre Körper- und Persönlichkeitswahrnehmung.
- Ein Teil der Suchtkranken und der Essgestörten zeichnet sich durch ein hohes Leistungsideal bei gleichzeitig ausgeprägtem Erleben der eigenen Unzulänglichkeit aus (narzißtische Grundstörung). In der Persönlichkeitsstruktur zeigen sich oftmals ähnliche Problembereiche (z.B. Probleme im Bereich der Oralität, der Regression oder der Ich-Funktionsstörungen)¹.
- Das Hungern, Erbrechen, "Überessen" oder das "masslose" Trinken von Alkohol beruht oftmals auf ähnlichen lebensgeschichtlichen Hintergründen (z.B. häufig Opfer von sexueller Gewalt) und familiären Strukturen. Die ätiologischen Erklärungen der Entstehung einer stoffgebundenen Sucht ähneln sehr den ätiologischen Erklärungsansätzen der Essstörungen.
- Die Leistungsfähigkeit wird zunächst bei Einnahmen des Suchtmittels, bzw. durch das Hungern, (z.T. subjektiv) erhöht. Nach einer Phase der Selbstüberschätzung des Leistungsvermögens kommt es schließlich zu einem körperlichem Zusammenbruch der Essgestörten wie der Suchtmittelabhängigen.

¹ Für HEIGL-EVERS u. STANDKE (1989) sind Abhängigkeitskranke überwiegend durch präödiopale Störungsanteile geprägt. Diese präödiopalen Störungsanteile führen nicht zur Erreichung dessen, was "emotionale Objekt Konstanz" nach MAHLER genannt wird. Die inneren Objektbeziehungen bleiben so frühen Formen verhaftet, sie werden nicht ganzheitlich erlebt. Daraus folgt eine Verzerrung der Wahrnehmung aktueller Bezugspersonen (HEIGL-EVERS und STANDKE 1988). Die Teilobjektbeziehungen führen zu Einschränkungen der Entwicklung des Ichs und seiner Funktionen. Bei vielen Klientinnen mit Essstörungen, ebenso bei einer stoffgebundenen Abhängigkeit liegt solch eine narzißtische Störung mit "strukturellen Mängeln" und einem psychosomatischen Modus vor, wie sie MENTZOS (1987) beschreibt. Die narzißtische Störung weist auf einen Selbstverlust des Menschen, mit Verlust des inneren und geistigen Zentrums des wahren Selbst hin (SEBASTIAN 1986). Kritisch ist hier anzumerken, dass nicht jede Alkoholabhängigkeit oder Essstörung auf sogenannten „frühen Konflikten“ beruht, d.h., nicht alle Alkoholiker und nicht alle Frauen mit Essstörungen sind "frühgestörte" Menschen. Auf analytische Erklärungsansätze der Essstörungen wird im Kapitel 5.4.2 („Analytische Erklärungsansätze“) näher eingegangen.

- Viele der betroffenen Personen wechseln die Form der Störung mehrfach im Verlauf des Lebens, wobei die Bedingungen für diesen Wechsel oftmals unklar sind¹.

KREBS (1993) benennt ein Argument, dass aus ihrer Sicht gegen die Subsumierung der Essstörungen unter die stoffgebundenen Süchte spricht. Für KREBS ist bei den Essstörungen kein typischer „Entzug“ zu beobachten. Gegen dieses Argument ist auf Berichte adipöser und bulimischer Menschen hinzuweisen, die vielfach von einer Art „Entzug“ sprechen, wenn sie weniger essen sollen oder beispielsweise auf Schokolade verzichten sollen. Diese Personen berichten von ähnlichen „Entzugserscheinungen“ (Tremor, Schweißausbrüche, Unruhezustände, Ängste und Depressionen) wie die Drogen- und Alkoholabhängigen.

FRANKE (1994) wendet gegen die Einschätzung der Essstörungen als eine Sucht ein, dass das Therapieziel bei der Alkoholabhängigkeit Abstinenz sei. Abstinenz vom Essen sei nicht realisierbar, Essgestörte müssten, um zu überleben regelmäßig zum Suchtmittel greifen. Dies sei, so FRANKE, ein unlogischer Ansatz. Gegen dieses Argument ist auf Ergebnisse der neueren Suchtforschung (siehe KÖRKEL 1998, 2000) hinzuweisen, nach denen das Abstinenzgebot als alleiniges Ziel einer Therapie bei Alkoholikern zunehmend in Frage gestellt wird². Bei all diesen Gemeinsamkeiten zwischen den stoffgebundenen Süchten und den Essstörungen ist ein Unterschied gegeben. Aufgrund der chemischen Wirkungen des Suchtstoffes Alkohol (bzw. Medikamente und Drogen) können psychotrope Stoffe an sich abhängig machen, essen ist hingegen als solches erst einmal nicht abhängigkeitsfördernd. Die biopsychosozialen Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Störungsbildern überwiegen jedoch so sehr, dass es sinnvoll ist,

¹ Besonders oft wechseln die Bulimiekranken und die Magersüchtigen die Form der Essstörung (siehe PAUL 1987). Viele der Magersüchtigen erbrechen regelmäßig. Von den Anorektikerinnen einer Untersuchung von WEBER und STIERLIN (1989) erbrachen 23 von 42 = 54,8 %. Bezogen auf die Lebensgeschichte berichtet T. HABERMAS (1990), dass 12 von 39 Bulimieklientinnen angeben, ehemals magersüchtig gewesen zu sein. Diese Untersuchungsdaten sind weitere Belege für den häufigen Wechsel der Form der Suchtstörung.

² KÖRKEL begleitet Projekte in Suchtberatungsstellen, in denen die Betroffenen ihr Therapieziel selbst wählen dürfen. Der Autor berichtet von Untersuchungen nach denen kontrolliertes Trinken ein sinnvolles und zu erreichendes Therapieziel sein könne.

Essstörungen nosologisch unter die Sucht¹ zu subsumieren. Neben den beschriebenen symptomatologischen Gemeinsamkeiten ist ein weiteres Argument evident: Viele essgestörte Menschen ordnen sich in ihrer Selbstwahrnehmung den Süchten zu.

5.2.2 Multiple Süchte – Anorexia und Bulimia bei Substanzabhängigkeit

Personen mit einer Substanzabhängigkeit und einer Essstörung weisen ein differenziert und speziell zu betrachtendes Krankheitsbild auf. Zwischen den Störungen der Substanzabhängigkeit und den Essstörungen zeigen sich verschiedene Zusammenhänge. Es können:

- beide Krankheitsbilder parallel auftreten,
- eine Essstörung zunächst als erstes Problem vorhanden sein,
- nach dem Absetzen von Alkohol oder Medikamenten Essstörungen auftreten oder
- verschiedene Suchtmittel phasenweise eingesetzt werden.

Für die Kennzeichnung dieses Personenkreises, welcher Essstörungen und eine psychotrope Sucht aufweist, ist im vorherigen Kapitel der Begriff "Multiple Süchte" eingeführt worden².

Die WissenschaftlerInnen und die PraktikerInnen in der Beratung und Behandlung berücksichtigen dieses häufig auftretende Störungsbild in seiner besonderen Problematik noch nicht genügend. Bisher werden zu sehr die einzelnen Symptome, d.h. entweder die stoffgebundene Sucht oder die Essstörung, gesehen und zu wenig ein ätiologischer Zusammenhang zwischen den Störungen hergestellt³. Aus der besonderen Problematik der Multiplen Süchte werden bisher

¹ Den gebräuchlichen Begriff der Essstörung werde ich in diesem Sinne weiter verwenden.

² Da im empirischen Teil dieser Studie nur die Lebensumstände von Frauen mit Anorexie, bzw. Bulimie und einer stoffgebundenen Sucht analysiert werden, beziehe ich mich nur auf diesen Personenkreis; gleichwohl wären auch Zusammenhänge zwischen einer Adipositas, bzw. einer latenten Adipositas und einer stoffgebundenen Abhängigkeit zu erforschen. Des Weiteren wäre zu erörtern, inwieweit dieser Begriff nützlich ist zur Beschreibung anderer nicht stoffgebundener Süchte (z.B. Glücksspiel).

³ Einen ätiologischen Zusammenhang betonen auch die Klientinnen in ihrer Selbstwahrnehmung.

auch keine Konsequenzen für die Entwicklung eines auf diese Personengruppe abgestimmten Behandlungskonzeptes gezogen.

Für die Forschung stellen sich bei diesem Problemkreis eine Fülle von Fragestellungen. Im Rahmen dieser Studie soll im empirischen Teil ein Beitrag bei der Beantwortung einzelner Fragestellungen geleistet werden¹. Der Schwerpunkt liegt auf einer Analyse der Einflüsse familiärer Dysfunktionen und Strukturen auf die Entstehung dieses Phänomens.

Zu Beginn des Kapitels sollen über die Prävalenz des Phänomens der "Multiplen Süchte" erste Aussagen gemacht werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen und Abhängigkeiten in der Bevölkerung insgesamt wenig zuverlässig sind, da die Datenerhebung und die Anwendung der Diagnosekriterien unterschiedlich gehandhabt werden und sie vielfältigen Interessen unterliegen².

Die Häufigkeit des Alkoholismus, d.h. der Alkoholabhängigkeit wird weitgehend übereinstimmend (siehe FEUERLEIN u.a. 1995) mit 3 - 5 % Alkoholikern der Gesamtbevölkerung, bzw. mit mindestens 1,5 Millionen männlichen und 650000 weiblichen Alkoholikern, angegeben. Das epidemiologische Ausmaß des Phänomens Essstörungen geben BRUNNER und FRANKE (1997) mit einer Prävalenzrate von 0,2 – 2 % bei der Anorexia nervosa, 2 – 4 % bei der Bulimia nervosa (bei Frauen)³ und 12-18 % bei der Adipositas⁴ an.

Über epidemiologische Zusammenhänge zwischen den Essstörungen und einer stoffgebundenen Abhängigkeit berichtet HÄNSEL (1985). In seiner Studie zeigt

¹ Siehe das Kapitel 7.1: „Die Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie.“

² Im Exkurs: „Die Karriere des sozialen Problems Essstörungen“ wird auf einzelne Aspekte dieser Problematik eingegangen. Beispielhaft seien bereits wirtschaftliche Interessen erwähnt, die beeinflussen, welche Personen und Institutionen für eine Betreuung und Behandlung zuständig sind.

³ GERLINGHOFF (1996) berichtet vom Auftreten dieser Störungen in der Bevölkerung bei 1 - 4 % der Mädchen und jungen Frauen, GRÖNE (1997) von 2 - 4 Prozent allein bei der Bulimie.

⁴ Der Anteil der Adipositas ist bei Frauen gegenüber den Männern in der erwachsenen Bevölkerung nur unwesentlich höher.

sich bei 67% der Anorexieklientinnen eine "Suchttendenz"¹. HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) stellt bei den Bulimieklientinnen einen vermehrten Medikamentenmissbrauch fest; alternativ oder zusätzlich nehmen mehr als die Hälfte der Untersuchten Appetitzügler und Abführmittel, teilweise auch harntreibende Mittel ein. Nach Untersuchungen von GARNER und GARFINKEL (1982) zeigt sich bei bis zu 21% der Bulimieklientinnen ein Drogenmissbrauch, ein Alkoholabusus bei 18% und bei den Anorexieklientinnen ein Drogenmissbrauch² von 11%, ein Alkoholabusus von 6%. Nach den vorliegenden Daten liegt insgesamt bei 10 – 30 % der Personen mit der Erstdiagnose einer Essstörung ein zusätzlicher Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Suchtmitteln vor.

Der Anteil von Personen mit einer manifesten Essstörung in der Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen liegt nach Schätzungen von BRUNNER und FRANKE (1997) bei 20 –30 %³. Der Anteil derjenigen, bei denen eine nicht angemessen verarbeitete Essstörung in der Genese der stoffgebundenen Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielt, dürfte – so BRUNNER u. FRANKE (1997) - noch deutlich höher liegen.

Diese Daten weisen bei einer größeren Anzahl von Frauen mit Essstörungen⁴ auf die Gefahr hin, dass eine stoffgebundene Sucht entwickelt werden kann und dass

¹ Der Begriff Suchttendenz wird hier nicht näher erläutert, die Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

² Über die Abhängigkeit von stoffgebundenen Substanzen (Alkohol und Medikamente), parallelen „nicht legalen Drogen“, bzw. von Medikamentenabhängigen und von Essstörungen liegen kaum Daten vor (siehe VOGELSANG 1998).

³ Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren fragt im Rahmen der jährlichen statistischen Erhebung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke (EBIS) nur nach der Hauptdiagnose (siehe TÜRK und WELSCH 2000). Nach dieser Datenlage beläuft sich für das Jahr 1999 der Anteil der Klientinnen mit der Diagnose Essstörung auf 8,9 %.

⁴ Diese Erkenntnisse lassen sich für die einzelnen Formen der Essstörungen differenzieren: Nach T. HABERMAS u.a. (1987) wird Alkohol einerseits in leichteren Dosen eher von Bulimieklientinnen mit einer anorektischen Tendenz genutzt, um die hypomanische Stimmung und den Kampf gegen den Hunger in der Fastenzeit zu erleichtern. Andererseits regen bulimische Klientinnen mit größeren Mengen Alkohol ihren Appetit an, um so die betäubende Wirkung des Essanfalls zu verstärken. Nach dem Alkoholentzug verstärkt sich wieder die Bulimie. *"Von der intrapsychischen Dynamik her zielt der anorektische Pol auf die Abgrenzung von anderen und einen Zustand bedürfnisloser Autosuffizienz, der "Suchtpol" der Bulimie hingegen auf aggressive Verschmelzung oder hilflose Abhängigkeit."* (T. HABERMAS u.a. 1987, S. 140)

bei einem erheblichen Teil der stoffgebundenen Abhängigen mit manifesten Essstörungen zu rechnen ist¹. Demnach ist davon auszugehen, dass das Phänomen der „Multiplen Süchte“ quantitativ für eine relativ große Personengruppe von Bedeutung ist. Um die Größe dieser Population zu beziffern, kann von einer Population von 650.000 alkoholabhängigen Frauen ausgegangen werden. Geht man davon aus, dass 20 % dieser Frauen zusätzlich manifeste Essstörungen aufweisen, ist von einer Prävalenz von 130.000 Personen mit Multiplen Süchten auszugehen². Epidemiologisch ist somit die Population der Frauen mit Multiplen Süchten größer als die der Abhängigen von sogenannten „harten illegalen Drogen“³.

Die spezifische Beschreibung des Phänomens der Multiplen Süchte erfordert eine Abgrenzung von anderen Störungsformen, da bei dieser Population häufig Störungen diagnostiziert werden, die die Problematik der Multiplen Süchte nicht ausreichend kennzeichnen. Es ist daher zu erörtern, inwieweit andere Diagnosestellungen der Kennzeichnung dieser Personengruppe dienlich sind. Neben den stoffgebundenen Süchten sind die Multiplen Süchte insbesondere von der Alkoholabhängigkeit, der Polytoxikomanie, den Persönlichkeitsstörungen und der Posttraumatischen Belastungsstörung abzugrenzen⁴.

Im vorigen Kapitel wurden bereits die Kriterien für die Diagnosestellung einer "Abhängigkeit von psychotropen Substanzen" vorgestellt. Da hier das Kriterium Essstörung fehlt, sind mit dieser Diagnose die Multiplen Süchte nicht angemessen beschrieben, wenn sie auch in einer allgemeineren Form dem Phänomen „Sucht“ zuzuordnen sind.

¹ Vgl. HÄNSEL (1985), T. HABERMAS u.a. (1987), BACHMANN (1990), BRUNNER u. FRANKE (1997).

² Offen bleibt, ob diese Schätzung die Personen einschliesst, die die Erstdiagnose Essstörung aufweisen und bei denen gleichzeitig, bzw. später, eine zusätzliche stoffgebundene Sucht diagnostiziert wird und damit zu der angegebenen Zahl von 130.000 Betroffenen noch mehr hinzuzurechnen sind.

³ Im fünften Familienbericht der Bundesregierung (1995) wird die Zahl der Abhängigen von „harten Drogen“ mit 100.000 angegeben.

⁴ In Einzelfällen sind (zusätzlich) weitere Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren. Dies kann z.B. eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (301.82 nach DMS III R, WITTCHEN u.a. 1989) sein.

Für die Diagnose einer Polytoxikomanie stellen WITTCHEN u.a. (1989) im DMS IIIR Kriterien eines Gebrauchs mehrerer Substanzen bei Missbrauch und Abhängigkeit vor. Die Diagnosenstellung einer Mehrfachabhängigkeit (304.90 Polytoxikomanie) bezieht sich auf einen Konsum von Substanzen aus wenigstens drei Kategorien, ohne dass der Konsum einer einzigen psychotropen Substanz in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten im Vordergrund steht, wobei der Konsum entweder gleichzeitig oder nacheinander erfolgen kann. Weiterhin müssen während dieses Zeitabschnitts die Abhängigkeitskriterien für psychotrope Substanzen (als Gruppe) erfüllt sein; jedoch nicht für jede einzelne Substanz¹. Mit diesen Kriterien kann das vorliegende Störungsbild der Klientinnen mit Multiplen Süchten nicht erfasst werden, da hier ebenfalls das Merkmal einer Essstörung fehlt.

Bei einem erheblichen Teil der Alkoholabhängigen und der essgestörten Menschen wird zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung, insbesondere eine sogenannte Borderlinepersönlichkeitsstörung oder eine narzißtische Persönlichkeitsstörung, diagnostiziert. Laut DMS III R (WITTCHEN u.a. 1989) müssen sechs von acht Kriterien erfüllt sein, um eine Borderlinestörung zu diagnostizieren. Von den an dieser Studie teilnehmenden Klientinnen mit Multiplen Süchten werden häufiger lediglich bis zu drei Kriterien erfüllt und zwar insbesondere die Kriterien:

- *"Impulsivität bei mind. zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geld ausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und Essanfälle",*
- *"wiederholte Suizidandrohung, -andeutungen, oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen" und*
- *"ausgeprägte und andauernde Identitätsstörungen."* (WITTCHEN u.a. 1989, S. 419f).

Auch wenn solche einzelnen Merkmale bei einem Teil der Population zu beobachten sind, reicht dies nicht aus, eine Borderlinepersönlichkeitsstörung (nach DMS IIIR) zu diagnostizieren. Die Kriterien, die erlauben, die Diagnose

¹ WITTCHEN u.a. (1989) empfehlen bei Störungen von mehr als einer psychotropen Substanz mehrere Diagnosen zu erstellen.

einer solchen Persönlichkeitsstörung zu stellen, erfüllen nur ein kleiner Teil der Klientinnen mit Multiplen Süchten.

Ebenso verhält es sich mit der Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung. Hauptmerkmal dieser Störung ist ein durchgängiges Muster von Großartigkeit, von Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch andere und ein Mangel an Einfühlungsvermögen. Auch hier müssen nach dem DMS IIIR (1989) mindestens fünf von neun Kriterien erfüllt sein. Viele der Klientinnen mit Multiplen Süchten zeichnen sich zwar durch ein hohes Leistungsideal bei gleichzeitig ausgeprägtem Erleben der eigenen Unzulänglichkeit aus, sie erfüllen jedoch nicht die erforderliche Anzahl der Kriterien des DMS IIIR.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine (mögliche) Folgereaktion einer Person auf ein oder mehrere traumatische Ereignisse (wie z.B. das Erleben von körperlicher und sexueller Gewalt, gewalttätige Angriffe, Krieg, Katastrophen, Unfälle). Das Störungsbild¹ ist gekennzeichnet durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierender Stimuli),
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit) (siehe LANGKAFEL 2000) und
- das Auftreten von Schutz-, bzw. Abwehrmechanismen („Spaltungen“ „Verdrängungen“ u.a.), die die Teilnahme am sozialen Leben massiv behindern.

Diese Symptomatik kann unmittelbar, aber auch mit z.T. mehrjähriger Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen, auftreten und zu einem „Auslöser“ von Essstörungen, Sucht und Multiplen Süchten werden. Mit der alleinigen Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung können die Klientinnen mit

¹ Zur genaueren Beschreibung der diagnostischen Kriterien siehe im ICD-10 die Klassifikation F43.1 (DILLING u.a. 1991).

Multiplen Süchten, ebenfalls nicht ausreichend gekennzeichnet werden. Diese Diagnose ist jedoch bei ca. einem Viertel dieser Klientinnen als Folge von körperlicher und insbesondere sexueller Gewalt zusätzlich zu stellen.

Die Beschreibung dieser Störungsformen zeigt, dass keine der bisher vorhandenen diagnostischen Klassifizierungen ausreicht, um die häufig auftretende Problematik von Klientinnen mit einer stoffgebundenen Abhängigkeit und einer Essstörung treffend und sinnvoll zu kennzeichnen. Daher ist die Einführung einer neuen Bezeichnung für diese Form einer Störung sinnvoll. Das Störungsbild der Multiplen Süchte ist nosologisch eine eigenständige Störung, die nicht mit anderen Störungsbildern verwechselt werden darf. Sind zusätzliche Störungen zu diagnostizieren, treten sie im Rahmen einer Komorbidität auf.

Die Erörterung des Phänomens der Multiplen Süchte weist auch auf die Notwendigkeit hin (als ein Bestandteil einer umfassenden Analyse) die Interessen verschiedenster Akteure, die den Verlauf der „Karriere“ (SCHETSCHKE 1996) eines sozialen Phänomens prägen, in die Analyse einzubeziehen. Im folgenden Kapitel soll daher in einem Exkurs verschiedenen Aspekten, die die Problemkarriere des Phänomens der Essstörungen mitbestimmen, nachgegangen werden¹.

Exkurs: Die Karriere des sozialen Problems Essstörungen

In diesem Kapitel soll für das soziale Phänomen der Essstörungen² aufgezeigt werden, wie die jeweilige „Problemkarriere“ eines Phänomens, dessen Definition und die Interessen verschiedenster Akteure die theoretische Bestimmung und die soziale Bewertung eines sozialen Problems prägen. Daher soll in einem Exkurs auf die Konstituierung der „Karriere“ der Essstörungen als ein soziales Problem

¹ Die „Karriere des sozialen Problems der Multiplen Süchte wäre nach einer noch zu erfolgenden Konstituierung ebenfalls zu beschreiben.

² Auch für das allgemeine Phänomen der Sucht ließe sich eine "soziale Karriere" beschreiben. Eine solche Erörterung ginge jedoch weit über eine Zielsetzung, die sich dieser Studie stellt, hinaus.

eingegangen werden. Die in diesem Kapitel anzusprechenden Probleme interessieren aus konstruktivistischer Sicht insbesondere aufgrund der Funktionen, die die Thematisierung für die beteiligten Akteure jeweils hat. Bei einer solchen Thematisierung kommt dem Standpunkt des Beobachters, seinen Weltanschauungen und seinen Eigeninteressen besondere Beachtung zu.

Soziale Probleme werden von „*kollektiven Akteuren*¹“ (SCHETSCHE 1996, S. 39) in den Diskurs einer Gesellschaft eingebracht und beeinflussen die Wahrnehmungen und Handlungen von Individuen und gesellschaftlichen Gruppen. Dies führt zu weiteren Auseinandersetzungen und rekonstruiert eine eigenständige soziale Realität. Eine solche rekonstruktivistische Sichtweise nimmt an, dass Probleme erst dann als solche wahrgenommen werden, wenn sie von der Gesellschaft, insbesondere von den Massenmedien, als ein Problem wahrgenommen werden. Die gesellschaftliche Definition und nicht die „objektive Lage“ bestimmt somit die Definition eines Problems. Der Prozess der kollektiven Definition prägt die Geschichte und das Schicksal eines sozialen Problems. Die Bearbeitung eines Problems ist, wie bereits seine Wahrnehmung und Beschreibung, von den

¹ SCHETSCHE (1996, S. 39ff) unterscheidet acht Typen von Akteuren:

- **Betroffene** treten als Akteure auf, wenn sie sich selbst als Opfer des Problems deklarieren und in der Gesellschaft Abhilfe für ihre Notlage fordern.
- Als **Advokaten**, bezeichnet SCHETSCHE Personengruppen (z.B. Sozialarbeiter, Rechtsanwälte), die stellvertretend für die Betroffenen deren Lebenslage aus beruflichen oder karitativ-humanitären Gründen als „problematisch“ definieren, um bei der Durchsetzung der Interessen zu helfen.
- **Experten** sind VertreterInnen von Professionen, die die Zuständigkeit für ein soziales Problem für sich reklamieren oder von anderen Akteuren für zuständig erklärt werden. Ihnen wird aufgrund ihrer Profession und Ausbildung (z.B. ProfessorInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen) eine besondere Kompetenz bei der Beurteilung eines Problems oder bei dessen Behebung zugesprochen. Experten sind, ebenso wie Advokaten, nicht primär an den Interessen der Betroffenen orientiert, sondern gegenüber ihren Mitgliedsorganisationen und deren Interessen verpflichtet. (Auf deren innerverbandlichen Handlungen haben die Betroffenen in der Regel keine direkten Einflußmöglichkeiten).
- **Problemnutzer** sind politische Parteien oder Verbände, die ein schon bestehendes Problem primär für eigene Interessen instrumentalisieren.
- **Soziale Bewegungen** (z.B. die Frauenbewegung als eine „Multiproblembewegung“) sind Konglomerate von mehreren anderen Akteurstypen.
- **Moralunternehmer** meint Akteure, die soziale Probleme als Moralfragen thematisieren.
- **Massenmedien** sind gleichzeitig Akteure und Thematisierungsmedien.
- Der **Wohlfahrtsstaat** als Akteur erhält von der Öffentlichkeit die Erstzuständigkeit der Bekämpfung sozialer Probleme zugewiesen.

Interessen gesellschaftlicher Gruppen abhängig. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle Typen von Akteuren versuchen, der Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass sie nicht im Eigeninteresse handeln, z.B. um sich selbst zu bereichern oder Macht zu gewinnen, sondern der Sache selbst wegen mobilisieren oder kollektive Interessen vertreten (SCHETSCHKE 1996). Solch eine Auseinandersetzung ist notwendig, da die Ressourcen Geld (das überwiegend von staatlichen Instanzen vergeben wird) und Aufmerksamkeit (hauptsächlich durch Medien) nur begrenzt verfügbar sind und in Konkurrenz zu anderen Akteuren zu nutzen sind. Mit dem Hinweis auf die immer Einfluß nehmenden Eigeninteressen¹ der Akteure soll die Problemwahrnehmung nicht delegitimiert werden, sondern zu erklären helfen, warum eine Problematisierung zu einem bestimmten Zeitpunkt und unter einer bestimmten Sichtweise erfolgt. Die Konstituierung der Karriere eines sozialen Phänomens ist so Gegenstand sozialer und politischer Aushandlungsprozesse. Da dieser Prozess historisch bestimmt ist, sollen zunächst die Hauptakteure und ihre Interessen benannt werden, die das Phänomen der Essstörungen in den öffentlichen Diskurs einbrachten.

Bereits in früheren Jahrhunderten war das Problem der Essstörungen in der Medizin als eine spezifische Form der Erkrankung bekannt und wurde als solche auch sozial wahrgenommen². Das Phänomen der sogenannten „Essstörung“ oder der „Esssucht“, in der hier besprochenen Form, wird in der Literatur der

¹ Ich halte ich es daher für notwendig, auch meine eigene Motivation offenzulegen: Mir bot sich durch den familiensystemischen Ansatz die Möglichkeit, Frauen mit Essproblemen in einer Suchtbehandlungsstelle zu behandeln. Ein Einnehmen dieses Standpunktes, unter Einbeziehung von feministischen Gesichtspunkten, bot mir die Möglichkeit, gemeinsam mit Kolleginnen, Frauen mit Essstörungen zu behandeln. Die Arbeit mit esssüchtigen Frauen bot zudem ein „angenehmeres“ Arbeitsfeld, als die Betreuung von Alkoholkranken. Ein „angenehmeres“ Arbeiten beinhaltet eine bessere Motivation des Klientels für die Behandlung und eine besser entwickelte Instropektionsfähigkeit. Weiterhin ließen sich mit der Behandlung von Frauen in Suchtberatungsstellen, mit der Definition des Phänomens Essstörung als eine Sucht, neue Aufgaben für Suchtberatungsstellen erschließen. Als in den letzten Jahren (ab ca. 1995), bedingt durch die finanzielle Situation von Suchtberatungsstellen, im Wesentlichen nur noch Menschen mit stoffgebundenen Süchten behandelt werden durften, bot sich mir durch die Problematisierung des Phänomens der „Multiplen Süchte“ der Status eines „Experten“.

² Auf die historischen Vörläufer der Essstörungen wird hier nicht näher eingegangen. Sie sind aber Gegenstand einer besonderen historischen Analyse von Krankheitsphänomenen.

westlichen Länder seit den siebziger Jahren beschrieben¹. Die erste Akteurin² (Expertin), die auf diesem Gebiet bekannt wurde, war HILDE BRUCH, die die Anorexie aus analytischer Sicht beschrieb und erste Bewältigungsstrategien vorschlug. ALMUT MASSING und BECKERS veröffentlichten 1974 einen Artikel über Pubertätsmagersucht. Auch MARA SELVINI-PALAZZOLI veröffentlichte ihren ersten Aufsatz über Magersucht 1974, bekannt wurde sie in Deutschland mit ihrem Buch "Magersucht" im Jahr 1982. Diese Experten aus dem therapeutischen Bereich wurden jedoch als frühe Akteure in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen.

In der BRD wurde das Phänomen der Essstörungen ab ca. 1985 insbesondere von der „Frauenbewegung“ in die deutsche³ Öffentlichkeit gebracht. Die Akteure dieser sozialen Multiproblembewegung mit ihren neuen moralischen Werten waren oftmals Selbstbetroffene, die sich in der Frauenbewegung und z.T. in Selbsthilfegruppen organisierten. Der Prozess der Konstituierung des Phänomens der Essstörungen ermöglichte aufgrund der großen Prävalenz dieser Störungen die Verbreitung einleuchtender Erklärungen für verschiedenste Probleme von Frauen in den westlichen Gesellschaften. Der „Frauenbewegung“⁴ boten die Essstörungen die Möglichkeit, die patriarchale Struktur unserer Gesellschaft als Ursache des Leidens von Frauen hervorzuheben und sie lieferten moralische Argumente für feministische Forderungen. Mit dieser Argumentation

¹ Einen Überblick über die historischen Bedingungen der Essstörungen, insbesondere der Bulimie, gibt T. HABERMAS (1990).

² Der erste Akteur (ein einzelner oder eine Gruppe), der das soziale Problem als erster definiert, verfügt über eine besondere Definitionsmacht. Dieser legt auch vorläufig fest, wer für die Bearbeitung und die Bekämpfung des sozialen Problems zuständig ist (SCHETSCHKE 1996). Mit der Zuschreibung als erster Akteur kann sich dieser oft legitimieren und eigene Interessen durchsetzen.

³ Ähnliche Prozesse fanden in den USA einige Jahre früher statt.

⁴ SCHETSCHKE (1996) weist auf die Notwendigkeit hin, dass soziale Bewegungen, wie die Frauenbewegung, immer wieder neue soziale Probleme aufnehmen müssen, um sich selbst zu legitimieren. Folgt man dieser These, tragen die Themenbereiche Unterdrückung sexueller Bedürfnisse von Frauen, Enteignung und Entfremdung des weiblichen Körpers als Lustobjekt, sexuelle Gewalt und die Suche nach einer neuen weiblichen Sexualität zu einer Legitimierung und einer Sicherung der Existenz der Multiproblembewegung der Frauenbewegung bei.

konnten die betroffenen Frauen und ihre Interessenvertreter zudem Vorwürfen entgegengetreten, die Essstörung selbstverschuldet zu haben¹.

In den achtziger Jahren gewann der familiensystemische Ansatz zunehmend Aufmerksamkeit bei der Beschreibung von sozialen Problemen in Familien, wobei sich die Familientherapeuten besonders mit dem Problemfeld der Essstörungen beschäftigten. Die Essstörungen erhielten in diesen Jahren von den Massenmedien vermehrt Aufmerksamkeit und verhalfen so den Familientherapeuten (und z.T. den Psychoanalytikern) zu öffentlicher und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit. Weiterhin bot die Thematisierung des Phänomens Essstörung als ein Familienproblem auch männlichen Familientherapeuten und Forschern ein neues Aufgabenfeld und die Möglichkeit, Aufmerksamkeit zu erlangen, indem sie sich mit systemischen Ansätzen beschäftigten². Männlichen Therapeuten wurde bis dahin nach feministischen Konzepten (vielfach) die Kompetenz und die Legitimität, Frauen mit Essstörungen zu behandeln, abgesprochen.

Die DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS), als zuständige Experten für den Bereich der Sucht, thematisierten Essstörungen als ein Problem erst ab dem Jahr 1994³. Auch die Bundesregierung wies erst im FÜNFTEN FAMILIENBERICHT im Jahr 1994 auf dieses Problem hin⁴. Zu diesem Zeitpunkt wurde es vermehrt von den Massenmedien aufgenommen.

Erst mit der vermehrten öffentlichen Aufmerksamkeit in den neunziger Jahren kann von einer „Problemkarriere“⁵ gesprochen werden. Hauptakteure waren,

¹ Im Rahmen dieses Diskurses innerhalb der Frauenbewegung konnten sich eine Reihe von Expertinnen im Wissenschaftsbetrieb legitimieren.

² Die bekanntesten Familientherapeuten, die das Problem Essstörungen aufgriffen, sind männliche Familienforscher und -therapeuten (z.B. RICHTER, SIMON, SPERLING, MINUCHIN, REICH, WEBER). Bekannte Ausnahmen sind die Familientherapeutinnen SELVINI-PALAZZOLI und MASSING.

³ Siehe das „Jahrbuch Sucht“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1994).

⁴ Hingegen werden die Essstörungen im umfangreichen "Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2001 nur noch in einem Zusammenhang mit der Einnahme von Abführmitteln erwähnt.

⁵ Erst nach einer erfolgreichen Thematisierung kann von einer „Problemkarriere“ gesprochen werden.

neben den Massenmedien, die Frauenbewegung, Psychotherapeuten und das Medizinsystem. Bis heute befinden sich diese Akteure in „Konkurrenz“ um die Deutungsmacht des Phänomens der Essstörungen; insbesondere werden die noch strittigen Fragen, ob es sich bei den Essstörungen um eine Sucht handelt und wer für eine Behandlung zuständig ist, kontrovers diskutiert¹.

Für eine weitergehende soziologische Analyse von Deutungsmustern der Karriere von sozialen Problemen bietet SCHETSCHE (1996) ein Konzept an, dem hier gefolgt werden soll. Um dieses Konzept auf das Phänomen der Essstörungen beziehen zu können, soll einleitend kurz auf den Konstituierungsprozess von Deutungsmustern eingegangen werden:

Für die empirische Analyse der Karriere sozialer Probleme stellt SCHETSCHE (a.a.O.) ein Modell vor, das sich zentral mit der Unterscheidung zwischen sozialen Sachverhalten, ihrer Deutung als Problem und der gesellschaftlichen Anerkennung der Problemwahrnehmung in einem diskursiven Prozess beschäftigt, der Problemkarriere genannt werden kann. Die Konstituierung von sozialen Problemen geschieht durch Deutungsmuster, die durch „Rahmungen“ (frames) erfolgen. Deutungsmuster haben vor allem drei Aufgaben:

- Deutungsmuster stellen die Eindeutigkeit sozialer Prozesse her,
- Deutungsmuster beschleunigen Entscheidungsprozesse und
- Deutungsmuster bilden verlässliche Verhaltensregelmäßigkeiten.

Deutungsmuster reduzieren eine komplexe Situation auf eine für das Individuum eindeutig erscheinende Situation mit klaren Entscheidungsalternativen. Die Deutung des Problemmusters wird an die Stelle der „Realität“ gesetzt.

SCHETSCHE (1996, S. 68ff) stellt sieben systematisch miteinander verknüpfte Elemente der Konstituierung einer „sozialen Karriere“ vor, um Problemmuster erfolgreich in den öffentlichen Diskurs zu bringen. Diese Elemente werden im

¹ Auf die Frage, inwieweit das Phänomen der Essstörungen als Sucht zu betrachten ist und welche Interessen mit einer solchen Kategorisierung verbunden sind, bin ich im Kapitel 5.2.1: „Der Suchtbegriff“ eingegangen.

Folgenden kurz vorgestellt und jeweils auf das Phänomen der Essstörungen bezogen:

1. Ein Name, der das Problem eingängig benennt. Soziale Probleme brauchen einen Namen, der einprägsam ist und in dem die Gefährlichkeit und Inakzeptanz des aufgegriffenen Sachverhalts mitschwingt. Es werden häufig Begriffe gewählt, die implizieren, dass die Betroffenen sich nicht selbst helfen können, sondern der Hilfe anderer bedürfen.
 - Dies ist mit dem Begriff der Essstörungen und noch prägnanter mit dem Begriff der Esssucht gegeben. In den Begriffen Störung und Sucht schwingt eine Gefährdung mit, die an ein Mitgefühl appelliert und die Durchführung einer Intervention, einer Behandlung, nahelegt, die wesentlich von anderen durchzuführen ist.
2. Ein Identifizierungsschema stellt eine operationalisierte Kurzfassung der Problembeschreibung dar, die die Oberfläche eines Problemmusters bildet. Wenn Menschen im Alltag mit einer Situation, die Handeln erfordert, konfrontiert werden, prüfen sie anhand solcher Schemata, ob der beobachtete Sachverhalt mit einem ihrer Deutungsmuster interpretiert werden kann. Wenn das der Fall ist, wird das dazugehörige Problemmuster aktiviert.
 - Mit den Begriffen der Störung oder der Sucht kann ein bekanntes Identifizierungsschemata aktiviert werden, dass z.B. nahelegt zu helfen. Bei Teilen der Öffentlichkeit kann jedoch auch ein Schema abgerufen werden, dass von der Idee ausgeht, die Betroffenen müssten erst sehr "tief fallen", bis eine Hilfe möglich oder sinnvoll erscheint.
3. Eine Problembeschreibung besteht neben der Problemdefinition vor allem aus drei Wissensbeständen: Axiomen, begründeten Feststellungen und Kausalattributionen. Problemdefinitionen beschreiben in Kurzform den thematisierten Gegenstand und enthalten (oftmals) Behauptungen über den moralischen Kontext oder über kausale Ursachen des Problems. Axiome sind Wissensbestände, die als zutreffend vorausgesetzt werden und mit inhaltsanalytischen Methoden schwer näher untersucht werden können, da sie nicht argumentativ begründet sind. Leichter zu rekonstruieren sind begründete Feststellungen, für die Belege z. B. Statistiken angeführt werden oder die argumentativ aus Axiomen abgeleitet worden sind.

- In der Diskussion über die Ursachen von Essstörungen werden häufig Kausalattributionen verwandt. Die Ursachenbehauptungen beziehen sich auf anonyme gesellschaftliche Strukturen (z.B. die patriarchale Gesellschaft, das Schönheitsideal oder die Familie). Solche Kausalattributionen legen den Betroffenen nahe, sich an der Entstehung der Krankheit „unschuldig“ zu fühlen. Statt dessen wird „die Schuld“ z.B. „den Eltern“ oder der „Wohlstandsgesellschaft“ gegeben. Das Auftreten solcher Deutungsmuster kann dazu führen, sich vollständig als Opfer einer Situation zu erleben und behindert damit eine eigenständige Motivation zu einer umfangreichen Lebensveränderung.
4. Bewertungsmaßstab und Bewertung. Die Notwendigkeit, warum Staat, Gesellschaft und einzelne Individuen etwas gegen ein Problem unternehmen müssen, ergibt sich aus dem Vergleich zwischen der Problembeschreibung und einem Bewertungsmaßstab. Die Konstituierung eines Themas als soziales Problem kann nur gelingen, wenn der geschilderte Zustand in der Öffentlichkeit als inakzeptabel erscheint. Im Bewertungsmaßstab werden die für das Problem anwendbaren ethischen Entscheidungen oftmals in dichotomer Form festgeschrieben, z. B. „gut“ gegen „böse“.
- Die Massenmedien betonen in ihrer Berichterstattung vorwiegend lediglich die Not der Anorektikerinnen und der Bulimarektikerinnen. Ein Hilfesystem, das alle Betroffenen, z.B. auch Menschen, die an einer latenten Adipositas leiden, erreicht, existiert nicht.
5. Abstrakte Problemlösungen sind auf die Vermeidung neuer Opfer ausgerichtet, haben also präventiven Charakter.
- Die Experten im Bereich der Essstörungen sind meist in der Therapie tätig, ihre Problemlösungen richten sich daher zunächst auf die Linderung der Not der akut Betroffenen. Ein Präventionsprojekt für Schulen wird lediglich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angeboten. Von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ (DHS) sind bisher keine speziellen Präventionsprojekte geplant, so dass abstrakte Problemlösungen weitgehend fehlen¹.

¹ GLOMP (2001) erwähnt erste Präventionsprojekte in England und in den USA.

6. Konkrete Handlungsanleitungen regeln die unmittelbare Reaktion von Individuen für Situationen, die erfolgreich unter das Deutungsmuster subsumiert werden. Handlungsanleitungen liegen in pauschaler Form vor und müssen nur noch der konkreten Situation angepasst werden. Je nach Ausdifferenzierung des Problemmusters kann es einheitliche oder mehrere unterschiedliche Typen von Handlungsanleitungen geben.
- Im Bereich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit werden konkrete Handlungsanweisungen durch ein organisiertes Hilfsangebot umgesetzt. Im Bereich der Essstörungen existieren durchstrukturierte Hilfsangebote nur in Teilbereichen¹.
7. Affektive Bestandteile. Die Emotionalisierung des Problems soll Menschen motivieren, die vom Problem nicht unmittelbar betroffen sind, sich für die „Opfer“ zu engagieren.
- Oftmals werden in der Presse² Fälle von Essstörungen in einer dramatisierten Form beschrieben. Die Emotionalisierung von Teilen der Öffentlichkeit gelingt leichter bei den Anorektikerinnen, da sie in der Öffentlichkeit eher auffallen als die anderen Störungsformen, deren Problematik besser verheimlicht werden kann (s.u.).

¹ Die Wege in eine stationäre Behandlung und die Übernahme der Kosten sind verbindlich geregelt. Es gibt jedoch nur wenige spezielle Fachkliniken, mit meist langen Wartezeiten. Die ambulante Betreuung wird in Konkurrenz verschiedener Institutionen unterschiedlich gehandhabt. Über Jahre haben sich Suchtberatungsstellen für eine Betreuung und Behandlung zuständig erklärt. Suchtberatungsstellen erhalten jedoch die Kosten für die Behandlung von Essstörungen von den Rentenversicherungsträgern, die sonst die Kosten für ambulante Leistungen für Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige übernehmen, nicht ersetzt. So können Menschen mit Essproblemen dort nicht mehr, bzw. nur im geringen Maße, behandelt werden. Für die Behandlung sind nach dem Psychotherapeutengesetz niedergelassene psychologische Psychotherapeuten zuständig, die den Bedarf jedoch nicht abdecken können. Mit dem Psychotherapeutengesetz ist zugleich geregelt, dass nur wenige, in der Behandlung von Essstörungen oft unzureichende Verfahren, in der ambulanten Betreuung angewendet, bzw. bezahlt werden. Sonst übliche Therapieverfahren wie Familientherapie, Integrative Gestalttherapie, feministische Ansätze u.a. werden lediglich in stationären Behandlungen von den Kostenträgern übernommen. In einer ambulanten Behandlung müssten die Kosten für diese Therapieformen von den Betroffenen getragen werden, denen in der Regel jedoch für eine solche Behandlung die finanziellen Mittel fehlen. Weitere Unterstützung für die betroffenen Menschen bieten allgemeine Erziehungs- und Lebensberatungsstellen, Organisationen wie Wildwasser, Frauenzentren und Selbsthilfegruppen an, die nur z.T. über das notwendige Fachwissen verfügen. Auch viele Hausärzte fühlen sich diesem Problembereich nicht gewachsen.

² Einige Seiten weiter wird manchmal eine neue Diät vorgestellt, die einen Beitrag zum Auftreten von Essstörungen leisten kann.

SCHETSCHE betont, dass dauerhafte Aufmerksamkeit und Handlungspriorität von einem sozialem Problem eher über einen längeren Zeitraum erhalten werden kann, wenn die Problembeschreibung in der Öffentlichkeit kognitiv nachvollzogen werden kann und das Wertsystem, auf das Bezug genommen wird, allgemein anerkannt ist. Zudem ist der Prozess der Aufmerksamkeitssteuerung weitgehend von unbewußten Relevanzstrukturen geprägt. Von dem Konglomerat der teils unbewußten Motive hängt es ab, ob ein Problemmuster regelmäßig aktiviert wird. Um dieses zu beeinflussen, werden Diskursstrategien verwandt, mit denen die Problemwahrnehmung und die Verbreitung von Problemmustern so abgesichert werden kann, dass Abwägen und bewußtes Entscheiden möglichst ausgeschlossen werden und statt dessen einem vorgegebenen Deutungsmuster gefolgt wird. Hierzu bedienen sich die Akteure insbesondere der Strategie der Dramatisierung (SCHETSCHE 1996), bei der Affekte erzeugt werden, die Individuen zu Handlungen gemäß der Vorgaben des Musters veranlassen sollen und der Strategie der „Magie der großen Zahl“. Die große Zahl möglicher Opfer soll der Öffentlichkeit nahelegen, dass unbedingt etwas gegen dieses Phänomen unternommen werden muss.

Beim Problem der Essstörung wurde eine große Zahl von Betroffenen durch eine ausufernde Definition eines Essproblems erreicht, indem von verschiedenen Akteuren auch Frauen als essgestört bezeichnet wurden, die lediglich mit ihrem Gewicht unzufrieden waren oder eine Diät durchführten¹. Eine weitere Strategie war, bekannt gewordene Zahlen durch Hinweis auf eine Dunkelziffer in Frage zu stellen. Solche Schätzungen sind nicht nachprüfbar. Sie wurden von Teilen der Öffentlichkeit als realitätsgerecht angenommen, wenn Experten zitiert werden konnten, die zumindest tendenziell den angegebenen Zahlen zustimmten. Eine Dramatisierung wurde auch erreicht, indem in der Öffentlichkeit² spektakuläre Fälle geschildert wurden, die emotional besonders berührten, um die Zahl eines größeren dahinterstehenden, noch bedrohlicheren Problems, aufzuzeigen. Diese Fälle repräsentieren häufig nicht die Masse der Ereignisse.

¹ Zum Beispiel gab die Zeitschrift „Die Woche“ (14.8.1998) die Zahl der Übergewichtigen, bei denen der Eindruck vermittelt wurde, sie würden an einer Essstörung leiden, mit geschätzten 20 - 30 Millionen Personen an.

² Siehe beispielsweise den Bericht in der "Nordwest-Zeitung": „Mein Körper – mein Feind“ vom 4.6.1999, S. 6-7.

Die Öffentlichkeit beschäftigt sich auch deshalb eher mit dem Phänomen der Anorexie als mit den anderen Formen von Essstörungen, da sich die Magersucht besser für eine „Skandalisierung“ eignet. Diese ist notwendig, darauf verweist SCHETSCHE¹, um das öffentliche Bewußtsein zu erreichen. An der Magersucht sterben viele Frauen, die Not ist sehr offensichtlich und lässt sich in den Massenmedien „gut“ abbilden. Bei gering Übergewichtigen², denen man das Essproblem nicht ansieht, die sich als latent adipös begreifen oder bulimisch sind, fällt die Thematisierung des Problems hingegen viel schwerer.

Eine weitere häufig benutzte Strategie bei der Konstituierung der Karriere vieler sozialer Problemen ist, ein „Opfer“ zu konstituieren, das als unschuldig begriffen werden kann (SCHETSCHE 1996). Diese Strategie lässt sich bei der Problematisierung des Phänomens der Essstörungen weniger benutzen, da nach familien-systemischen Gesichtspunkten Systeme fokussiert werden und nicht ein Individuum. In einem solchen systemischen Konzept wird die Konstituierung eines „Opfers“ erschwert. Anders ist dies, wenn die Entstehung von Essstörungen mit dem Erleiden von sexueller Gewalt³ erklärt wird. Hier können konkret Männer, die die Taten verüben und schuldig werden, identifiziert werden. Die Konstituierung erfolgt dann entlang der Geschlechtergrenze (Mann = schuldig, Frau = unschuldig).

Insgesamt gelang es den verschiedenen Akteurstypen bei der Konstituierung der Essstörungen als soziales Problem nicht, eine eindeutige Deutung durchzusetzen. Die Ätiologie und die darauf beruhenden Interventionen werden von den handelnden Gruppen immer noch sehr unterschiedlich beschrieben, bzw. sie stehen in Konkurrenz zueinander. Mit der Zunahme der Zahl der Betroffenen wuchs zwar über einige Jahre die öffentliche Aufmerksamkeit und der Druck auf

¹ Nach SCHETSCHE (1996) hängt die Chance einer Problemwahrnehmung besonders davon ab, wie gut sich ein Problem zu einer Skandalisierung eignet.

² Die latente Adipositas ist immer noch ein heimliches und wenig behandeltes Phänomen.

³ FRANKE (1994, S. 130f) wirft nicht näher benannten Gruppierungen innerhalb der Frauenbewegung vor, die Bulimia Nervosa für ihre Interessen genutzt zu haben, indem die sehr häufig auftretenden Missbrauchserfahrungen der an Bulimie erkrankten Frauen zum Beweismittel für das gesellschaftliche Ausmaß sexueller Ausbeutung und Missbrauch an Frauen erhoben wurde.

die zur Bekämpfung zuständigen Instanzen, gleichzeitig aber wird wegen der bereitzustellenden und fehlenden Ressourcen die Lösung des Problems immer schwieriger. Da in den letzten Jahren trotz immer größerer Bekanntheit der Notlage der Frauen mit Essstörungen die Ressourcen für Behandlung und Prävention nicht erhöht worden sind, liegt die Annahme nahe, dass vom Wohlfahrtsstaat die Problemwahrnehmung, als auch seine Zuständigkeit, zwar grundsätzlich anerkannt wird, die Problematisierung des Phänomens der Essstörungen als ein vordringlich zu behandelndes Problem aber nicht gelang. In der Praxis wird den akut Betroffenen zu einem großem Teil geholfen, jedoch wird durch den geringen Einsatz von Ressourcen für eine umfassende Prävention dazu beigetragen, das Phänomen der Essstörungen weiter zu reproduzieren.

5.3 Weibliche Sozialisation und soziokultureller Kontext

„Die Entlarvung als kulturelle Neurose gelingt nämlich in der Regel erst nach der Etablierung einer neuen Norm.“ ALEXA FRANKE (1990)

Der Problemgegenstand der „Essstörungen“ tritt nur in Gesellschaften auf, in denen genügend oder im Überfluß Nahrung vorhanden ist. Daher sind Ansätze, die das Auftreten dieses Phänomens erklären wollen, auf den gesellschaftlichen Kontext zu beziehen.

Jede Kultur¹ mit ihren anderen Ernährungsweisen und Ernährungsideologien legt normativ fest, was als richtige und gesunde Ernährung verstanden wird. Lebensgeschichtlich ist die Nahrungsaufnahme für den Menschen das erste große Feld der Kooperation und Kommunikation zwischen Erziehern und Zögling. Mahlzeiten strukturieren den Tag, die Familie trifft sich am Tisch, hier wird gestritten, gelacht und miteinander kommuniziert. Essen sind soziale Akte², die immer auch mit

¹ Eine historische Betrachtung zeigt, dass sich bereits die reichen Oberschichten in der Antike mit Diäten beschäftigten. In diesen Gesellschaften ging es jedoch nicht um die Gesundheit seiner Mitglieder; „Dick-sein“ verletzte die „Ästhetik“ oder bedrohte durch das Übergewicht und die damit verbundene „Langsamkeit“ militärische Interessen (KLOTTER 2000). Für Frauen gab es noch keinen diätischen Anspruch.

² Essen und Trinken sind sowohl Alltagshandeln als auch Grundlage einer Festkultur.

Gefühlen verbunden ist, wobei auch die Art der verwendeten Nahrungsmittel auf die miteinander gekoppelten Bereiche Psyche, Geist, Leib und Sozialität Einfluß nimmt¹. Beispielsweise bringt der in der Schokolade enthaltene Zucker bei Einsamkeit „Nervennahrung“ und Trost, indem der Serotinspiegel in die Höhe getrieben wird oder der Genuß von Alkohol ist sozial in Trinksitten eingebettet.

Für die letzten Jahrzehnte lässt sich ein verändernder Umgang mit den Nahrungsmitteln aufzeigen. Lebensmittel gibt es seit Mitte der fünfziger Jahre in Westeuropa wieder im Überfluß. In der bundesrepublikanischen Gesellschaft galt in den fünfziger Jahren LUDWIG ERHARD als Prototyp des gemütlichen Dicken. Eine entscheidende historische Zensur im Umgang mit dem Essen brachten die sechziger Jahre. Die Designerin des Mini-Rocks, MARY QUANDT, schaffte mit ihrem Modell Twiggy ein neues Kultobjekt, die magere Frau. Jungsein war „in“, die Barbie-Puppe eroberte die Kinderzimmer und lehrte die Mädchen frühzeitig, dass sich ein Frauenleben vielfach zwischen Kühlschrank und Waage abspielt (FURSLAND 1989). Mit der Single-Gesellschaft der 80er und 90er Jahre veränderten sich die mit dem Essen verbundenen Rituale. Singles essen vielfach allein und häufig nebenbei, „inszenieren“ Mahlzeiten oder gehen mit Freunden essen, bzw. laden zum Kochen ein. Essen in Restaurants signalisiert einen gehobenen Status und zeigt an, welcher Gruppe man sich zugehörig fühlen möchte („Du bist, was du ißt.“). Mit dem vermehrten Essen von „Fast-Food“ geht ein Verlust von Sinnlichkeit einher, Essen wird oftmals als eine Art von "Tanken" energetischer Stoffe gleichgesetzt. In „höheren Schichten“² ist das Essen z.T. mit mehr Genuß als in „unteren Schichten“ verbunden. Es ist in weiten Kreisen der Bevölkerung „in“, wenig und gesund zu essen. In den letzten Jahren wurde durch die Diskussion über Gifte in den Nahrungsmitteln, die Verkünstlichung der Lebensmittel und vermehrte Tierseuchen vielen Menschen die "Lust" am Essen verdorben.

Obwohl die meisten Menschen dem gesellschaftlich vermittelten Schönheitsideal

¹ Im empirischen Teil dieser Studie wird im Kapitel 8.6: "Das Essverhalten in den Familien" auf Zusammenhänge zwischen der Esskultur und den familiären Strukturen in den Familien Essgestörter eingegangen.

² Es wurde z. B. bei „den Römern“ beim Essen gebadet und Musik gespielt.

nicht entsprechen, wird allgemein einem solchen Ideal gehuldigt. NUBER (1997) fasst Studien zusammen, nach denen sich Frauen generell unwohl fühlen, wenn sie an Körpergewicht zugenommen haben. Diese Untersuchungen zeigen, dass Frauen, was ihren Körper angeht, eindeutig unzufriedener sind als Männer. Diese Unzufriedenheit mit dem Körper nahm in den letzten Jahrzehnten zu. Insbesondere die Massenmedien transportieren und konstruieren die Schönheitsideale. Die Schönheitsnormen¹ wirken zunehmend als sozialer Imperativ. ORBACH formuliert aus feministischer Sicht noch deutlicher: *"Der Körper ist die Eintrittskarte der Frau in die Gesellschaft."* (ORBACH 1987, S. 60)

Das jeweilige Schönheitsideal², mit dem wichtigsten Kriterium eines zu erreichenden Idealgewichts, wird normativ besonders von den kulturellen und ästhetischen Wertvorstellungen der Teilgesellschaft geprägt, dem sich das Individuum zugehörig fühlt. Wenn das Körperselbstbild zu sehr von dem gesellschaftlich konstruierten Schönheitsleitbild abweicht, ist es schwer, den Körper und sich damit als ganze Person als „normal“ zu akzeptieren und sich wertzuschätzen. Diese negative Selbstbewertung führt zum häufigen Auftreten von sogenannten subklinischen Körperstörungen³.

Die Mitglieder moderner Gesellschaften sind bezüglich ihrer Ernährung vielfältigen widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt, wie sich dies beispielhaft an der Werbung für Lebensmittel zeigen läßt⁴. Einerseits wird für kalorienreiche Nahrungs- und Genußmittel geworben, andererseits für Schlankheit, Fitneß und körperlicher Attraktivität, die mit Selbstkontrolle und Selbsteinschränkung einhergeht. Ausdruck findet dies in der Werbung in Vokabeln, die von einer Mager-süchtigen kommen könnten, wenn z. B. unter einer Werbung für Margarine steht: "Du darfst - für Kalorienbewußte". Die Vermittlung solcher Deutungsmuster erfolgt

¹ Das Gewicht von „Models“ lag noch vor 25 Jahren acht Prozent unter dem "Normalgewicht", heute liegt ihr Gewicht 23 Prozent unter dem Normalgewicht (Spiegel 46/2000, S. 161).

² Tendenziell wird das Schlankheitsideal verleugnet und durch ein Gesundheitsideal ersetzt.

³ Eine subklinische Körperstörung ist die Vorstufe einer klinischen Körperstörung.

⁴ Die Werbung verkauft mit ihren Produkten nicht nur die stofflichen und ökonomischen Produkteigenschaften, sondern preist sie insbesondere als Medien der Lebensstilbildung, Bedürfnisbefriedigung und Konfliktbewältigung an (BÖHNISCH 2001).

wesentlich über die Massenmedien¹, das Elternhaus und Kollegen- und Freundeskreise.

Auf einer allgemeineren Ebene konstatiert STROBEL (1989) für unsere Gesellschaft und für den einzelnen einen Verlust des rechten Maßes, ein nachlassendes Gefühl für das „Angemessene“. Die Folgen dessen zeigen sich in der Ausbeutung der Erde und der Bodenschätze. Wasser und Luft werden vergiftet und wir leben ohne grundlegende Rücksicht auf den Gesamtorganismus des Menschen und der Erde. Der einzelne Mensch ist nicht mehr in das "Ganze" eingebunden und fühle sich von seiner Welt nicht getragen. Diese Faktoren tragen, so STROBEL, zur Entstehung der Essstörungen maßgeblich bei. Die Maßlosigkeit des Zeitalters spiegelt sich für KLESSMANN und KLESSMANN (1989), neben der Unfähigkeit des Maßhaltens, auch in der Angst vor einem entwertenden Mittelmaß, das mit Nichtigkeit und Identitätsverlust gleichgesetzt wird. Besonders Frauen mit Essstörungen gelingt es nicht, die eigene "Mittelmäßigkeit"² zu akzeptieren.

Das ambivalente Verhältnis von Frauen zum Körper spiegelt sich in ihren Gefühlen gegenüber der Nahrung und der Sexualität wider. FURSLAND (1989) geht aus einer feministischen Perspektive auf diese Ambivalenz ein. Sie schildert Beispiele aus der Werbung, bei der weibliche Sexualität einerseits benutzt wird, um Produkte zu verkaufen (z.B. wird der weibliche Mund besonders betont: Feucht, geöffnet, rot und breit). Die von FURSLAND konstatierte Lustfeindlichkeit weiter Kreise der Gesellschaft zeigt sich andererseits in sprachlichen Metaphern, in denen vor den "Sünden des Fleisches" oder "vor verbotenen Früchten"³, vor

¹ Zum Beispiel wird von den Fidschiinseln eine plötzliche Zunahme von Essstörungen bei jungen Frauen gemeldet (TAZ vom 20.5.1999), die mit der Einführung des Fernsehens im Zusammenhang stehen soll. Bis vor zwölf Jahren lebten die Menschen auf den Fidschiinseln noch nicht nach Diäten. Traditionell wurde ein robuster, kräftiger Körper bei beiden Geschlechtern bevorzugt. Erst mit der Ausstrahlung von westlichen Fernsehsendungen und der Vermittlung des westlichen Schönheitsideals begannen die Frauen das Essverhalten durch Diäten zu regulieren.

² Das Mittelmaß wird von KLESSMANN und KLESSMANN (1988) positiv interpretiert im Sinne einer zwischen Himmel und Hölle liegenden Mitte. In der Mitte leben bedeutet, „das Böse und das Gute“ gleichwertig zuzulassen.

³ In der Esskultur unserer Gesellschaft zeigt sich für T. HABERMAS (1990) ein "untergründiger Kannibalismus", der deutlich wird in Sprichwörtern wie: "vernaschen", "die

lustvollen Aktivitäten gewarnt wird. FURSLAND¹ begründet die ambivalente gesellschaftliche Haltung gegenüber weiblicher Sexualität wie folgt: Frauen, die sexuell enthaltsam leben, würden als frigide abgeschrieben; Frauen, die den Umgang mit ihrer Sexualität zum Ausdruck bringen, würden als Hure verschrien. Egal, was Frauen tun und was sie beabsichtigen, nie würden sie es richtig machen. Folglich entwickle sich das Gefühl, versagt zu haben. Die Frauen würden in ihren Schuldgefühlen verstärkt, da sie beim Essen eine mangelnde Selbstbeherrschung² zeigen. FURSLAND stellt in ihrer Analyse einen Zusammenhang zwischen der geheimen Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse und dem Appetit auf Nahrung her: Wie bei den sexuellen Bedürfnissen sei es für Frauen tabu, ihren oralen Appetit zu befriedigen. Diese „*Lebensmittelpornographie*“ (1989, S. 36) sei ein Abbild der sexuellen Pornographie, deren Ziel es sei, lediglich sexuell zu erregen. Enthalten sei die Botschaft, dass Frauen nur schauen und träumen, nicht aber ihre Phantasien in der Realität ausleben dürften, denn das sei verboten. Der Hunger nach Nahrung wird, so FURSLAND, assoziiert mit dem Hunger nach Sexualität. Beide erinnern an den Körper, den die Frauen nicht mögen, da er nicht in die von Männern definierten Normen passen würde. Die Frauen würden lernen, sich selbst abzulehnen und immer wieder versuchen, oft ohne Erfolg, den männlichen Vorstellungen zu entsprechen. Letztlich habe die sogenannte Befreiung der Sexualität, so fasst HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) zusammen, für viele Frauen nicht mehr Selbstbestimmung gebracht, sondern eher die Fremdbestimmung verstärkt.

"Leibfeindlichkeit" zeigt sich auch innerhalb der Familie (STROBEL 1989). So birgt die körperliche Beziehung zwischen einem Vater und seiner kleinen Tochter Probleme. Auf der einen Seite steht die Gefahr eines Inzests, auf der anderen Seite die Gefahr von überzogenen und falschen Ängsten vor inzestuösen Wünschen, mit der Folge, dass der Vater als "Ersatzperson", so STROBEL (1989), für die Mutter in der Erziehung nicht zur Verfügung steht. Die Sexualität

Natur wird aufgefressen", "ich habe Dich zum Fressen gern" und "sich interessant machen, damit der andere anbeißt".

¹ Die Autorin bezieht sich auf Freud's Konzept der oralen Phase, in der in Verbindung mit Nahrung Lust erlebt wird.

² Mit dem Begriff der Selbstbeherrschung werben beispielsweise die Weight Watchers um Mitglieder.

und die Körperlichkeit wird abgespalten. Trotz der vermeintlichen Freizügigkeit käme die Sexualfeindlichkeit versteckt im Gewand einer allgemeinen Leibfeindlichkeit daher.

Frauen sind den widersprüchlichen, vielschichtigen, offenen und verdeckten Anforderungen an ihren Körper und an ihr Aussehen stärker als Männer ausgesetzt und sie reagieren auf derartige Belastungen geschlechtsspezifisch mit anderen Bewältigungsstilen und anderem Symptomverhalten¹. KREUZER u.a. (1990) stellen im Rahmen ihrer Untersuchung einer Delinquenzbefragung geschlechtsspezifische Unterschiede fest. Frauen zeigen demnach eine größere Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität für Probleme; sie geben im Vergleich zu Männern doppelt so oft an, dass ein Elternteil an einer psychischen Krankheit leidet. Nach diesen Untersuchungsergebnissen reagieren Frauen weniger mit den extrovertierten Formen abweichenden Verhaltens der Delinquenz und dem Rauschmittel- und Alkoholmissbrauch² auf Lebensprobleme. Umgekehrt ist der Frauenanteil bei introvertierten normabweichenden Verhaltensformen deutlich höher. Suizidgedanken, Suizidversuche, Medikamentenkonsum und Essstörungen werden wesentlich häufiger diagnostiziert. Frauen kompensieren ihre Erfahrungen im Rahmen der geschlechtsspezifischen Sozialisation, mehr als Männer, mit der Entwicklung von leiblichen und psychischen Phänomenen. Essstörungen sind ein typisches Beispiel³.

Diesen Sachverhalt erklärt HURRELMANN (1994) mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation der Mädchen, die offensichtlich lebensgeschichtlich schon frühzeitig den Zugang zu auffälligen Verhaltensformen mit antisozialem und aggressivem Charakter begrenzt. HURRELMANN interpretiert den überwiegenden Teil des abweichenden weiblichen Sozialverhaltens als reaktiv, der weib-

¹ So ist z.B. die Verbreitung delinquenter und krimineller Handlungen bei Mädchen und Frauen im Vergleich zu Jungen und Männern geringer, obwohl wir es mit gleichen Ausgangssituationen, wie gestörten Familienverhältnissen und einem ungünstigen sozialen Klima in der Familie zu tun haben (HURRELMANN 2000).

² Auch für den Alkoholismus benötigen wir einen geschlechtsspezifischen Suchtbegriff, der berücksichtigt, dass bei Männern die Gesellschaft den generellen Alkoholkonsum eher fördert, Frauen hingegen Alkohol eher verwenden, um von der Gesellschaft induzierte Konflikte leichter ertragen zu können.

³ Bei der Bulimie und der Anorexie beträgt der Anteil der Frauen ca. 95 %.

liche Bewältigungsstil auf Belastungen ist stärker nach innen gerichtet. Verstärkt treten diese Bewältigungsformen dann auf, wenn übersteigerte Fixierungen auf das sozialvermittelte Geschlechtsideal beobachtet werden können.

Aus einer konstruktivistischen Perspektive¹ sind für die Entwicklung der Geschlechtsidentität biologische Merkmale nicht ausschlaggebend. Bestimmend für die Entwicklung der Geschlechtsidentität sind die Beziehungen, Interaktionen und Kommunikationen zwischen den Menschen unterschiedlichen Geschlechts, vor allem zwischen den unmittelbaren Bezugspersonen. Das Verhalten dieser Personen gibt bereits dem Kind Aufschluß über die Regeln der Geschlechterverhältnisse, einschließlich der Machtverhältnisse. Die geschlechtsspezifische Sozialisation setzt sich in der Pubertät fort und erlebt bei der Suche nach der Geschlechtsidentität einen neuen Höhepunkt, auch wenn sie in ihrer Dynamik lebenslang wirkt. Die soziale Codierung des Körpers schafft ein reichhaltiges Symbolsystem der Geschlechtszugehörigkeit, das ein Leben lang angeeignet und in der Selbstdarstellung verwandt wird.

Der weibliche soziokulturelle Kontext schränkt zudem die Möglichkeiten von Frauen, sich zu bilden und positive und negative Erlebnisse zu kompensieren, im Vergleich zu den Möglichkeiten die Männer haben, ein (GERHARD 1989). Eine Erwerbstätigkeit, zusätzlich zur Mutterschaft und Hausfrauentätigkeit, räumt diese Probleme nicht aus. Jedoch scheint sie, trotz der damit einhergehenden Mehrfachbelastung², einen insgesamt positiven Effekt auf die psychische Gesundheit von Frauen zu haben (GERHARD 1989). Für die Gesundheit ist entscheidend, dass die konkrete Arbeit den Wünschen der Frau entspricht und dass sie von ihrem männlichen Partner im Haushalt unterstützt und entlastet wird. Hier scheint der Zugang zu „Multiplen Rollen“ eine gesundheitsförderliche Konstellation für Frauen zu bilden. Ohne eine Berufstätigkeit können Mann und Kinder zu sehr zu einem „Weltersatz“, einer primären Identitätsmöglichkeit, werden. Dies kann zu

¹ Die Idee, das Geschlecht als eine soziale Konstruktion zu verstehen, ist älter als der Begriff Gender: S. DE BEAUVOIR vertrat schon 1949 die Auffassung, niemand werde als Frau geboren, sondern zu einer solchen gemacht (FREY u. DINGLER 2000).

² So konstatiert auch NAVE-HERZ (1992) das Dilemma des Zwiespaltes vieler Mütter zwischen dem Wunsch nach einer bürgerlichen Familienform und einem Berufsengagement.

einer starken emotionalen Abhängigkeit und ebenso zu Selbstaussbeutung und Selbstaufopferung führen.

Die soziale Konstruktion der Geschlechtszugehörigkeit umfasst die ganze Person, einschließlich des Umgangs mit dem Körper/Leib¹ und der Sexualität. Soziale Praktiken bearbeiten und formen den Körper. BILDEN (1991, S. 284) fasst zusammen: *„Geschlechtszugehörigkeit muss verkörpert, d.h. in körperlichen Zeichen und Darstellungen symbolisiert werden.* Leiblichkeit ist nicht einfach gegeben, sondern wird als kulturelles Symbol dar- und hergestellt. Relevante Bestandteile dieser Konstruktionen sind Emotionen und Affekte als zentrale Momente von Selbstkonzepten.

Die Konstruktion von Weiblichkeit ist unbewußt in unserer Gesellschaft so fest verankert und auf unsere Erwartungen abgestimmt, dass die Vorherrschaft des Mannes oft nicht mehr wahrgenommen wird. BOURDIEU (1998) nennt diese Unterwerfung unter eine sanfte, nicht spürbare, selbst für die Opfer nicht sichtbare Gewalt eine symbolische Gewalt, die sich hauptsächlich auf rein symbolischen Wegen mittels Kommunikation, Kenntnis, Verkennung, Anerkennung und letztlich des Gefühls vollzieht. Für BOURDIEU (1998) ist diese „gewöhnliche“ Sozialbeziehung der Geschlechter eine ausgezeichnete Gelegenheit, die Herrschaftslogik zu begreifen, die unter Berufung auf ein unter Herrschenden und Beherrschten gleichermaßen bekanntes wie anerkanntes symbolisches Prinzip ausgeübt wird.

Mit der Erörterung weiblicher Sozialisation im Kontext soziokultureller Bedingungen konnte in einigen Aspekten dargestellt werden, wie sich das kulturell vermittelte ambivalente Verhältnis von Frauen zu ihrem Körper bildet und wie es sich im Essverhalten spiegelt. Es wurde aufgezeigt, wieso Frauen den wider-

¹ In den letzten Jahrzehnten waren unterschiedliche Entwürfe von Körpermodellen zu beobachten. Für die „68er Generation“ war ein Körpermodell die sogenannte „freie Sexualität, verbunden mit dem politischen Kampf“, während die „78er Generation“ den Diskurs über den „Naturkörper“ führte und die „89er Generation“ eine Art von „Kunstkörper“ entwarf (KLEIN in einem Interview in der TAZ vom 02.07.1999). Den Körperbegriff der „98er Generation“ beschreibt KLEIN als „Rohstoff“, den es zu kultivieren gilt. Das können sehr massive Eingriffe wie Tattoos, Piercing, Liftings, Implantate etc. sein.

sprüchlichen, vielschichtigen, offenen und verdeckten Anforderungen an ihren Körper und an ihr Aussehen stärker als Männer ausgesetzt sind und wieso sie auf derartige Belastungen geschlechtsspezifisch mit anderen Bewältigungsstilen und anderem Symptomverhalten reagieren. Diese Ausführungen über den weiblichen Lebenskontext sollen im nächsten Kapitel expliziter auf das Phänomen der Essstörungen bezogen werden.

5.4 Erklärungsansätze zur Entstehung des Phänomens Essstörung

Ausgangspunkt für die in diesem Kapitel darzustellenden Erklärungsansätze des Phänomens der Essstörungen sind die in vorigen Kapiteln diskutierten zugrundeliegenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, einschließlich einer Geschlechterperspektive. Die Ausbildung einer Essstörung ist eine Möglichkeit, auf die soziokulturellen und die damit verbundenen reziproken leiblichen, psychischen, familiären und kognitiven Belastungen geschlechtsspezifisch zu reagieren. Das Auftreten des Phänomens der Essstörungen kann nicht durch ein einseitiges Krankheitsmodell erklärt werden, sondern benötigt für ein umfassendes Verständnis eine noch zu erarbeitende „multiperspektivische Sichtweise“ (PETZOLD 1995).

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit weiteren „Bausteinen“ eines umfassenden Erklärungsmodells der Entstehung von Essstörungen. Aus der Perspektive einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie sind solche Ansätze Konstruktionen, d.h. Unterscheidungen, Bezeichnungen und Bewertungen verschiedener Beobachter, die hier von einem weiteren Beobachter neu zusammengestellt werden. Bei der Unterscheidung der Ansätze folge ich den in der Literatur gebräuchlichen Kategorien. Beiträge zu einem Erklärungsmodell leisten, neben den bereits erörterten soziokulturellen, Faktoren insbesondere:

- feministische Ansätze,
- analytische Ansätze,
- behavioristische Ansätze und insbesondere
- systemische Ansätze.

Diese Ansätze werden im Folgenden auf ihren Erklärungswert für das Krankheitsbild der Essstörungen übertragen, bzw. in einen Erklärungskontext eingebettet.

5.4.1 Feministische Erklärungsansätze

Ausgehend von der sozialwissenschaftlichen Grundthese, nach der sich gesellschaftliche Strukturen in der Geschlechterhierarchie und Geschlechtsdifferenz spiegeln, sehen „feministische Autorinnen“ die Entstehung der Essstörungen durch die Auswirkungen des Patriarchats auf den weiblichen Lebenszusammenhang begründet. In der Aufschließung dieser Perspektive thematisieren sie insbesondere die Manifestierung soziokultureller Bedingungen auf den Leib und die Sexualität von Frauen.

Aus feministischer Sicht (vgl. GRÖNE 1997, ORBACH 1987, DOWLING 1989, HORSTKOTTE-HÖCKER 1987) ist die Essstörung Ausdruck einer Rebellion gegen die weibliche Rolle. Die Essgestörten weigern sich letztlich mittels ihrer Symptomatik autonom zu leben. Sie verhalten sich insofern rollenkonform, indem sie ihre, durch ihre weiblichen Rolle aufgenommenen Aggressionen gegen sich selbst, bzw. gegen ihren Leib und nicht nach außen richten. Den Hintergrund für dieses Verhalten sieht HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) in der Herrschaft des Mannes, genauer in der Beherrschung der „weiblichen Anteile“ im Menschen, also auch derjenigen im Manne selber. Diese werden, so die Autorin, auf die Frau projiziert, die nun ebenfalls ihre weiblichen Anteile entwertet und unterdrückt.

Frauen unterwerfen sich in übertriebener Weise dem gesellschaftlich vermittelten Schlankheitsdiktat. Da Nahrungsmittel als naheliegende und leicht verfügbare Konflikt- und Spannungslöser zur Verfügung stehen, bietet die Entwicklung einer Essstörung, in einer von Männern kontrollierten Welt, scheinbar eine Lösung, die Kontrolle für sich und das Leben zu übernehmen, indem mit Hilfe der Nahrungsmittel das vermittelte Ideal von Weiblichkeit übernommen werden soll. Eine Verdoppelung dieser Problematik tritt dadurch auf, dass diese Selbstmanipulation durch Lebensmittel nicht funktioniert und so neben der mangelnden Autonomie des Selbstbildes, auch die Unterwerfung unter das außengesteuerte Fremdbild

vor sich selbst nicht erreicht werden kann. Anorektikerinnen und Bulimarektikerinnen versuchen so mit der Kontrolle über ihr Gewicht einen Ersatz für die Kontrolle¹ über die wirklich wichtigen Angelegenheiten des Lebens zu erreichen (vgl. dazu ORBACH 1987). Die Entwicklung einer Essstörung ist jedoch eine Lösung, die grundsätzlich selbstzerstörerisch ist.

Insbesondere die Anorektikerin verweigert durch ihre Symptomatik die Übernahme einer traditionellen weiblichen Rolle (BRAKHOF 1985, ALIABADI u. LEHNIG 1985). Während BRUCH (1980) annimmt, die Magersüchtige habe Angst davor, erwachsen zu werden und die traditionell weibliche Rolle einzunehmen, betont BRAKHOF (1985) die Anpassungsleistungen der essgestörten Frauen. Sie geht davon aus, dass essgestörte Frauen verzweifelt versuchen, sich an eine stereotype weibliche Rolle anzupassen. Die Frauen fühlen sich hin- und hergerissen zwischen dem verzweifelten Wunsch nach Anerkennung von Männern und einer ungeheuren Angst vor Männern und ihrer Macht der Ablehnung². BRAKHOF (1985) resümiert: Frauen sind die ständig Gebenden und Nährenden, sie befriedigen die emotionalen Abhängigkeitsbedürfnisse und zügeln ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse, um sie mit Essen zuzudecken. In Anpassung an ihre "Weiblichkeit" werden diese regressiven Bedürfnisse durch Erbrechen ungeschehen gemacht. Das Symptom Magersucht bietet zudem die Möglichkeit, Zurückweisungen und Demütigungen von Männern aus dem Wege zu gehen, indem durch das Untergewicht die Identität, Frau zu sein, geleugnet wird.

Im Vergleich mit der Anorexie gilt die Bulimia nervosa im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit an die Frauenrolle als die "weiblichste" aller Suchtformen (ALIABADI u. LEHNIG 1985). Nahrungsmittel bieten sich optimal als Suchtmittel der „Braven“ an. HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) sieht die Entstehung der Bulimie darin begründet, dass Frauen mit einer überdurchschnittlichen Ausbildung, die auf dem Arbeitsmarkt keine Arbeit bekommen würden, die Solidarität unter Frauen spalten und so um den Mann rivalisieren würden. Dabei entfremde

¹ Diesen Prozess bezeichnet LAWRENCE als „Kontrollparadox“ (1979).

² Siehe hierzu MEERMANN und VANDEREYCKEN (1987).

sich die Frau von ihrem Selbst. Die Mittel dieser Konfliktlösungsmuster seien Unauffälligkeit, Heimlichkeit und Systemkonformität. Die Autorin belegt in ihrer Argumentation jedoch nicht ihren Ausgangspunkt, nach dem die betroffenen Frauen in einem besonderen Maße keinen Arbeitsplatz „besitzen“. Im Gegenteil, auf Grund ihrer Anpasstheit an die gesellschaftlichen Anforderungen und wegen ihres Leistungsstrebens sind die Anorektikerinnen und die Bulimikerinnen normalerweise erwerbstätig oder in einer Ausbildung¹.

Frauen sind, wie im vorigen Kapitel ausgeführt, mehr als Männer, den widersprüchlichen, vielschichtigen, offenen und verdeckten Anforderungen an den Körper und das Aussehen ausgesetzt. DOWLING (1989) geht davon aus, dass 90 % der Frauen unter dem Gefühl leiden, nicht gut, nicht schön, nicht intelligent genug zu sein, unabhängig davon, wie sie aussehen oder wie erfolgreich sie im Beruf sind. Der Wert der eigenen Person wird von ihnen in einem besonderen Maße am Gewicht und am Aussehen gemessen. Das Gefühl minderwertig zu sein, wird hierbei durch die Ansprüche, die durch die Medien, insbesondere durch Frauenzeitschriften und die Werbung, an Frauen gestellt werden, verstärkt. Anstatt sich jedoch ständig selbst abzuwerten, fliehen sie in den Narzißmus, die Konsumsucht, den Perfektionsdrang und eben in die Ausbildung von Essstörungen (DOWLING 1989). Frauen mit Essstörungen sind daher den gesellschaftlich vermittelten Anforderungen an ihre Rolle weniger gewachsen als „Nicht-Essgestörte“ und erst recht als Männer.

Dünnsein fungiert als ein Merkmal für Leistungsbereitschaft und Funktionalität. Zugleich verkünden die Essgestörten (besonders die Magersüchtigen) anderen mit ihrer Besessenheit, dünn zu sein, sie seien stark und muskulös wie die Männer. So ist die Anorexie der unbewußte Versuch, sich vom „*unwerten Geschlecht*“ zu befreien (DOWLING 1989, S. 156). Die oftmals konservativen Ideale der Magersüchtigen treffen auf eine Welt mit Wertvorstellungen, in der der Körper die Funktion einer Hochleistungsmaschine, eines Markenzeichens, eines Statussymbols oder eines Lustobjektes hat.

¹ Siehe hierzu TÜRK und WELSCH (2000).

Feministische Autorinnen betonen den Zusammenhang zwischen den gesellschaftlichen Strukturen und den sexuellen Problemen von essgestörten Frauen. Um diese These zu unterstützen, werden Literaturbefunde zu diesem Thema kurz resümiert:

Während KIESELBACH (1988) auf Untersuchungen verweist, nach denen Bulimarektikerinnen den Sexualkontakt überwiegend als befriedigend bewerten und 50 % in den letzten Monaten mindestens einen Sexualkontakt pro Woche als angenehm erlebt hätten, wird in der Literatur durchgängig eine sehr „unbefriedigende“ Sexualität konstatiert. TARANG (1985, ebenso BRAND-JAKOBI 1984) führt aus, in ihren Therapiegruppen hätten alle essgestörten Frauen Sexualität als unbefriedigend und als lästige Pflichtübung erlebt. Erste sexuelle Erfahrungen seien durchweg negativ gewesen. Die Klientinnen hätten sich den jeweiligen Wünschen ihrer Partner angepasst. Nach BRAND-JAKOBI (1984) tritt bei Magersüchtigen Sexualität meist nur "isoliert" auf. Es gäbe nur seltene und unbefriedigende sexuelle Kontakte. 50 - 70 % der Anorexieklientinnen hätten niemals oder nur selten sexuelle Kontakte. Nur in vier Prozent der Fälle würde die Sexualität als befriedigend erlebt.

FEIEREIS (1989) differenziert: Bulimiekranken weisen nach seinen Untersuchungen sexuelle Impulse aus Angst vor Kränkung und Entwertung ab; im Gegensatz zu Magersüchtigen, die aus Gründen des gestörten Verhältnisses zum eigenen Körper Sexualität ablehnen. Bulimarektikerinnen leben in der Regel in einer Partnerschaft, sie haben jedoch, so führt HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) aus, oft jahrelang keinen Sexual- und Körperkontakt, wenn auch diese langen Phasen von euphorischen, sexuell sehr befriedigenden Phasen unterbrochen werden können (ähnlich LANGSDORF 1986). Da sie sich selbst stark ablehnen würden, sei es ihnen unvorstellbar, dass jemand anderes ihren Körper gerne ansehen oder anfassen möchte. Die Bedürfnisse nach Intimität werden auf das Essen verschoben, da intimer Kontakt mit Angst, Grenzverletzung, Entblößung, Beschämung und Demütigung verbunden ist (MASSING, G. REICH, SPERLING 1992). Diese Defizite werden durch vermehrtes Essen und Erbrechen ausgeglichen. LANGSDORF (1986) und SELVINI-PALAZZOLI (1984) sehen hingegen

die Ablehnung des Geschlechtsverkehrs vieler Bulimieklientinnen in Gefühlen von Ekel gegenüber Männern begründet.

Da sexuelle Probleme oftmals Folge von sexueller Gewalt¹ (in der Literatur meist „sexueller Missbrauch²“ genannt) sind und von einem engen Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und dem Auftreten von Essstörungen auszugehen ist, soll in dieser Literaturübersicht auch dieses Thema aufgenommen werden.

Frauen und Mädchen sind in einem besonderen Maße sexueller Gewalt ausgesetzt. Die statistischen Angaben über die Häufigkeit von sexuellen Gewalterfahrungen sind widersprüchlich. Weitreichende Schätzungen gehen davon, dass jedes dritte Kind betroffen ist (SACHARTSCHENKO und GIES 1996). Nach einer Studie des kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen³ wird jede siebte Frau zwischen 20 und 59 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben vergewaltigt oder sexuell genötigt⁴. Dieser Studie zufolge werden die meisten der Taten nicht angezeigt. SACHARTSCHENKO und GIES gehen davon aus, dass Essstörungen, insbesondere bulimische Verhaltensweisen, überdurchschnittlich oft in einem ursächlichem Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Vergangenheit stehen. Die Autoren gehen ebenfalls von einem eindeutigen Zusammenhang zwischen Suchtmittelmissbrauch und sexuellen Übergriffen aus und verweisen auf verschiedene Untersuchungen, nach denen bis zu ca. 74 % der suchtmittelabhängigen Frauen in ihrem bisherigen Leben sexuelle Gewalt erfahren haben⁵. Eine besonders hohe Korrelation zeigt sich zwischen einem „sexuellem Missbrauch“ und dem Merkmal Sucht bei der Gruppe der Politoxikomanen.

¹ Unter „Gewalt“ wird in diesem Zusammenhang in Anlehnung an den FÜNFTEN FAMILIENBERICHT (1994) jede aktive Handlung oder auch Duldung/Unterlassung verstanden, die der Durchsetzung des eigenen Ziels gegenüber einer anderen Person dient, ohne Rücksicht auf die damit verbundenen entstehenden Schäden zu nehmen.

² Problematisch an dem Begriff „Missbrauch“ ist, dass er nahelegt, es gäbe einen ethisch vertretbaren „Gebrauch“.

³ Agenturmeldung in der TAZ vom 8.07.1995.

⁴ Zu den Interessen von sozialen Akteuren an niedrigen bzw. hohen Zahlen siehe SCHETSCHKE (1996).

⁵ Aus der Eigenuntersuchung der Autoren (das Klientel einer Fachklinik) ergibt sich, dass 60 bis 80 % der alkoholabhängigen Frauen von sexueller Gewalt betroffen sind.

In der Regel ist der Tatort die Familie, Täter sind meistens die Männer der Familie, bzw. der Verwandtschaft. Die Opfer sind einer Vielzahl von Gefühlen ausgesetzt, von denen Angst, Scham, Wut und Schuld zentral sind. Weitere fatale Auswirkungen der sexuellen Gewalt sind Selbstzweifel und die Unfähigkeit, den eigenen Wahrnehmungen zu trauen. So treten beispielsweise Zweifel auf, den eigenen Empfindungen trauen zu können, wenn der Übergriff als „pflegerische Tätigkeit“ getarnt wird oder wenn die Mutter oder andere Personen in der Familie sich so verhalten, als bemerkten sie nichts. Sexuelle Gewalt führt zu einem Abspalten der Gefühle und Verengungen von Empfindungen, die zu vielfältigen körperlichen, psychosomatischen und emotionalen Folgen führen, die sich häufig in Essstörungen manifestieren.

Zusammenfassung:

Feministische Ansätze fokussieren die Beschaffenheit der Geschlechterverhältnisse in unserer Gesellschaft und analysieren, wie Ursachen und Dynamiken von Männlichkeit und Weiblichkeit konstruiert werden. Aus einer feministischen Perspektive sind Essstörungen primär der Ausdruck sich widersprechender Rollenanforderungen an die Geschlechter. Das gesellschaftliche Schönheitsideal unterwirft Frauen geradezu einem Diktat. Einerseits sollen Frauen weiblich sein, d.h. freundlich, anschmiegsam und lieb, andererseits wird von modernen Frauen Durchsetzungsvermögen, Leistungsbereitschaft und –fähigkeit und Selbstsicherheit erwartet (BRUNNER und FRANKE 1997). Diese Rollenanforderungen verunsichern Frauen. Diese Zusammenhänge bewirken einen Teufelskreis, in dem die essgestörten Frauen gefangen sind. Die Konstruktion von Weiblichkeit ist keine Erklärungsvariable in letzter Instanz, sie ist dennoch ein unverzichtbarer Baustein einer Analyse all der Bedingungen, die zum Auftreten der Essstörungen und der Multiplen Süchte beitragen.

Nach weitgehend übereinstimmenden Literaturberichten kann bei essgestörten Frauen von massiven sexuellen Problemen ausgegangen werden. Das Erleiden von sexueller Gewalt ist ein weiterer prädisponierender Faktor bei der Entstehung einer Essstörung und führt rekursiv zu weiteren Problemen im sozialen Lebenskontext, insbesondere in den Partnerschaften.

Wie ausgeführt kommt feministischen Ansätzen der Verdienst zu, wichtige Anstöße für ein Verständnis der Probleme von Frauen und auch für das Phänomen der Essstörungen gegeben zu haben. Aus feministischer Perspektive wird zu Recht kritisiert¹, dass bei der Diskussion der Entstehungsursachen der Essstörungen zu sehr die intra- und interpersonalen Dynamiken betont und zu wenig die Entstehung der Essstörungen als ein Spiegelbild zahlreicher gesellschaftlicher Einflüsse gesehen werden, welche die Ungleichheit der Geschlechter fördern (EIBING u. a. 1999). Jedoch sind feministische Ansätze in der Gefahr, die Entstehung der Essstörungen zu ausschließlich mit Auswirkungen von weiblichen Rollenkonflikten zu erklären und andere, insbesondere familiäre Faktoren, in ihrer gesamten Breite nicht zu berücksichtigen. Die Entwicklung von Essstörungen lässt sich nicht nur als Ausdruck patriarchaler Verhältnisse begreifen. Solche Theorieansätze betrachten Frauen zu sehr als homogene Gruppe. Überdies widersprechen sie dem Selbstverständnis vieler jüngerer Frauen.

5.4.2 Psychoanalytische Erklärungsansätze

Während feministische Erklärungsansätze den Fokus auf die Erörterung der sozialstrukturellen Faktoren und der weiblichen Rolle im Patriarchat legen, fokussieren klassische „analytische Ansätze“ hauptsächlich auf intrapsychische Faktoren und die Beziehungsebene zwischen den Klientinnen und ihren Müttern². Mit der Erörterung dieser Konzepte begeben sich in den Bereich psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Perspektiven. Die Grundlinien einer solcher sozialisatorischen Auseinandersetzung mit dem Selbst und den frühen Bezugspersonen sind in den frühkindlichen Tiefenstrukturen der Identitätsentwicklung – hier speziell der geschlechtsspezifischen – angelegt. Die Selbstrepräsentanz als eine leib-seelische Befindlichkeit stellt nach Auffassung der psychoanalytisch rückgebundenen Sozialisationsforschung eine eigene und eigenmächtige innerpsychische Instanz dar, die in fortwährender und sich entwickelnder Balance zur „äußeren“ sozialen Welt steht und von dieser stetig beeinflusst, aber nicht deter-

¹ Vgl. EIBING u.a. (1999), HORSTKOTTE-HÖCKER (1987), LAWRENCE (1979), DOWLING (1989).

² Aspekte dieser Ansätze überschneiden sich z.T. mit anderen, insbesondere mit systemischen Ansätzen. Zum Teil vertreten dieselben Autoren verschiedene Ansätze.

miniert wird (BÖHNISCH 2001).

Gestörtes Essverhalten ist für BRUCH (1985) der Ausdruck einer frühkindlichen Deprivation in der Mutter-Kind-Beziehung. SELVINI-PALAZZOLI (1989) und BRUCH (1985) sehen bei der Mutter der essgestörten Frauen eine Unfähigkeit, die Signale und Bedürfnisse ihres Säuglings zu erkennen. Die orale Beziehung habe eine sadomasochistische Qualität, die sich im unkontrollierten Verschlingen der Mahlzeiten des Säuglings zeige (HORSTKOTTE-HÖCKER¹ 1987). Neben dieser oralen Fixierung wird ein Entwicklungsstillstand auf der Stufe des primären Narzißmus angenommen, dieser verhindere die Entwicklung reifer Objektbeziehungen.

Den Beginn der Schädigung, die in der psychanalytischen Perspektive später zu einer Essstörung führt, legt HIRSCH (1989) auf eine frühe Entwicklungsphase in der Loslösungsphase, genauer der Übergang von der Differenzierungs- zur Übungsphase (nach MAHLER²). Das Trauma besteht in der Behinderung und Bestrafung der ersten Autonomiebestrebungen des Säuglings im zweiten Lebenshalbjahr durch eine dominierende, überfürsorgliche und/oder kontrollierende Mutter. In diese Zeit fällt auch die bei Frauen mit Essstörungen nicht ausreichend entwickelte Phase der Schaffung und Verwendung von „Übergangsobjekten“. HIRSCH ist der Ansicht, dass der eigene Körper normalerweise ein Vorläufer der Übergangsobjekte darstellt. Die Mutter behindert, so HIRSCH, die Erschaffung

¹ HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) bezieht sich in ihrem psychoanalytischen Erklärungsmodell auf MELANIE KLEIN. In dem Model von KLEIN richten sich die von ihr angenommenen angeborenen oral-libidinösen und oral-destruktiven Triebe auf die mütterliche Brust, d.h., es entsteht eine Beziehung zu einem Teilobjekt. Bei Frustrationen tritt eine Veränderung im Gleichgewicht von Libido und Aggression auf, die zu dem Gefühl der "Gier" führen kann. Die Brust wird entweder als "gute" oder "böse" Brust empfunden und mit Liebes- und Haßgefühlen besetzt. Werden mehr "gute Anteile" der Brust verinnerlicht, wird die kindliche Fähigkeit zu lieben, zu vertrauen und Lust zu empfinden gestärkt. Für Versagungen und Frustrationen wird die "böse Brust" verantwortlich gemacht. In den Erinnerungsphantasien zerreißt, verschlingt und vernichtet das Kind nach diesem Modell die Brust (ähnlich KLESSMANN und KLESSMANN 1988).

² Folgt man den Beobachtungen von MARGRET MAHLER, übt das Kind (in der Übungs-Subphase bis zum 17. Lebensmonat) die Loslösung von der Mutter. Während der ersten Subphase der Differenzierung findet die Subjekt-Objekt-Trennung statt. Die Fähigkeit zur Loslösung wird maßgeblich von den Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen beeinflusst. Das Kind steht in diesen frühen Phasen im Konflikt zwischen dem Wunsch die gewonnenen Autonomie aufrechtzuerhalten und dem Wunsch der Wiedervereinigung mit der Mutter.

eines Übergangsobjektes mit der Folge, dass der eigene Körper in der Pubertät zum „bösen“ Objekt wird, solange er normal oder übergewichtig ist. Der Körper, der weiblich zu werden droht, wird zu einem Fremdkörper (ebenso SELVINI-PALAZZOLI 1984). Er wird von der Anorektikerin nicht als etwas zu ihr gehörendes erlebt.

Essstörungen werden von SELVINI-PALAZZOLI (1984) als ein Versuch verstanden, einen Weg aus der gefährlichen symbiotischen Nähe und der problematischen Loslösung von den Eltern zu finden. Wenn die fundamentalen Erlebnisse des Kindes mit den elterlichen Objekten durch mangelhafte emotionale Beziehungen beeinträchtigt werden, entsteht eine pathologische Situation, da das kleine Kind nicht die Möglichkeit hat, zu anderen Objekten als seinen nächsten Bezugspersonen, in Kontakt zu treten. Die meisten schlechten Erfahrungen mit seinem Körper, die das Kind in seiner narzißtischen Phase mit seinen Objektbeziehungen macht, bleiben *"eingekerkert"* (a.a.O., S. 106).

Bei der Anorexie, so SELVINI-PALAZZOLI (1978) enthält der Körper die negativen inkorporierten Aspekte der Mutter, die im Körper besser bekämpft werden können. Die Autorin nimmt eine Spaltung des Selbst im Körper und im zentralen Ich an. Der weibliche Körper wird zum Inbegriff des Bösen, er muss unbedingt beherrscht werden, beispielsweise durch extremen Sport. Der extreme Sport und die Abmagerung führen zu einer Selbstzerstörung. Für die Magersüchtige ist *"Körper-sein" gleichbedeutend mit "ein-Ding-sein"* (SELVINI-PALAZZOLI 1984, S. 108). Wenn der Körper wächst, wächst auch das "Ding", und die "Person" beginnt zu schrumpfen. Die Pubertät ist für das Mädchen ein plötzliches und traumatisches Erlebnis bei der die unterschwellig existierenden Probleme der Loslösungs- und Individualisierungsphase des Kleinkindes auf neue Weise wachgerufen werden (ebenso ORBACH 1987). Die narzißtische, libidinöse Besetzung muss vom kindlichen Körper abgezogen und dem neuen, fremden, erwachsenen, gerundeten Teil zugeordnet werden, der außerdem als Teil des Selbst akzeptiert werden muss (SELVINI-PALAZZOLI 1984). Der Körper wird aufgrund der körperlichen Veränderungen konkret als mütterliches Objekt erlebt, von dem sich das Ich um jeden Preis trennen will. Das Ich baut voller Verzweiflung ein Abwehrsystem auf, es spaltet sich.

Bei den Bulimarektikerinnen nimmt die Nahrung den Platz der Mutter ein. Nahrungsmittel werden verschlungen, um sich mit der guten Mutter zu vereinigen oder die Nahrung wird zerkaut, zermahlen, um sich an der bösen Mutter, so führt HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) aus, zu rächen. Die großen Mengen, die während eines Essanfalls verschlungen werden, verursachen ein Völlegefühl, das starke unbewusste Ängste hervorruft, von der „inneren bösen Mutter zerstört“ zu werden. Dieser höchst gefährliche Zustand der Selbstbedrohung kann durch sofortiges Erbrechen des Mageninhaltes abgewehrt werden.

T. HABERMAS (1990) sieht aus analytischer Sicht bei den Bulimarektikerinnen eine versuchte Selbstbeschränkung bei der Nahrungsaufnahme, die einer zweifachen Triebabwehr dient. Zum einen dient sie dem direkten Kampf gegen die Lust in ihrer oralen Form und zum anderen indirekt und symbolisch der Abwehr der *"Fleischeslust über die Kontrolle der eigenen Fleischmengen", also des Körpervolumens...*“ (T. HABERMAS 1990, S. 93) Hierbei handelt es sich für T. HABERMAS um eine narzißtische Kompensation mit entsprechenden Störungen des Selbstgefühls. In der Bulimie entwickelt sich zunehmend eine Dichotomie im Umgang mit dem Selbst, zwischen dem *„Freß-Kotz-Anfall“* (a.a.O., S. 98), den Phasen des Hungerns und der Überaktivität. Zu einem Essanfall kommt es häufig bei Enttäuschungen, auf die eigentlich mit Wut reagiert werden müßte. Die Bulimieklientin füllt sich mit Nahrung und verleiht sich dadurch *"Substanz und ein Zentrum"* (T. HABERMAS 1990, S. 100). Im Essanfall realisiert sie auf eine archaische, körperliche Weise ihren Verschmelzungswunsch. Dieses befriedigt sie jedoch nicht, denn die Nahrung ist nur ein Instrument der Manipulation des Körpergefühls und nicht das eigentliche Objekt des Begehrens.

Die Bulimieklientin erlebt mit dem Essanfall eine Verschmelzung mit dem Mutter-Objekt (SELVINI-PALAZZOLI 1984), es droht die Assimilation, mit dem „mütterlichen Bösen“. Hieran schließt sich der Drang an, das böse Objekt auszustoßen, d.h., es wird aktiv ein Erbrechen herbeigeführt. Hingegen betont LANGSDORF (1985) in ihren Ausführungen, dass der „Schrei der Seele nach Sättigung“ deutlich lauter ist als die innere Stimme, die zur Selbstbeherrschung mahnt. Die irrationale Panik, mehr essen zu wollen, führt zu den nächsten Essanfällen.

Die Etablierung einer reifen Geschlechtsidentität¹ gelingt den Pubertierenden nicht. Die Bulimarektikerin nimmt wie die Gleichaltrigen sexuelle Beziehungen auf, allerdings ist sie sich ihrer Identität als Frau und ihrer Geschlechtlichkeit nicht sicher. Sie selbst empfindet sie als unattraktiv, bzw. nicht attraktiv genug, um von Männern geschätzt zu werden. Diese Frauen bemühen sich in der Adoleszenz um eine frühe Selbständigkeit und übernehmen vielfach früh die Erwachsenenrolle und Verantwortung für andere Familienmitglieder. Aufgrund dieser vorzeitigen Autonomie müssten regressive Wünsche abgewehrt werden und die Selbständigkeit durch eine rigide Selbstkontrolle gesichert werden. Der Konflikt um die eigene Autonomie aktualisiert sich beim Auszug aus dem elterlichen Heim und erfordert, die regressiven Wünsche noch weiter aufzugeben (T. HABERMAS 1990).

Zum Abschluß des Kapitels soll noch darauf verwiesen werden, dass sich viele der angeführten AutorInnen (beispielsweise SELVINI-PALAZZOLI (1984, 1987), MASSING u.a. 1992 und KLESSMANN u. KLESSMANN (1988)) um eine Integration systemischer und analytischer Erklärungsmodelle bemühen, bzw. analytische Ansätze mit gesellschaftskritischen Perspektiven (siehe T. HABERMAS (1990), ROHDE-DACHSER (1983) und GAST (1985) erweitern².

Zusammenfassung und Diskussion:

¹ Hierzu gehört für T. HABERMAS (1990) die Aneignung des sexuell reifen Körpers und seiner wieder erwachten Triebe mit einer Integration in das Selbstbild und die Aufnahme reifer sexueller Beziehungen.

² ROHDE-DACHSER (1983) verbindet analytische und gesellschaftskritische Ansätze. Von ihr werden Persönlichkeitsstörungen, narzißtische Störungen und Essstörungen als Zeitkrankheiten unserer Tage verstanden. Die kulturellen Werte sind, so ROHDE-DACHSER, fragwürdiger geworden. Es gibt vermehrt zerbrochene Familien und die Verfügbarkeit möglicher stabiler Introjekte nimmt ab. Der innengeleitete Mensch war sich früher seiner Identität bewußter und konnte auf ein festes, verinnerlichtes Wertesystem zurückgreifen. An Stelle der Innenleitung ist die Steuerung von außen getreten, eine Steuerung, die heute sehr schnell unkontrollierbaren Kursänderungen unterliegt. T. HABERMAS (1990) erweitert psychoanalytische Ansätze durch historische und kulturelle Aspekte. Die Entstehung einer Essstörung begreift er primär auf der kulturellen und sozialpsychologischen Ebene. Er geht von psychologischen Grundannahmen aus, die das Vorhandensein von analen neurotischen Trieben und verinnerlichten kulturellen Geboten annehmen. Die jeweils lebensgeschichtlich verstehbare Symptomatik ist für T. HABERMAS Teil einer Kultur in einer spezifischen historischen Zeit. GAST (1985) erweitert ihren analytischen Ansatz unter feministischen Gesichtspunkten. Sie stellt sie die Mutter-Kind-Beziehung in den gesellschaftlichen und politischen Kontext.

Essstörungen sind aus analytischer Sicht gekennzeichnet durch ein mangelndes Ich-Gefühl und durch Unsicherheiten bezüglich der Geschlechtsrolle, der Lebensziele, Beziehungen und Werte. In der Pubertät wiederholen sich die Konflikte aus vorangegangenen Lebensphasen; die Klientinnen bleiben in infantilen Bindungen "gefangen" und wagen nicht das Risiko einer emotionalen Ablösung vom Elternhaus. Die Integration der "guten" und der "bösen" Anteile innerhalb der Selbst- und Objektrepräsentanz ist durch die pathologische Ausgestaltung dieses Konfliktes beeinträchtigt.

Analytische Ansätze sind ein wesentlicher Baustein eines umfassenden ätiologischen multifaktoriellen Modells der Entstehung von Essstörungen (bzw. von Multiplen Süchten). Eine Stärke der analytischen Erklärungsmodelle liegt in ihrer genauen Analyse, bzw. Konstruktion, der intrapsychischen Dynamik. Analytische Ansätze können mit der Einbeziehung dieser Prozesse systemische und soziokulturelle ätiologische Ansätze sinnvoll ergänzen. In mehrerer Hinsicht greifen klassische analytische Ansätze jedoch zu kurz: Zum einen beziehen sie (vgl. z.B. BRUCH 1980, ORBACH 1987) zu wenig den Vater und andere Familienangehörige und erst recht nicht eine Mehrgenerationenperspektive in ihre Analyse ein. Zum anderen werden in „klassischen“ psychoanalytischen Ansätzen (wie z.B. bei BRUCH) die grundlegenden soziokulturellen Bedingungen lediglich zu Randbedingungen. Wenig gewürdigt werden auch unterstützende Entwicklungsfaktoren und die Ressourcen der sozialen Systeme. Des Weiteren sind analytische Ansätze in ihrem Erklärungsmodell der Entwicklung von Essstörungen zu sehr auf ein lineares Entwicklungskonzept reduziert. Letztlich werden mit einem solchen Konzept alle akuten Störungen auf Störungen in sehr frühen kindlichen Entwicklungsphasen zurückgeführt (vgl. z.B. HEIGL-EVERS und STANDKE 1988) und das akute Auftreten einer Essstörung als eine Folge einer sogenannten „frühen Störung“¹ klassifiziert. Dieser populäre und schillernde Begriff ist in der Theorie und Praxis weit verbreitet (siehe STAMMLER 2000). Mit der Benennung eines Phänomens als eine „frühe Störung“ werden linear-kausale Zusammenhänge konstruiert, die auf einem mechanistischen Weltbild beruhen.

¹ In der Literatur finden sich eine Reihe von Begriffen, die fast synonym verwendet werden, wie „schwere psychische Störung“, „schwere Persönlichkeitsstörung“, „schwere narzißtische Störung“ u.a. (siehe MENTZOS 1987, HEIGL-EVERS u. STANDKE 1988).

Selbst wenn zwischen den damaligen Ereignissen und dem heutigen Zustand ein Zusammenhang besteht, rechtfertigt dies nicht, frühere schädigende Ereignisse als Ursachen für einen akuten Zustand zu einem späteren Zeitpunkt zu benennen¹. Ein rekursives Modell ist daher einem linear-kausalen Denken² vorzuziehen.

5.4.3 Behavioristische Ansätze

Behavioristische Modelle zur Genese der Essstörungen sollen kurz schlaglichtartig beleuchtet werden, da auch diese Ansätze zu einem multifaktoriellen Erklärungsmodell beitragen.

MEERBAUM und VANDEREYCKEN (1987) stellen das Konzept eines kognitiv-behavioristischen Modells vor, das auf modernen Lerntheorien basierend, behaviorale, organische, soziale und kognitive Prozesse während der Entwicklung und des Verlaufs der Problematik berücksichtigt. Die Autoren nehmen an, dass das Phänomen der Verleugnung bei anorektischen Patientinnen, zumindest teilweise, durch einen Zustand der „Alexithymie³“ erklärt werden kann, da durch das Hungern und den Gewichtsverlust eine kognitive Verzerrung entsteht. (Die Autoren beziehen sich auf BRUCH (1980), die betonte, dass viele kognitive Defekte bei Anorexia nervosa Patientinnen direkt mit dem Hungern zusammenhängen.) Der Gewichtsverlust durch Hungern wird als eine Art kognitiver Beeinträchtigung verstanden. Anorexia nervosa Patientinnen benähmen sich so, als ob sie auf der Phase des präkonzeptionellen oder konkreten Denkens (nach PIAGET) steckengeblieben wären, was sich im Egozentrismus und Konzepten von magischer Effektivität ausdrücken würde. *„Die Entwicklung in der charakteristischen jugendlichen Phase, die die Fähigkeit zu normalem, abstraktem Denken*

¹ Der Begriff der „frühen Störung“ macht jedoch in einem weiter gefassten Verständnis „Sinn“, wenn hiermit „Störungen“ im Sinne von Perturbationen gemeint sind. Solche Perturbationen lösen in einem systemtheoretische Verständnis lediglich Zustandsveränderungen aus, wobei offen bleibt, wie sich diese im weiteren Lebenslauf auswirken.

² Siehe hierzu das zweite Kapitel: „Die Theorie sozialer Systeme“.

³ Alexithymie ist die Bezeichnung für das Symptom, eigene Gefühlszustände nicht in Worte fassen zu können, obwohl die entsprechenden physiologischen Erregungszeichen spürbar sind. Das Denken ist an konkreten Vorgängen interessiert und es besteht ein hohes Mass an Konformitätsneigung.

und unabhängigen Einschätzungen mit sich bringt, scheint bei ihnen gestört zu sein." (MEERBAUM u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 52)

PUDEL (1978) sieht den Umgang mit Hunger und Sattsein beim Menschen als Folge eines frühen Ernährungsverhaltens. Entscheidend ist für PUDEL, auf welche Art die Mutter auf die Signale des kleinen Kindes reagiert. Antwortet sie angemessen, wird der Säugling immer mehr sensibilisiert und fähig, seine Bedürfnisse zu erkennen.

Das kognitiv-behavioristische Modell sieht in der Anorexie eine falsche Problemlösungsstrategie (während der Pubertät). Hungern wird zu einer Strategie, zum Problemlösungsmechanismus, um die Esskontrolle wiederzuerlangen. Hinzu kommt der Aspekt einer negativen Modellfunktion der Eltern der Klientin (Imitationslernen). Während vorher Leistung und gutes Benehmen zu der konditionierten Reaktion (CR) Selbstachtung geführt hat, treten jetzt aversive (CS) Reize (z.B. Hänseleien über die Figur) auf. Als Ergebnis wird das Problemverhalten, die Gewichtsreduktion, ausgelöst. Dieses Verhalten wird durch operante Verstärker aufrechterhalten (z.B. sich als attraktiver erleben). Diese bekräftigen selbstkontrollierendes Verhalten, durch die die Klientin Macht und Kontrolle über ihre Familie bekommt. Schließlich werden alle Nahrungsmittel, die Kalorien enthalten, zu aversiven Stimulanzen (siehe ALIABADI 1985, MEERBAUM u. VANDEREYCKEN 1987).

Lerntheoretische Ansätze versuchen die Entstehung von Essstörungen lediglich mit einem "falsch" erlernten Essverhalten zu erklären. Die entscheidenden prädisponierenden Faktoren, wie die Familiendynamik und soziokulturelle Faktoren, werden in ihrer Breite nicht berücksichtigt.

5.4.4 Systemische Erklärungsansätze

Systemische Erklärungsansätze der Entstehung von Essstörungen analysieren die Wechselwirkungen zwischen Menschen und Umwelten; sie beschäftigen sich mit Rückschlüssen und Zusammenhängen zwischen Systemstrukturen und den Funktionen einzelner Subsysteme. Für ihre familientherapeutische Praxis ent-

wickelten SPERLING, MINUCHIN und SELVINI-PALAZZOLI in den siebziger Jahren systemische Ansätze für die Behandlung von Anorexien. In späteren Jahren rückte das Krankheitsbild der Bulimie in den Fokus systemisch konzipierter Behandlungsansätze, wobei in den letzten Jahren verstärkt lösungs- und ressourcenorientierte Ansätze einbezogen wurden.

In diesem Kapitel werden Literaturberichte und Untersuchungsergebnisse über die familiären Strukturen und Beziehungen von Familien mit einer anorektischen oder bulimischen Tochter zusammengefasst. Der Fokus liegt zunächst auf einer Analyse der familiären Strukturen und Beziehungsmustern von Anorektikerinnen.

In den Literaturberichten wird die familiäre Funktionstüchtigkeit in den Familien der Anorektikerinnen als sehr gestört angesehen. WEBER und STIERLIN (1989) schätzen 92,86 % der Familien als dysfunktional¹ oder ausgeprägt dysfunktional ein. Konflikte werden in diesen Familien vermieden und nicht gelöst (ähnlich SPERLING 1984, BUDDEBERG u. BUDDEBERG 1982). WEBER und STIERLIN (1989) stellen aus systemischer Perspektive in den Familien eine "nicht gelungene bezogene Individuation²" (nach BOSZORMENYI-NAGY) in Form einer Unterindividuation fest. Ein Kennzeichen oder auch Folge dieser Unterindividuation ist ein offensichtlicher Entwicklungsrückstand, beispielsweise können die Kinder nicht allein bleiben oder zeigen andere nicht altersgemäße Verhaltensweisen.

Der systemische Blickwinkel fokussiert die Wiederholungen mehrgenerationaler Beziehungsmuster und Strukturen. Mehrgenerational weist die Biografie der Eltern auffallend häufig extreme Belastungen, in Form von Todesfällen, Entwurzelungen und Trennungen auf (BRAND-JACOBI 1984). Die Verluste sind meist nicht aufgearbeitet, sondern werden verleugnet (SELVINI-PALAZZOLI 1984). Auf

¹ Als „dysfunktional“ bezeichnen WEBER u. STIERLIN (1989) Familien in denen die Grenzen des Individuums massiv verletzt werden, Koalitions- und Substitutsbildungen zu beobachten sind und/oder ein extremes Konfliktvermeidungsverhalten auftritt.

² Die Individuation ist gelungen, wenn es den Familie gelingt, eine von allen Beteiligten akzeptierte Beziehungsrealität auszuhandeln und wenn Konflikte und Loslösungen in Form eines "liebvollen Kampfes" (BOSZORMENYI-NAGY u. SPARK 1981, WEBER und STIERLIN 1989), eines partnerschaftliches Ringen um Festhalten und Loslassen, möglich sind.

dem Hintergrund dieser mehrgenerationalen schweren Schicksalsschläge finden sich in den Familien enorme unterschwellige Konflikte. Die Allgegenwart von Verlust- und Trennungsängsten stellt ein Moment der Bindung dar; sie ist ein Antrieb für die Mitglieder der Familie, koste es was es wolle, zusammenzuhalten und sich aneinander zu klammern (BRAND-JAKOBI 1984). Auch SELVINI-PALAZZOLI (1984) konstatiert starke Einschränkungen der Autonomiebestrebungen auf der "Ich-Ebene" der Kinder. Insbesondere die überfürsorglichen, behütenden Mütter engen die Wünsche nach Selbständigkeit ein. Auf der "Über-Ich-Ebene" zeigt sich in der Familie ein "verstecktes Loyalitätsband". Liebe wird mit der Fürsorge und dem Dasein für die anderen gleichgesetzt (SELVINI-PALAZZOLI 1984). Die Trennungs- und Verlustängste verwandeln sich in einem entsprechenden Familienklima in Sorge um die Gesundheit, in liebevolle Fürsorge oder in ein erhöhtes Gefühl der Verantwortung für die anderen (WEBER u. STIERLIN 1989). Die „verstrickten Beziehungen“ finden sich über mehrere Generationen hinweg (SELVINI-PALAZZOLI 1984). Bezüglich der Bindungsproblematik betonen WEBER und STIERLIN (1989) für die Struktur der Familien Magersüchtiger den Aspekt einer ausgesprochenen starken Bindung und Impulskontrolle, die am deutlichsten bei den Müttern sichtbar wird.

Die Stimmungen in den Herkunftsfamilien der Mütter werden in der Literatur (vgl. SCHIMPF 1998) als sorgenvoll, freudlos und von resignativer Anstrengung geprägt, beschrieben. Im Familiensystem haben die Großmütter eine dominierende Rolle (MESTER 1981, SPERLING 1982, E. PETZOLD 1981). Sie üben einen kolossalen Über-Ich-Druck aus. Die wesentliche Grundeinstellung der Großmütter sei, dass die Tochter, bzw. Schwiegertochter, nichts richtig mache, sie könne z.B. nicht mal richtig kochen (SPERLING 1988).

Familiensystemische Ansätze analysieren auch die Strukturen mehrgenerationaler geschwisterlicher Beziehungen. MINUCHIN u.a. (1983) fanden bereits massive Rivalitäten zwischen den Geschwistern der Mütter, bei denen diese sich als benachteiligt erlebten. Die Mütter der Magersüchtigen sind häufig unter ihren Geschwistern diejenigen, die am ehesten bereit waren, die elterlichen Aufträge zu erfüllen. Sie sind unter ihren Geschwistern diejenigen, die sich um die älter werdenden Eltern am meisten kümmern und diese am bereitwilligsten zu sich

nach Hause nehmen (WEBER und STIERLIN 1989). Das Familienmotto der Opferbereitschaft und Selbstkontrolle leben sie von den Geschwistern am ausgeprägtesten.

Die Rivalitäten zwischen den Geschwister wiederholen sich in der Generation der Töchter (MINUCHIN u.a. 1983, WEBER u. STIERLIN 1989). Hier findet sich häufig in der Geschwisterreihe der Klientinnen eine vom Alter der Index-Klientin her nahe Schwester. Die Beziehung der beiden ist besonders spannungsgeladen. WEBER u. STIERLIN sehen in dieser Beziehung ein sehr ambivalentes Verhältnis mit einer starken Zuneigung und starker Rivalität (ebenso KLESSMANN u. KLESSMANN 1988). Die Index-Klientin ist ständig damit beschäftigt festzustellen, ob die Schwester fleißiger ist als sie selbst oder ob sie von den Eltern mehr geliebt und geschätzt wird. Unter der Oberfläche findet sich zwischen den Schwestern eine Frustrations- und Rachedynamik (KLESSMANN u. KLESSMANN (1988).

Magersuchtfamilien sind besonders durch das Merkmal der Geschlossenheit des Systems typisiert (E. PETZOLD 1981). Innerhalb der Familie gibt es eine Tendenz zur Verschmelzung, zum Abbau und zur Verwischung der **Grenzen**¹ zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und den Generationen (ebenso MINUCHIN u.a. 1983). Nach außen grenzen die Eltern das Familiensystem deutlich ab (LOOS 1989). Die Abgrenzung ist besonders starr gegenüber Impulsen und Anregungen, die die innere Bindung und Stabilität der Familie gefährden, da ein Individuum mit vitalen Wünschen und Eigensinn die Familienstrukturen in Frage stellen würde.

Typischerweise werden die Handlungen eines Familienmitgliedes in diesen Familien nicht persönlichen Präferenzen zugeschrieben, sondern den Bedürfnissen eines anderen Familienmitglieds (WEBER u. STIERLIN 1989). Es entwickelt sich eine eigentümliche "Symmetrie der Opfer-Eskalation" (SELVINI – PALAZ-

¹ Praktisch zeigte sich dies in einer von mir betreuten Familie daran, dass im Haushalt alle Türen offenstanden, und dass jeder bei jedem in den Raum eindringen konnte, einschließlich des elterlichen Schlafzimmers und des Badezimmers, welche sich nicht abschließen ließen.

ZOLI 1984), in der Überlegenheit dem winkt, der sich mehr und besser im Dienste der anderen aufopfert. So gewinnt unter Umständen „Macht“ derjenige, der sich am meisten aufopfert. Es ist eine Macht, die ein moralisches Überlegensein gestattet und die Möglichkeit bietet für einen Wettkampf der Märtyrer und der Opfer (BOSZORMENY-NAGY u. SPARK 1981). WEBER u. STIERLIN (1989) beschreiben für die Population ihrer Untersuchung bereits eine aufopfernde Grundhaltung der Mütter, Großmütter und Urgroßmütter. Die magersüchtige Tochter schließlich treibt dies auf die Spitze, indem sie sich durch radikales und konsequentes Hungern noch mehr als ihre Vorgängerinnen quält und sich andererseits unermüdlich um das seelische und körperliche Wohlergehen der anderen sorgt.

Literaturberichte (vgl. WEBER u. STIERLIN 1989, MINUCHIN 1983) benennen als ein weiteres typisches Merkmal dieser Familien das Fehlen einer klaren Hierarchie. Insbesondere in Krisensituationen zeigt sich ein "Führungsvakuum" (ähnlich HERZOG und SCHWEITZER 1994, WEBER u. STIERLIN 1989, SELVINI-PALAZZOLI 1984), wobei die Tochter oftmals zwischen den Eltern vermittelt (MINUCHIN u.a. 1983). Die Familie gibt sich den Anschein gut zu funktionieren. Diesen Zustand kennzeichnet E. PETZOLD¹ (1981) als pseudoharmonisch.

Die in diesen Familien vorherrschenden Normen und Werte werden in der Literatur weitgehend übereinstimmend beschrieben. Werte wie Altruismus, Gleichbehandlung, absolute Gerechtigkeit, gegenseitige Verantwortung lassen sich bereits in den Großelternfamilien eruieren. WEBER u. STIERLIN (1989, S. 50) bezeichnen diese Prozesse als *"kumulative Mehrgenerationen-Dynamik"*. Da die Eltern der Anorektikerinnen sich nicht von ihren Eltern ausreichend emotional gelöst haben, sind sie den Wertvorstellungen der eigenen Herkunftsfamilie in einem Übermaß verpflichtet (WEBER u. STIERLIN 1989, SPERLING 1980).

Die Einhaltung konventioneller Normen (SELVINI-PALAZZOLI 1984) wird in den Familien der Magersüchtigen rigide eingefordert. Nach BUDBEBERG und

¹ Die Magersuchtfamilien bieten für E. PETZOLD nach außen das Bild einer "paranoiden Festung" im Sinne der familiären Charakterneurose, wie sie von RICHTER (1972) beschrieben wurde.

BUDEBERG (1982) ist die Familie sehr der Arbeit und dem Heim zugetan und Konventionen verpflichtet. Wichtig ist den Mitgliedern einer „anorektischen Familie“, sich zu beherrschen, sich nicht gehen zu lassen (WEBER und STIERLIN 1989). Dies gilt besonders für Verlockungen, die von der Nahrung, aber auch von der Sexualität ausgehen. Typisch für diese Familien sind "hohe" Moralvorstellungen und die Angst der Familienmitglieder, zurückgewiesen zu werden. Auch wenn es zwischen den Eltern kaum Streit gibt, sorgen sich die Kinder, was die Eltern wohl denken mögen, da besonders die Väter ihre Emotionen stark zurückhalten. Die Symptomträgerinnen versuchen ebenfalls, als Problemlösung perfekter zu sein als die Eltern überhaupt von einem Kind erwarten können und verbergen damit alle Anzeichen von Ärger und Aufsässigkeit. Großer Wert wird in den Familien auf akademische Leistungen und auf eine kulturelle Bildung gelegt (WEBER u. STIERLIN 1989).

Die Familienmitglieder wollen den Erwartungen anderer entsprechen und nicht negativ auffallen. Die Familien haben sich den verinnerlichten Leistungsanforderungen über Generationen angepasst, sie sind gewissenhaft und pflichtbewußt und haben einen starken Gerechtigkeitsinn. Die Eltern wollen alle Kinder gleich lieben und gleich behandeln; kein Kind vorziehen und keines benachteiligen. Jeder hat den gleichen Anspruch auf Liebe und Zugehörigkeit; niemand darf aus der Gesamtgruppe der Familie ausgeschlossen werden (WEBER u. STIERLIN 1989). Autonomiebestrebungen eines Familienmitgliedes widersprechen den Familienregeln (KLESSMANN u. KLESSMANN 1988, MINUCHIN 1993).

Die Magersuchtfamilien sind in der Regel auf das Kind hin orientiert, d.h., das Kind wächst unter der Obhut der Eltern auf, denen sein Wohlbefinden über alles geht. Das Kind wird erzogen, den Erwartungen der Familie entsprechend zu handeln und entwickelt in der Folge eine geradezu besessene Lust daran, dass es Sache der anderen sei, sein Verhalten und seine Handlungen zu beurteilen. Es ist sich der eigenen Person im Höchstmaße bewußt und achtet zugleich sehr auf die Botschaften seiner Umgebung. Dabei bleibt es vom Urteil seiner Eltern abhängig und ist den in der Familie vorhandenen Wertvorstellungen treu ergeben (MINUCHIN u.a. 1983).

In der **Kommunikation** gelingt den Familienmitgliedern weder eine individuelle Anerkennung, noch der Ausdruck von konstruktiver Kritik. Entscheidungen, die eigene Bedürfnisäußerungen ausdrücken, werden verleugnet und persönliche Verantwortung und individuelle Autorität wird vermieden. Die Anorexia-nervosa-Klientin übernimmt keine Verantwortung für ihr Verhalten, da es außerhalb ihrer Kontrolle sei (MEERBAUM und VANDEREYCKEN 1987). In diesem verdeckten Konkurrenzkampf ist die Index-Klientin oft die Stärkste (SELVINI-PALAZZOLI 1984). Es besteht die Gefahr, dass je länger der bereits erwähnte unterschwellig vorhandene Machtkampf dauert, je mehr das Opferspiel eskaliert, sich die Index-Klientin an die "Macht" gewöhnt, die sie durch ihr Symptom hat. Sie scheint immer weniger bereit, diese aufzugeben. Der ganze "Trotz" und die Frustration heizen den Machtkampf - die symmetrische Eskalation - noch an (WEBER u. STIERLIN 1989, SELVINI PALAZZOLI). Die Ratlosigkeit der Eltern soll aus Sicht der Klientin größer sein als die eigene. Die Klientin teilt den Eltern durch ihr Symptom mit, "ich hungere, ich brauche Nahrung". Gleichzeitig teilt sie mit, *"die Eltern geben mir nicht das, was ich brauche"* (WEBER u. STIERLIN 1989, S. 62).

In den Kommunikationen werden Gefühlsäußerungen besonders von den Vätern vermieden (WEBER u. STIERLIN 1989, KLESSMANN und KLESSMANN 1988). Emotionen werden weitgehend „ausgeklammert“, da in ihnen Unwägbarkeiten lauern (LOOS 1989). Wird diese Regel einmal durchbrochen, erfolgt entweder eine stärkere Bindung des einzelnen an das Familiensystem oder die Ausstoßung. Aufgrund dieser Kommunikationsstörungen resultiert bei allen Familienmitgliedern ein Gefühl der Ohnmacht und Enttäuschung, gemischt mit Wutgefühlen. Erschwerend wirkt sich der Mythos einer Familienharmonie aus.

Einig sind sich die Autoren und Autorinnen darin, dass die Mütter für die Töchter kein positives Vorbild der weiblichen Rolle vermitteln. Die Literaturberichte sehen die Mütter regelhaft als selbstsicher, umsichtig, gut, willig und ehrgeizig. Diese neigen zu Schuldgefühlen, wenn sie ausnahmsweise egoistische Ziele verfolgen (KLESSMANN und KLESSMANN 1988). Viele Mütter verzichten auf eine Erfüllung im Beruf, um ganz für die Familie da zu sein. Obwohl sie, von außen gesehen, als geduldig versorgende Hausfrauen erscheinen, bestimmen sie aus einer Opfer-Position weitgehend das Geschehen in den Familien (vgl. SELVINI-

PALAZZOLI 1984, MESTER 1981). Die Töchter sind einer besonderen Fürsorge ausgesetzt und können sich im Schatten des mütterlichen Über-Ichs nicht individualisieren.

Bei der Beschreibung der Mütter werden in der Literatur unterschiedliche Aspekte betont: Die Rolle der Mütter ist für SPERLING u.a. (1982) geprägt durch die Angst vor deren Mutter. Die Mutter habe sich von ihrer Mutter nicht lösen können (ebenso KLESSMANN und KLESSMANN 1988). Typisch sind für WEBER und STIERLIN (1989) Mütter, die ihre später magersüchtigen Töchter einerseits ängstlich umsorgen, sie aber andererseits als Freundin ins Vertrauen ziehen und sich mit dieser gegen den vermeintlich oder wirklich unbeherrschten Ehemann verbünden. Die Mütter sehen in der Versorgung und der Erziehung des Kindes die wesentlichste oder ausschließliche Sinnerfüllung ihres Lebens, auch wenn sie die Kinder irgendwann als Fessel an den ungeliebten Mann empfinden (MESTER 1981). Aufgrund der in diesen Familien zu beobachtenden "verstrickten Beziehungen" meinen die Mütter oft mit verblüffender subjektiver Überzeugung alle Regungen und Wünsche ihrer Tochter viel besser zu erkennen als diese selbst. Die enge Bindung von seiten der Töchter erklärt sich MESTER (1981) mit dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit, wobei die überprojektiven Einstellungen der Mütter zu extremen anhänglichen Verhaltensweisen des Kindes führen.

Die Rolle der **Väter** ist weniger eindeutig als die der Mütter typologisiert (E. PETZOLD (1981). Oftmals findet sich ein kranker, bzw. bereits verstorbener Vater, dessen Andenken extrem idealisiert wird (SPERLING 1982). Nach WEBER u. STIERLIN (1989) und SPERLING (1982) betrachten sich die Väter stets als gute und anständige Männer. Für sie ist charakteristisch, dass sie sich als Menschen bezeichnen, die aufgrund ihres Harmoniewunsches zu viel durchgehen lassen würden. Sie halten sich für vernünftige, ausgeglichene Menschen und bedauern, diese Eigenschaften nicht gegen das irrationale Verhalten der Frau durchsetzen zu können. Von den Ehefrauen werden sie heimlich oder offen herabgesetzt (WEBER u. STIERLIN 1989). Die Väter nehmen die Schwierigkeiten, die die Töchter in ihrer Beziehung zu den Müttern haben, nicht wahr (WEBER u. STIERLIN 1989). Die Väter sind aus der Mutter-Kind Matrix

(LUDEWIG 1995) ausgeschlossen, oder sie sind den Frauen so ergeben, dass sie weder den Kindern beistehen, noch die Frauen entlasten können.

Die Väter schätzen die hervorragenden intellektuellen und sportlichen Fähigkeiten und Leistungen der Töchter. Sie achten auf das Aussehen ihrer Töchter. Wenn diese zur Frau heranwachsen, kritisieren die Väter sie, wenn sie "pummelig" werden. Die Väter beschreibt LOOS (1989) als ungesellig, passiv, kühl, desinteressiert; oft sind sie chronisch krank und trotz der scheinbaren Dominanz der weiblichen Teile der Familie, verstehen sie es auf sehr subtile Weise, die Sonderrolle eines „Paschas“ einzunehmen. Die Väter haben sehr feste Lebensregeln (SCHIMPF 1989). Einerseits lehnen sie mehrheitlich autoritäre Erziehungsstile ab, andererseits zeigen sie sich oft rigoros und kompromißlos. Wut über die Unterdrückung der eigenen Träume, Wünsche und Hoffnungen werde lange zurückgehalten. Typisch ist eine sogenannte *"papierene Pseudozuwendung"* (MESTER 1981, S. 176), bei der sich die Väter bemerkenswert um das Befinden der Töchter sorgen, jedoch jegliche emotionale Berührung vermeidet. Die Rolle der Väter beschränkt sich oft auf die eines Gegenspielers zur dyadischen Koalition zwischen den Klientinnen und den Müttern (KLESSMANN und KLESSMANN 1988). Es kann auch eine Vater-Tochter-Dyade gebildet werden, die Mutter ist dann die „zweitbeste“. Diese These unterstützt MESTER (1981), der mit seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis kommt, die Väter suchten in der Tochter häufig eine Art Ehefrauersatz, wenn sich die von der Ehe enttäuschten Mütter intensiv Aufgaben außerhalb der Familie zuwenden. In diesem Zusammenhang erwähnen LOOS (1989) und MINUCHIN u.a. (1983), dass sie bei der Behandlung oftmals auf inzestuöse Hintergründe, wenn auch nicht auf manifeste **Inzest-Handlungen**, stießen.

LEVOLD (1994) und DUNAND (1993) hingegen fanden in ihren Untersuchungen manifeste Inzest-Handlungen. Für diese Familien lassen sich typische Familienmuster eruieren: LEVOLD konstatiert eine pathologisch unangemessene Starre in den Familienstrukturen, Leitbildern und Normen und diffuse undefinierte Grenzen zwischen den Generationen, die es dem Kind nicht ermöglichen eine kindgerechte Rolle einzunehmen. Während innerhalb der Familie die Generationsgrenzen nicht gewahrt werden, werden die Grenzen nach außen

häufig sehr rigide gezogen. In diesen Familien wird der Inzest geheimgehalten, um eine Verleugnung nach außen zu ermöglichen. Es herrschen oftmals hohe Loyalitätsverpflichtungen und rigide Moral- und Kontrollsysteme, um den Bestand der Familie zu sichern. Die erwachsenen Familienmitglieder und die Kinder entwickeln unter diesen Bedingungen Tendenzen zur Schaffung von Pseudorealitäten (DUNAND 1993). Die Mütter sind in diesen Familien in der Regel „schwach“ und wenig handlungsfähig. Die sexuell „missbrauchten“ Kinder übernehmen in den Familien häufig die Rolle eines Ehegattensubstituts und werden mit Erwachsenenaufgaben überlastet. Oft sind sie für die Haushaltsführung und (neben der sexuellen Befriedigung) für das Wohlergehen einzelner Familienmitglieder zuständig. Die sexuelle Gewalt in diesen Familien ist ein Ausdruck bereits vorhandener konflikthafter Familienverhältnisse und individueller Störungen.

Die Partnerwahl der Mütter entspringt für MESTER (1981) dem neurotischen Versuch, eigene Konflikte lösen zu wollen. Nach WEBER u. STIERLIN (1989) machen die Mütter mit ihren oft "ungebundenen" ersten Partnern schlechte Erfahrungen. Sie erleben diese als unsolide, unzuverlässig und haltlos. Häufig entscheiden die Mütter sich später, nach diesen Erfahrungen, für einen Partner, der Ordnung, Verlässlichkeit und soziale Sicherheit garantiert. Für diese Vernunft-ehe sind Fürsorge und Verständnis wichtiger als Liebesleidenschaft. Die neuen Partner nehmen ihre Elternpflichten besonders ernst.

Übereinstimmend werden in der systemischen Literatur die verborgenen Ehekonflikte der Eltern der Anorektikerinnen betont. LOOS (1989) führt aus, dass sie keine Magersuchtfamilie kennengelernt habe, in der es nicht Spannungen zwischen den Eltern gab, aber auch keine, in der sie zunächst zugegeben werden. Trotz dieser Spannungen ist auffällig, wie stabil die Ehen der Eltern der Magersüchtigen sind (WEBER und STIERLIN 1989). Die eheliche Gemeinschaft auch dann noch aufrechterhalten, wenn die Partner kaum noch etwas voneinander erwarten und die Partnerschaft sich eigentlich nur noch auf Lebenslügen gründet (MESTER 1981). Die Eltern, die auf ein Leben ohne die Klientin nicht vorbereitet sind, "brauchen" den dritten, die magersüchtige Tochter, um ihre

Beziehung zu stabilisieren und ihr Leben mit Inhalt zu füllen (WEBER u. STIERLIN 1989).

SELVINI-PALAZZOLI (1984) betont, dass nach ihren Erfahrungen die Mütter sich niemals in die Rolle der guten Hausfrau, geschweige in die der verständnisvollen Liebhaberin, fügen. Ihren Ehemännern ordnen sie sich zwar in vielen Einzelheiten unter, doch sie respektieren diese nicht wirklich. MESTER (1981) beschreibt diesen Sachverhalt ähnlich, wenn er darauf verweist, die Mütter verständen es, die Fähigkeiten der Väter herabzusetzen und dessen Einfluß auf die Familie einzuschränken.

In der Erziehung der Kinder kommen die Eltern oftmals mit den unvermeidlichen Entwicklungsanforderungen, die an die Familien gestellt werden, schwer zurecht. Die Anpassungsfähigkeit an die neuen Aufgaben und Entwicklungen wird durch die familiären Hauptregeln behindert. Diese lauten z.B.: Man darf sich nicht gehen lassen; man muss Harmonie wahren und die Konventionen beachten (WEBER u. STIERLIN 1989). Diese Regeln erschweren das Austragen von Konflikten in den verschiedenen Familienphasen, wobei die Eltern besonders den Anforderungen, die die Pubertät stellt, nicht gewachsen sind. In der Folge paralisieren und sabotieren sie sich gegenseitig in der Erziehung der Kinder (SELVINI-PALAZZOLI 1984).

Das Symptom Essstörungen fungiert oftmals im Rahmen einer Umleitung der elterlichen Konflikte, d.h. die Tochter schützt mit der Entstehung ihres Symptoms die Familie, um insbesondere ein Auseinanderbrechen zu verhindern. Das Symptom wird allmählich in die Familienstruktur eingebettet. Typisch ist, dass, während die Väter auf Veränderung bestehen, die Mütter nach Gründen suchen, das Symptom zu verstehen und zu rechtfertigen. Die Anorexie erspart der Familie einen Separationsprozess, denn sie kann ein krankes Mitglied auf Grund der erwähnten familiären Werte nicht im Stich lassen. Die Familie handelt nach dem Motto: Wer krank ist, ist nicht böse, aber Recht geben kann man ihm auch nicht (KLESSMANN und KLESSMANN 1983). Die anorektische Familie ist in der Situation, dass ihr die Mechanismen der Anpassung und der Problembewältigung entglitten sind und die altbewährten Muster der Problembewältigung nicht mehr

ausreichen. Alternativen erscheinen den Familienmitgliedern nicht denkbar (MINUCHIN 1983).

Mit dem Auftreten der Essstörung entsteht jedoch auch etwas Neues, den Spielregeln der Familie zuwiderlaufendes. Da, wo vorher nur Konfliktvermeidung war, gibt es nun durch die Anorexie, eine, wenn auch auf das Essen beschränkte, konflikthafte Auseinandersetzung. In dieser Situation fällt es den Familienmitgliedern schwerer ihre Emotionen zurückzuhalten. Wo vorher Trennungswünsche tabuisiert waren, bieten sie sich nun als Ausweg aus der Misere an. In den nun oft sehr emotionalen Auseinandersetzungen um das Essen kann so eine Form von „*Pseudoautonomie*“ (SIMON 1995a, S. 441) zelebriert werden.

SELVINI-PALAZZOLI (1984) sieht hingegen in ihrem Erklärungsansatz die Entstehung der Anorexie als eine Reaktion der Tochter, die sich nach Anerkennung und Liebe um ihrer selbst willen und nach körperlicher Zuwendung und Bestätigung sehnt (aber nicht für eine erbrachte Leistung) und diese nicht erhält. Die Eltern reagieren auf das Hauptsymptom, die Abmagerung, indem sie sich noch intensiver um die Ernährung und das körperliche Wohl ihres Kindes bemühen. Hierauf reagiert die Tochter, indem sie vermehrt weiterhungert – unfähig, diese Art von Fürsorge anzunehmen. Letztlich bekommt sie durch die lebensgefährliche Abmagerung zwar die gewünschte Aufmerksamkeit der ganzen Familie, kann dessen jedoch nicht froh werden. Die Tochter bildet so in ihrer Familie den Kristallisationskern, an dem sich die Konfliktstoffe der Familie anlagern und dadurch erst sichtbar werden.

Für einzelne Fälle schreiben WEBER u. STIERLIN (1989) dem Auftreten einer Magersucht eine weitere Funktion für das Familiensystem zu: Die Väter, die sich von den Ehefrauen sexuell zurückgezogen hätten, erleben, dass die Tochter zur Frau wird. Die Töchter wiederum erwidern das Werben der Väter und halten es mit kindlichem Verführungsverhalten in Gang. Hiermit geraten sie erneut in einen Konflikt, denn sie haben die Warnung der Mütter im Ohr, dass Männer sexuell unbeherrscht sind. Mit dem Abmagern können diese Auseinandersetzungen "vermieden" werden, sie bringen weder sich, noch andere auf "dumme

Gedanken". Hierdurch wird die Familie zusammengehalten und eine Loslösung verhindert.

Zusammenfassung:

Bei der Beschreibung der familiären Strukturen und Beziehungsmuster zeichnen die Autoren ein sehr ähnliches Bild von den Magersuchtfamilien. Familiäre Dysfunktionen werden von allen Autoren benannt¹. In den Familiensystemen werden die Klientinnen dazu benutzt, Hoffnungen und Wünsche der Eltern zu befriedigen und zwischen den Eltern zu vermitteln. Regelmäßig finden sich „verstrickte“ Familiensysteme². Die Beziehungen zwischen den Müttern und den magersüchtigen Töchtern kennzeichnen meist symbiotische Abhängigkeiten (vgl. LOOS 1989).

Das Auftreten des Symptoms der Anorexie kann als Ausdruck des Protestes gegen die Starrheit und Fixierung des Gesamtsystems interpretiert werden. In diesen Familien entwickelt das anorektische Kind, da es übermäßig familienbezogen ist, nicht die Fähigkeiten, mit Gleichaltrigen angemessen umzugehen. Im Rahmen einer Mehrgenerationenperspektive zeigt sich über Generationen eine Bindungsdynamik, die fällige Ablösungs- und Individuationsschritte erschwert (WEBER u. STIERLIN 1989).

Insgesamt sind die Beziehungsdefinitionen der Familienmitglieder linear und starr. Es ist auffällig, dass kein Familienmitglied für sich selbst die Verantwortung übernimmt. Oftmals fungiert die Symptomträgerin als Repräsentant und zentraler Punkt des familiären Systems (BUDDEBERG u. BUDDEBERG 1982). Jeder scheint in der Familie zu wissen, was der andere fühlt und in Wirklichkeit meint; damit entwertet er gleichzeitig, was der andere sagt³. Die Eltern halten es für ihre unbestreitbare Aufgabe, alle Entscheidungen zu treffen und das Kind in jeder Hinsicht zu lenken und zu dirigieren. Sie erkennen nicht, welche übermäßige

¹ Nur WEBER und STIERLIN (1989) betonen die auch vorhandenen positiven Kräfte in Familien mit Anorexia-Indexklientinnen. Sie benennen positiv die starke gegenseitige Fürsorge, den ausgeprägten Familiensinn und die Sensibilität der Anorexiefamilien.

² Nur MESTER (1981) fand ausnahmsweise sogenannte broken-home-Konstellationen.

³ BRUCH (1985) nennt dies Konfusion der Pronomen, da niemand wisse, in wessen Namen jemand spricht.

Kontrolle sie ausüben. Die Familienbotschaft, die im Widerspruch zu Botschaften aus der Gesellschaft steht, lautet: Bleibe doch zu Hause, bleibe unser liebes Mädchen.

Im Entwicklungsprozeß der Familie stagnieren die Beziehungen, sie sind zu rigide, vertragen keine Veränderungen und sind nicht den Entwicklungsprozessen der Familienmitglieder angepasst. Enge Beziehungen oder Koalitionen, in deren Intensität die anderen Familienmitglieder nicht genauso stark eingeschlossen sind, sind nicht erlaubt. Eine enge Beziehung wird als Verrat angesehen, da die introjezierten Erwartungen an eine Gleichbehandlung dies nicht zulassen. So wird eine ständige Kontrolle unter dem Deckmantel von Zuwendung und Interesse aufrechterhalten (vgl. MINUCHIN 1983). Hierbei gilt die geringste Auflehnung als Akt der Illoyalität und damit als Bedrohung der anderen Familienmitglieder.

Wie diese Literaturübersicht zeigt, ist die Magersuchtfamilie umfassend untersucht worden. Im Anschluß werden die Familien der Bulimieklientinnen und Erklärungsansätze zur Entstehung der Bulimie aus einer systemische Sicht referiert¹. Analysen der familiären Strukturen und Beziehungen dieser Population liegen nicht in demselben Umfang vor wie bei den Anorektikerinnen.

In den Bulimiefamilien zeigt sich grundsätzlich das gleiche Wertesystem wie in den Familien mit Anorexie-Indexklientinnen. Es gelten jedoch noch rigidere Werte und Normen, in denen es nur ein "richtig" in der Familie gibt, welches nicht in Frage gestellt werden darf (G. SCHMIDT 1985, 1989). Das Kind ist frühzeitig auf sich selbst gestellt und übernimmt früh die Verantwortung für andere. Nutzt es sein Maß an erworbener Kompetenz und macht sich selbständig, verstößt es gegen die Botschaften, klein, nett und abhängig zu bleiben. Bleibt es hingegen in der Position des netten, abhängigen Kindes, verletzt es das Gebot, selbständig und leistungsfähig zu sein (G. SCHMIDT 1989). Der Widerspruch, den die Eltern in ihren Werten und Botschaften vermitteln, begünstigt bei den Klientinnen das Auftreten von Identitätskonflikten. Je älter die Indexklientin wird, desto mehr verschärfen sich für sie diese Widersprüche.

¹ Über die Bulimie wird seit Mitte der achtziger Jahre berichtet.

In der Art des Umgangs mit Konflikten unterscheiden sich die Anorexiefamilien erheblich von den Bulimiefamilien. MASSING u.a. (1992) und G. REICH betonen die Vielzahl offen ausgetragener heftiger Konflikte zwischen den Familienmitgliedern, einschließlich der Großeltern. Die massiven Konflikte führen auf dem Hintergrund einer starken Neigung zu Impulshandlungen mit Durchbrüchen von Jähzorn der männlichen Familienmitglieder zu Kontaktabbrüchen, Trennungen und Scheidungen (G. SCHMIDT 1989). Die Familie ist nicht in der Lage die auftretenden Konflikte konstruktiv zu lösen (ähnlich BRAND-JACOBI 1984, SCHWARTZ und BARRET 1988, WILLENBERG u.a. 1998). Die Achtung vor der Persönlichkeit des einzelnen Familienmitgliedes wird in diesen Auseinandersetzungen nicht gewahrt, die Familienmitglieder werden durch plötzliche Beschimpfungen und wenig Taktgefühl herabgesetzt (G. REICH 1992). Zwischen den Eltern gibt es typischerweise starke Fronten, wobei jeder der Ehepartner glaubt, in der "richtigen" Position zu sein. Diese Verhaltensmuster führen zum Teil zu heftigen symmetrischen Eskalationen¹.

Die **Eltern-Kind-Beziehungen** sind einerseits durch enge, verstrickte Beziehungen gekennzeichnet und andererseits durch feindliche, anklagende und kontrollierende Äußerungen bestimmt. Die Klientinnen lehnen regelhaft die Mütter ab, dies führt dazu, dass die Identifizierung mit dieser, auch als "Prototyp von Frau", abgewehrt werden muss. HERZOG u. SCHWEITZER (1994) bezeichnen diese Beziehungsform treffend als „feindliche Verstrickung“. Die Mütter werden von MASSING u.a. (1992) und REICH (1992) als weniger kontrollierend als die Väter beschrieben, während nach G.SCHMIDT (1989) die Mütter in diesen Familien oft repressiv die Werte in den Familien vertreten und gleichzeitig eine vorzeitige Autonomie verlangen.

Die Position der **Männer**, speziell der Väter, wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt. SCHARZ u. BARRET (1988) sehen viele Familien als männlich dominiert, d.h. die Männer werden von den Familienmitgliedern als wertvoller, kräftiger und kompetenter angesehen oder sollen es auf jeden Fall sein. Die Väter werden von den anderen Familienmitgliedern idealisiert und die Familienmitglieder

¹ Es werden jeweils spiegelbildlich ähnliche Maßnahmen dem anderen gegenüber ergriffen.

wetteifern um deren Anerkennung. Diese männliche Orientierung bleibt selbst in Familien erhalten, in denen der Vater in "Ungnade" (z.B. durch sexuelle Gewalt oder Alkoholismus) gefallen ist. BRAND-JAKOBI (1994) hingegen bewertet die Vater-Tochter-Beziehung anders. Nach ihren Untersuchungen wird diese Beziehung von den Bulimieklientinnen deutlich negativ eingeschätzt. Die Gewalt des Vaters wird als demütigend erlebt. Die offenen Impulshandlungen werden von den Klientinnen aufgrund eines strengen Über-Ichs aus Schuld- und Schamgefühlen innerhalb der Familie und vor der Außenwelt verleugnet (MASSING, G. REICH, SPERLING 1992).

MASSING, G. REICH u. SPERLING (1992) und G. SCHMIDT (1989) analysieren in ihren Untersuchungen auch die Beziehungen zu den **Großeltern**. Schon in der Großelterngeneration gibt es häufig tragische Verluste, depressive Reaktionen, Alkoholismus und Trennungen (MASSING, G. REICH u. SPERLING 1992). Wie die Eltern sehen bereits die Großeltern die äußere Welt als sehr bedrohlich an (SCHMIDT 1985, MASSING u.a. 1992). Die Großmütter, insbesondere die Großmütter mütterlicherseits, spielen im familiären Prozess eine hervorgehobene Rolle, sie sind harte, unerbittliche Gesetzgeberinnen und Herrscherinnen über die Großväter, die Mütter und deren Geschwister (G. REICH 1992). Im Gegensatz zu Familien mit anorektischen Mitgliedern kommt es zu heftigen Konflikten zwischen den Großmüttern und den Müttern, bzw. den Eltern. Die Klientinnen geben in der Regel ein gutes Verhältnis zu ihren Großmüttern an (G. REICH 1992). Dieses gute Verhältnis bringt sie in Loyalitätskonflikte mit den Müttern (MASSING u.a. 1992). Die Interaktionsmuster zwischen den Eltern und den Großeltern weisen auf eine misslungene (innere) Ablösung von den Eltern hin (G. SCHMIDT 1989). Erklärt wird diese mangelnde Individuation mit der Übernahme früher Verantwortung eines Elternteiles und dessen Zurückstellen eigener Bedürfnisse. Der andere Elternteil kommt hingegen typischerweise aus einem System, in dem dieser als unfähig und nicht belastbar gilt. Dieser Elternteil soll, so SCHMIDT (1989), häufig extrem empfindlich sein. In seiner Herkunftsfamilie erlebte er sich als minderwertig. Durch besondere Leistungen konnte dies kompensiert werden. Im Rahmen dieses mehrgenerationalen Erklärungsansatzes zeigen sich demnach bereits in den Familien der Großeltern massive Funktionsstörungen.

Familiäre Funktionsstörungen sind auch hinsichtlich der Grenzregelungen zu beobachten. MASSING u.a. (1992) weisen für die Herkunftsfamilien und die großelternlichen Familien auf eine Tendenz zur Mißachtung und zum Überschreiten der Intimschranken und zu einem Eindringen in die Privatsphäre und in die Gefühlswelt der Symptomträgerin hin. Während die innerfamiliären Grenzen nicht ausreichend gewahrt werden, sind die Familien gegenüber den Außenbeziehungen rigide abgegrenzt (SCHWARTZ 1995).

Die **Familienregeln** sind verdeckt und werden nicht erläutert; kommuniziert wird übereinander und nicht miteinander (G. SCHMIDT 1989). In den Herkunftsfamilien der Klientinnen überwiegt in der Erziehung die Kontrolle gegenüber der Zärtlichkeit und die emotionale Zuwendung fehlt (G. SCHMIDT 1989). Das extreme Kontrollsystem führt oftmals zu körperlichen Züchtigungen. Differenzierter betrachtet zeigt sich, dass Gefühlsäußerungen der "Stärke" wie Wut, Zorn, Arroganz und abweisendes Verhalten der Kinder von der Familie positiv sanktioniert werden, während offene, spontane Gefühlsäußerungen, die auf "Schwäche" hindeuten (anaklitische Wünsche, Traurigkeit, Verzweiflung und Angst) unbeachtet bleiben (MASSING u.a. 1992). Die Bedürfnisse nach liebevoller Zuwendung, Vertrauen und Anerkennung finden in der Familie für die Kinder keine Resonanz. Dies führt dazu, dass sich die Klientinnen im Kern als nicht liebens- und achtenswert erleben. Sie haben Angst völlig fallengelassen zu werden und aus dem Familiensystem verstoßen zu werden (SCHMIDT 1989). Diesen Prozess erleben sie als eine existentielle Bedrohung, der zu Härte, Disziplin und zur Aufrechterhaltung eines makellosen Außenbildes zwingt und oftmals die Entwicklung eines "entweder – oder – Weltbildes" unterstützt.

Innerhalb des **Geschwistersubsystems** hat die Klientin häufig die Rolle des Musterkindes oder sie wird zum "Star", um ein meist perfektionistisches Elternteil, überwiegend den Vater, zu beeindrucken (G. SCHMIDT 1985). Dieser Platz der Bewunderung kann jedoch nicht ungestört genossen werden. Unterschwellig wird der Tochter mitgeteilt, dass ihr dieser Platz keineswegs bedingungslos gehört. Sie hat diesen Platz nur sicher, solange sie perfekte Leistungen erbringt und alle Erwartungen erfüllt. Da Bulimieklientinnen über lange Zeiträume die in sie gehegten Erwartungen erfüllen, werden sie oftmals von den Eltern als stark und

unabhängig gesehen, so als ob sie keinerlei Fürsorge brauchten. Im Unterschied zu den Anorexie-Klientinnen sind sie oft erst spät die "Sorgenkinder" der Eltern; Sorgen machen zunächst die Geschwister.

Das **Essen** hat in den Familien oft eine rituelle Bedeutung und erfüllt die Funktionen, Eskalationen abzubremsen und über die starren Fronten hinweg einen Zusammenhalt herzustellen (G. SCHMIDT 1989). Da die familiären Konflikte nicht gelöst werden, bietet die Essstörung der Klientin den Familienmitgliedern „unbewußt“ die Möglichkeit, von anderen Themen abzulenken (Konfliktumleitung). Im Umgang mit dem Essen bilden sich so Aspekte der familiären Dysfunktionen ab .

Im Gegensatz zu Anorexiemädchen haben Bulimiepatientinnen häufiger einen **Partner** (G. REICH 1992). Beide Partner leben nach der Glaubenshaltung, dass man sich gegen Wünsche des anderen nicht abgrenzen darf, wenn man diese verstehen kann (G. SCHMIDT 1989). Oft wird ein abhängiger und bedürftiger Mann gewählt, der die eigenen Geborgenheitswünsche auslebt, der beständig und nicht zu impulsiv ist (BRAND-JAKOBI 1984). Die Partnerschaften sind brüchig, es werden möglichst alle Konflikte abgespalten und verdeckt (THARANG 1985). Häufig werfen die Patientinnen ihre Partner ab. Je selbstbewußter die Frauen werden, desto mehr tritt die emotionale Abhängigkeit der Partner zutage. Viele der Partner sind suizidal oder suchtabhängig und haben häufig eine starke Mutterbindung (THURANG 1985). Die Patientinnen stehen häufig in Konkurrenz zur Schwiegermutter, da jede die bessere Frau für den Partner sein will.

Wie die Literaturübersicht der systemischen Erklärungsansätze zur Entstehung von Essstörungen zeigt, liegt der Fokus auf einer Analyse der familiären Strukturen und Beziehungsmuster. Systemische Ansätze bilden eine Brücke zwischen den psychoanalytischen - mehr auf die Persönlichkeit bezogenen - und den feministischen - mehr auf die gesellschaftlichen Strukturen bezogenen - Ansätzen.

Die vorgestellten systemischen Erklärungsmuster erfüllen jedoch nicht den theoretisch gesetzten Anspruch der Einbeziehung der für den Menschen bedeut-

samen sozialen Systeme. Die prädisponierenden Faktoren weiterer sozialer Systeme (Freundeskreise, Schule, Arbeitsstelle u.a.), die ebenfalls für die Entwicklung der Essstörungen bedeutsam sind, werden nur am Rande betrachtet. Die systemische Perspektive reduziert sich so weitgehend auf familienzentrierte Ansätze. System-, bzw. familientherapeutische Modelle berücksichtigen zudem zu wenig die Auswirkungen der Geschlechtszugehörigkeit als ein fundamentales Ordnungsprinzip menschlicher Systemen. Systemische Perspektiven müssen die Ungleichheit der Geschlechter im Blick behalten, um nicht abstrakt, ahistorisch und apolitisch genutzt zu werden.

6. Resümee: Der multiperspektivische Ansatz von Gesundheit und Krankheit

„Gesundheit spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse.“ KLAUS HURRELMANN (1994)

Im ersten und zweiten Kapitel dieser Arbeit wurden mit den Darstellungen des Konstruktivismus und der Theorie sozialer Systeme die erkenntnistheoretischen Grundlagen erarbeitet, die im dritten Kapitel auf ein Verständnis der Familie als ein soziales System bezogen werden konnten. Im vierten Kapitel wurden Gesundheit und Krankheit als sozial konstruierte Phänomene beschrieben. Es wurden eine Reihe von Ansätzen (z.B. Stresstheorien, systemtheoretische Modelle und gesundheitssoziologische Konzepte) erörtert, die als Bausteine eines multiperspektivischen Erklärungsmodells von Gesundheit und Krankheit zu betrachten sind und der Rahmen gesteckt, indem eine komplexe theoretische Einordnung der Essstörungen und Multiplen Süchte bei Frauen (Kapitel 5) möglich ist.

Zum Abschluß des Theorieteils dieser Arbeit soll nochmals die Bedeutung des multiperspektivischen Ansatzes für das Verständnis einer sozialen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit betont werden. Hierzu wird auch auf mehrere multifaktorielle Modelle der Literatur verwiesen. Zum Abschluß des Kapitels sollen die in dieser Arbeit rezipierten Ansätze in einem Mehrperspektivenmodell einer

multitheoretischen Betrachtung der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte zusammengeführt werden.

Gesundheit und Krankheit können nicht mit eindimensionalen Erklärungsmodellen, linearen Ursache-Wirkungsbezügen und ohne eine historische Betrachtungsweise erfasst werden. Um Erkenntnisfortschritte im Verständnis der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung komplexer Phänomene zu erreichen, sind multidisziplinäre Ansätze notwendig, in denen ein Problemgegenstand mit multiplen Perspektiven¹ unterschiedlicher Disziplinen untersucht wird (Polykontextualität²). Eine solche Analyse bietet die Möglichkeit, die jeweils theoretischen Zusammenhänge synchron, als Facetten eines komplexen Geschehens zu betrachten. Die Wirklichkeit wird auf verschiedenen Facetten, wie durch unterschiedliche Optiken, evoziert. Dies darf jedoch nicht als ein fragmentierter Wahrnehmungs- und Verstehensprozess aufgefasst werden, denn der jeweilige Fokus hat die übrige Wirklichkeit als Horizont. Im Rahmen der Abstimmung und Angleichung der einzelnen Ansätze tauchen Brüche und Divergenzen auf, bei denen nicht die Vollständigkeit im Detail entscheidend ist; ein solcher Anspruch wäre hypertroph. Dieser theoriegeleitete Prozess benötigt auch eine Mehrdimensionalität in der theoretischen Betrachtungsweise³.

Eine einzelne Theorie oder Wissenschaft kann einem umfassenden Gültigkeitsanspruch einer Beschreibung von Gesundheit und Krankheit nicht genügen. Theorien, als „Welterzeugungsinstrumente“ (FUCHS 1999), sind immer sowohl ein- wie ausschließend. Die in der Literatur vorgestellten Modelle der Beschreibung von Krankheit und Gesundheit betonen jeweils bestimmte Aspekte und Lebensbereiche und sind unterschiedlich integrativ in der Einbeziehung der Einfluß nehmenden Ebenen und Faktoren. Psychologische, soziologische, femi-

¹ Den Begriff der Multiperspektivität im Rahmen einer integrativen Sichtweise führte PETZOLD bereits in den 80er Jahren ein.

² „Polykontextualität“ (EUGSTER 2000) meint nicht nur die quantitative Vervielfachung von Beobachterperspektiven, sondern auch den Umstand, dass jede Beobachtung ihrerseits beobachtbar ist.

³ H. PETZOLD bezeichnet dies als *"polytheoretischen Diskurs"* (1993, S. 2, 477).

nistische und medizinische Erklärungsmodelle¹ von Krankheiten mögen in sich stimmig sein, sie erfassen jedoch nur jeweils begrenzte Ausschnitte der Wirklichkeit und sind an Ebenen der Abstraktion gebunden.

Im Rahmen des hier vorgestellten multitheoretischen Ansatzes bilden der Konstruktivismus und die Systemtheorien die Grundlagen des Erkennens, in dem sich Wirklichkeitserfahrungen in komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozessen zwischen Erkennenden und Erkannten als Wechselwirkungen von Systemen bilden². Bei einem systemtheoretischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind die Erkenntnisse neuerer Systemtheorien aufzunehmen, da diese auf die Subjekteigenschaft des Beobachters Bezug nehmen, während in „klassischen“ systemischen Ansätzen LUHMANNSCHE Prägung die Person in der Theorie eliminiert wird. Neuere Systemtheoretiker, wie z.B. KRIZ (1999) und SCHIEPECK (1999) fordern die Wiedereinführung der Person in die Theorie, um die Subjekthaftigkeit zu betonen und lassen neben der Rekursivität Linearität und Kausalität bei der Betrachtung des Inandergreifens von Systemen zu. Die Aufnahme dieser Theorien ist notwendig, um den Spalt zwischen den Systemtheorien LUHMANNSCHE Prägung und einer subjektorientierten Forschung zu überbrücken. In diesem Prozess ist Erkenntnis und Erkenntnisgewinn nicht wertfrei, sondern von „Erkenntnisinteressen“ (J. HABERMAS 1981) bestimmt. Dieser Sichtweise folgend, ist auch eine Definition von Gesundheit und Krankheit in erheblichem Maße von soziokulturellen Interessen und Kontexten bestimmt. Gesellschaftliche Interessengruppen definieren und bewerten, was krank und gesund ist, Gesundheit und Krankheit sind sozial konstruiert.

Ein umfassendes Modell der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit³ muss, um einen Beitrag zu einem komplexen ätiologischen Modell zu leisten, die isolier-

¹ Im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes dienen ihre Klassifikationsschemata lediglich zur Einordnung in bestehende Wissenschaftsstrukturen und zur interdisziplinären Verständigung.

² KEUPP (1991) verweist in diesem Zusammenhang auf eine Fülle von Befunden aus dem Bereich der kulturvergleichenden Psychiatrie, die zu einer konsequenteren sozialkonstruktivistischen Wende im psychopathologischen Diskurs veranlassen sollten.

³ Ein Gesellschaftssystem vermag sich eher darüber zu einigen, was krank ist; eine Definition und Verständigung über gesundes Verhalten ist noch schwieriger, da hier noch mehr normative Maßstäbe einfließen (siehe hierzu SIMON 2000b).

te Fixierung auf körperliche, psychische oder soziale Merkmale überwinden. Begrifflich ist dieser Sachverhalt mit dem gebräuchlichen Terminus "Psychosomatik" nicht erfasst. Lediglich historische Gründe rechtfertigen m.E. heute noch, von psychosomatischen Krankheiten zu sprechen, da mit diesem Begriff nur Teilaspekte des unauflösbaren Ganzen hervorhoben werden¹. Der Begriff „Sozio-psychosomatik“ beschreibt diesen Sachverhalt angemessener.

Für den Konstruktionsprozess von Gesundheit und Krankheit ist ein weiterer Aspekt maßgebend. Für die interagierenden Systeme ist es bedeutsam, ob es gelingt, eine von den Klientinnen, ihren Angehörigen und den Expertensystemen akzeptierte gemeinsame oder eine divergierende Sicht von Wirklichkeit zu erzeugen. Diese jeweils subjektiven Sichtweisen der handelnden Systeme, die weder wertfrei noch rational sind, sind abhängig von Prozessen des „Ineinander-greifens“ privater und theoretischer Konstrukte der Betroffenen und der Experten und Expertinnen (WELTER-ENDERLIN 1999).

GERHARDT wies bereits 1991 darauf hin, dass sich Medizin, Psychologie und die Sozialwissenschaften vorrangig mit der Beschreibung von Krankheit und zu wenig mit der von Gesundheit beschäftigen. Dies hat sich bis heute wenig verändert². Das „soziale Risiko Gesundheit“ (KEIL 1988) wird von der Medizin und der Gesundheitspolitik wesentlich auf das Risiko zu erkranken reduziert. Der an „Funktionalität“, „Arbeitsfähigkeit“ und damit an „Normalität“ geknüpfte Gesundheitsbegriff verleiht mit dieser seiner Logik der Medizin die Macht der unmittelbaren sozialen Kontrolle (KEIL 1988). Hierbei gerät die gesellschaftliche Produktion von Gesundheitsgefährdungen, Krankheiten, Umweltbelastungen, Armut, Arbeitslosigkeit, Über- und Unterforderungen im Arbeitsbereich, Stress und weiterer Lebensrisiken zu sehr aus dem Blick. Aus sozialen Problemen werden

¹ Bereits 1984 zitierte STIERLIN in seiner Habilitationsschrift (zweite Auflage 1994) Aussagen von WOLFF (1962) und LIPOWSKI (1972), die den Begriff Psychosomatik für überholt und hinderlich halten, da sich die psychosomatische Medizin auf die Untersuchung psychischer Faktoren bei allen Krankheiten ausgeweitet habe. Mit dem Begriff der „Familiensomatik“ („family-somatics“), der von WEAKLAND (1977) in die psychosomatische Medizin eingeführt wurde, sind diese Probleme ebenfalls nur unzureichend erfasst (siehe SIMON u. STIERLIN 1984).

² Auch HURRELMANN (1994) und WIRSCHING, HUBER, VON UEXKÜLL (2000) rufen dazu auf, sich mehr der Gesundheit zuzuwenden.

zunehmend medizinische. Dabei verweist gerade die Zunahme der sogenannten „Zivilisationskrankheiten“, zu denen Süchte, Essstörungen u.a. zu rechnen sind, auf den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Lebensweisen und familiären Dysfunktionen und die Produktion von Krankheiten. Bei der Betrachtung dieser Zusammenhänge ist der Sichtweise der kritischen Theorie (siehe J. HABERMAS¹ 1981, GERHARDT 1989) zu folgen, nach der die Pathologie des einzelnen der des sozialen Systems, in dem sich die Persönlichkeitsstruktur bildet, entspricht.

Um die Phänomene Gesundheit und Krankheit analysieren zu können, benötigen wir ordnende Klassifikatonssysteme und Modelle. Als ein erstes Ordnungssystem sollen Kategorien nach RITSCHER (1996, S. 336ff) vorgestellt werden, mit denen auftretende Symptome drei Dimensionen zugeordnet werden können²:

- Philosophisch-erkenntnistheoretisch versteht RITSCHER Symptome als einen sinnvollen Ausdruck (Repräsentant) für etwas anderes, ein Signifikantes“, ein „Bezeichnendes“. Auf der Ebene des Bezeichneten ist der Sinn des Signifikanten, bzw. des Symptoms zu suchen. Zu berücksichtigen ist, dass keine eindeutige Zuordnung des Symptoms zu allen Signifikanten möglich ist, da soziale Systeme nicht-trivial sind. So ist jeder Signifikant im Grunde ein neuer „Signifikant“, der erneut auf seinen Sinn befragt werden muss. So fügen, d.h. konstruieren, wir eine Kette von Signifikanten zu einem vorläufigen und unabgeschlossenen Bild.
- In einer pragmatischen Dimension versteht RITSCHER Symptome als Probleme, die so bedrückend geworden sind, dass professionelle Hilfe außerhalb des betroffenen Systems gesucht wird. Der Blick richtet sich im Rahmen dieser Perspektive auf die Funktion eines Symptoms. Diese Funktion kann in der Stabilisierung eines eingeschliffenen Systemzustandes liegen oder ein Symptom bietet möglicherweise ein Schutz vor nicht bewältigbar erscheinenden Veränderungen. Erst wenn sich ein System neue Ressourcen

¹ J. HABERMAS (1981) verbindet in seiner Analyse der Gesellschaft Rollenpathologien und Neopsychoanalyse mit seinem Systembegriff.

² Mit der Darstellung dieser Dimensionen wird auf die im ersten Kapitel vorgestellte Semiotik bezug genommen und eine ergänzende linguistische Dimension betrachtet.

erschließt, verliert das Symptom seine bisherige Funktion und es kann aufgegeben werden.

- In der linguistischen Dimension untersucht RITSCHER die Funktionsbestimmung von Symptomen mit Hilfe unterschiedlicher Sprachmuster. Symptome können erstens als „Folge von“, beschrieben werden. Das problematische Verhalten eines Symptomträgers wird als Ausdruck und Folge problem-erzeugender familiärer Interaktionen und Beziehungsmuster verstanden. Ein Symptom kann beispielsweise als eine (nicht die) Folge einer traumatisierenden sozialen Erfahrung im Kontext der politisch-ökonomisch kulturellen Krise unserer Gesellschaft beschrieben werden. Zweitens kann ein Symptom als „Ausgangspunkt für...“ in Symptome erster und zweiter Ordnung unterschieden werden. Hierbei führen Symptome erster Ordnung zu Bewältigungsversuchen innerhalb der bestehenden Muster. Sind diese nicht erfolgreich, reagiert das System häufig mit der Strategie des „immer mehr vom Gleichen“. Mit diesem Verhalten chronifiziert sich ein System und verstärkt so ein nicht erfolgreiches Problemmuster und erzeugt zudem neue Probleme. Diese „Symptome zweiter Ordnung“ sind komplexer, ziehen mehr Aufmerksamkeit auf sich, als die der „ersten Ordnung“ und tragen zu einer Stabilisierung des Systems bei (RITSCHER 1996, siehe auch SIMON 1995a, 1995b). Drittens können Symptome als „Mittel, um ... zu ...“ dienen. Mit ihnen kann versucht werden, etwas zu erreichen, was auf andere Weise nicht mehr zu bekommen ist. So erhalten Symptome (auch) eine „positive Funktion“, z.B. Aufmerksamkeit erlangen. Diese Verhaltensweisen tragen häufig zu einer Ausweitung des Ausgangssymptoms bei.

Auf ein weiteres Modell von BRONFENBRENNER (siehe hierzu VON SCHLIPPE¹ 1987, PETZOLD 1993, GEULEN 1991) soll als nächstes verwiesen werden. Dieses Ordnungsmodell mit den vier Systemebenen Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem und Makrosystem bringt die "horizontalen" Sozialisationsbedingungen mit "vertikalen" Einflüssen gesellschaftlicher Bedingungen in Verbindung (GEU-

¹ VON SCHLIPPE und MATTHAEI (1987) ergänzen dieses Modell. Sie stellen in Anlehnung an BRONFENBRENNER Dimensionen sozio-psycho-physischer Gesundheit vor. Diese Dimensionen reichen vom Zellsystem bis zum Makrosystem und beziehen die Zeitebene ein (siehe hierzu VON SCHLIPPE und LOB-CORZILIUS 1993, VON SCHLIPPE 1987, KAISER 1989).

LEN 1991). Es bildet einen grundlegenden Baustein für eine multiperspektivische Betrachtung, jedoch werden die Beziehungen zwischen den Elementen und Ebenen in diesem Modell noch nicht genügend rekursiv betrachtet.

Das umfassende Model der „produktiven Realitätsverarbeitung“ von HURRELMANN (1989, 1994) wurde bereits vorgestellt¹. Der Autor versteht die Persönlichkeitsentwicklung als einen weitgehend selbstgesteuerten Prozess, der in einer komplexen Beziehung zu einerseits organismusinternen und andererseits organismusexternen Lebensbedingungen steht. Umweltanforderungen, eigene Bedürfnisse, Interessen, Fähigkeiten, einschließlich der motorischen und körperlichen, werden aufeinander abgestimmt. Die Vorstellung von einer Umwelt, die sich in ständiger Umformung und Veränderung befindet und durch die Aktivität von Personen permanent beeinflusst wird, ist Bestandteil des Modells. HURRELMANN legt einen Schwerpunkt auf das Copingverhalten (die Erhaltung und Nutzbarmachung von Ressourcen) und das Selbstkonzept.

HUBER (2000) versucht in seinem Modell die vielfältigen Wechselbeziehungen von der molekularen Ebene bis hin zur gesellschaftlichen Kultur bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit zu erfassen. Dieses Modell soll beispielhaft für umfassende multifaktorielle Modelle vorgestellt werden:

¹ Siehe das Kapitel 3.2.: „Familiale Sozialisation“.

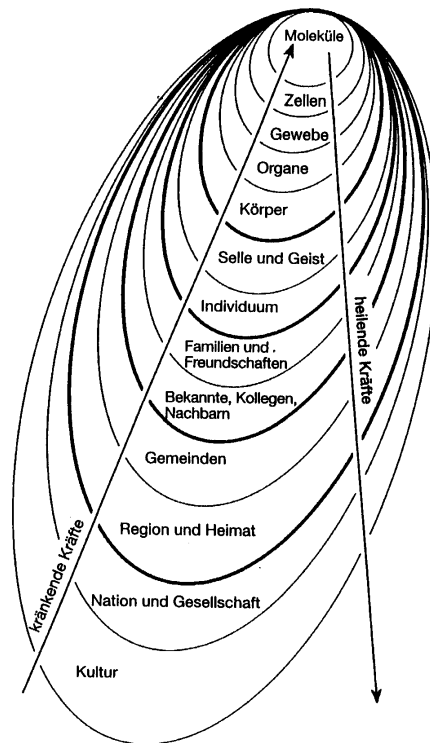


Abb. Nr. 12: Der große Gesundheitsglobus (in WIRSCHING, HUBER, VON UEXKÜLL 2000, S. 317)

Das Modell von HUBER hat zudem den Vorteil, neben den „kränkenden Kräften“ auch „heilende“ zu berücksichtigen. Jedoch bedarf auch dieses Modell im Rahmen einer multiperspektivischen Sichtweise weiterer Ergänzungen¹.

In den letzten Jahren tragen neben den Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Medizin weitere Wissenschaften wichtige Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei. Eine dieser Wissenschaften ist die Neurobiologie, die, wie die Systemtheorie, die vielfältigen Wechselwirkun-

¹ Auf einige weitere Modelle soll verwiesen werden: MINUCHIN (1983) legt in seinem systemischen Modell ("Das offen-systemische Modell der psychosomatischen Krankheit") den Schwerpunkt auf einzelne außerfamiliäre Faktoren, die er außerfamiliäre Belastungen nennt. PETZOLD (1993) verweist auf ein Modell von LEHR (1979), die in ihrem Modell auch Faktoren wie Hygiene, Klima und Ernährung aufführt, die sonst nicht genannt werden. KEUPP (1991) legt in seinem Modell einen Schwerpunkt auf gesellschaftliche Zusammenhänge und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen.

gen zwischen sich beeinflussenden Systemen betont¹. Beim Kopplungsprozess der leiblichen, sozialen und psychischen Systeme kommt dem Gehirn eine besondere Bedeutung zu (J. KRIZ 1999). Das Gehirn prägt sich Erfahrungen ein, indem es neue Informationen mit schon bekannten verknüpft. Stimulierte Neuronen (elektromagnetische Kontakte) stellen die Verknüpfung zwischen den gespeicherten Informationen her, d.h. sogenannte dendritische Spines wachsen zusammen (siehe J. KRIZ 1999, G. ROTH 2001). Aufgrund der Forschungen der Psychobiologie und der Psychoneuroimmunologie, kann *„der relevante Einfluß von Gedanken und Wahrnehmungen, sowie deren Beeinflussung wiederum durch soziale Interaktionen auch von den konservativsten „Somatikern“ nicht mehr in Frage gestellt werden.“* (J. KRIZ 1999, S. 184). Somit sind frühere Vorstellungen von isolierten autonomen Systemen im Körper auch aus Sicht der Gehirnforschung² nicht zutreffend.

Aus neurobiologischer Perspektive ist ein System erkrankt, wenn das dynamische Gleichgewicht gestört ist, also entweder eine erstarrte Ordnung oder ein ungesteuertes Chaos herrscht. Prozessanalysen zeigen, dass die Dynamik gesunder psychischer, interaktioneller, biochemischer und physiologischer Systeme Merkmale eines „deterministischen Chaos“ (SCHIEPEK 1999) aufweisen, also globale Ordnung bei lokaler Irregularität. Gesundheit und Krankheit erhalten daher sowohl Elemente der Ordnung als solche des Chaos³. Zu beachten ist allerdings, dass Chaos Angst erzeugen kann (J. KRIZ 2000), die auf dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen zu einer erstarrten Ordnung führen kann. In der Folge kann dies die notwendigen Anpassungsprozesse von Individuen und Familien an neue Lebensereignisse und kritische Situationen behindern.

¹ Beispielsweise sieht FELTEN (1994) zwischen den zentralen Nervensystemen und zahlreichen Körperprozessen sowohl afferente, als auch efferente Verbindungen und Rückkoppelungsschleifen. Gedanken, Wahrnehmungen, Emotionen, Bewertungen und die Erfassung von kommunikativen Eindrücken versteht er als Bestandteile von Prozessen des zentralen Nervensystems.

² Hirnforscher (siehe HUBER 1993) beschreiben ein Gehirn als ein chaotisches System. Erst aufgrund dieses Chaos im Gehirn können wir kreativ sein. Ähnlich ist es im Herzen, durch das in einem chaotischen Rhythmus Blut durch die Venen und Arterien gepumpt wird, während es sich im Zustand des Gleichgewichts dem gefürchteten Herzinfarkt oder dem Herzflimmern nähert.

³ Siehe Kapitel 2.1.3: „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“.

Gelingt dem Individuum die Abstimmung der eigenen Bedürfnisse mit der Lebenswelt nicht, kommt es zu einem Verlust der Balance und in der Folge zu Psychopathologien. Diese zeigen sich in verschiedenen Formen, z.B. in Sinnverlusten, Anomien (Normenlosigkeit), Psychopathologien der Persönlichkeit oder in Ausbildungen von Essstörungen, bzw. Süchten.

Es kann zusammengefasst werden: Eine multiperspektivische Analyse von Gesundheit und Krankheit benötigt neben den bereits aufgeführten soziokulturellen Faktoren¹ die im Folgenden summarisch aufgelisteten, im Wesentlichen bereits in dieser Studie erörterten Faktoren und ihre Auswirkungen:

- kritische Lebensereignisse,
- die Funktionstüchtigkeit der Familie,
- soziopsychophysischer Stress,
- kumulative Mißerfolge, die zu einer Negativkarriere führen,
- das jeweilige Copingverhalten des Individuums und der beteiligten sozialen Systeme,
- das Ausmaß der vorhandenen Ressourcen und das Vorhandensein von substitutiver Entlastung,
- der Bezug zum eigenen Leib, dem Selbstwert und der eigenen Identität,
- die internalisierten Werte und Normen,
- die jeweilige Kohärenz und Sinnggebung,
- negative Ereignisketten,
- permanente negative Milieus, Atmosphären und Beziehungen,
- genetische Faktoren,
- internale Negativkonzepte,
- auslösende Aktualfaktoren und
- sogenannte „Widerfahrnisse“².

¹ Siehe insbesondere das Kapitel 5.3: „Weibliche Sozialisation und soziokultureller Kontext“.

² Hierunter versteht PETZOLD (1993) Ereignisse, auf die ein Mensch keinen, bzw. wenig Einfluß hat, wie eine nachlässige Hebamme, ein sadistischer Klassenlehrer, ein Geisterfahrer auf der Autobahn, chronische Armut, Hunger und Krieg, eine überforderte Mutter, der Bildungsstand der Eltern u. a..

Die Berücksichtigung der Vielzahl der einwirkenden Faktoren bei der Analyse von Gesundheit und Krankheit benötigt die Einbeziehung von Kontext und Kontinuum des gesamten Lebens über mehrere Generationen. In solch einer mehrgenerationalen Betrachtung kommt den familiären Faktoren eine besondere Bedeutung zu. Die Familie ist der wichtigste soziale Ort zur Förderung der Gesundheit (WHO 1991), da fast jedes wichtige Gesundheitsverhalten durch die familiären Muster und Strukturen geprägt wird (siehe CAMPBELL 2000).

Ein kritisches Lebensereignis alleine, z.B. ein traumatisierendes Erlebnis in der Kindheit, führt in der Regel nicht zu einer Erkrankung. Erst eine Kumulierung von „kränkenden Kräften“ (HUBER 2000) führt zu „Schädigungen“¹ (PETZOLD 1993). Schädigungen in der Genese können in jedem Lebensalter (vorgeburtliche Schädigungen bis zu späten Schädigungen im Alter) wirksam werden. Fortdauernde Schädigungen in der Kindheit und Jugend wirken sich in der Regel nachhaltiger aus, da in diesem Alter weniger Abwehr- und Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen; jedoch können maligne Sozialisationserfahrungen durch benigne korrigiert werden.

Zum Abschluß des Kapitels sollen in einer Übersicht die Ansätze zusammengefasst werden, die für mich, in „meiner Konstruktion“, einen Beitrag zum Verständnis der Entstehung von Essstörungen und Multiplen Süchten leisten:

¹ PETZOLD (1993) ersetzt den Begriff Störung durch den Begriff der Schädigung, da Störungen in seiner Pathogenese-Theorie etwas spezifisches sind. „Schädigungen“ differenziert er in: Traumata (Überstimulierungen), Defizite (Unterstimulierungen), Störungen (inkonstante Stimulierungen) und Konflikte (gegenläufige Stimulierungen). In der Praxis wirken diese mit unterschiedlicher Gewichtung zusammen (siehe hierzu auch RAHM u.a. 1993, OSTEN 1995).

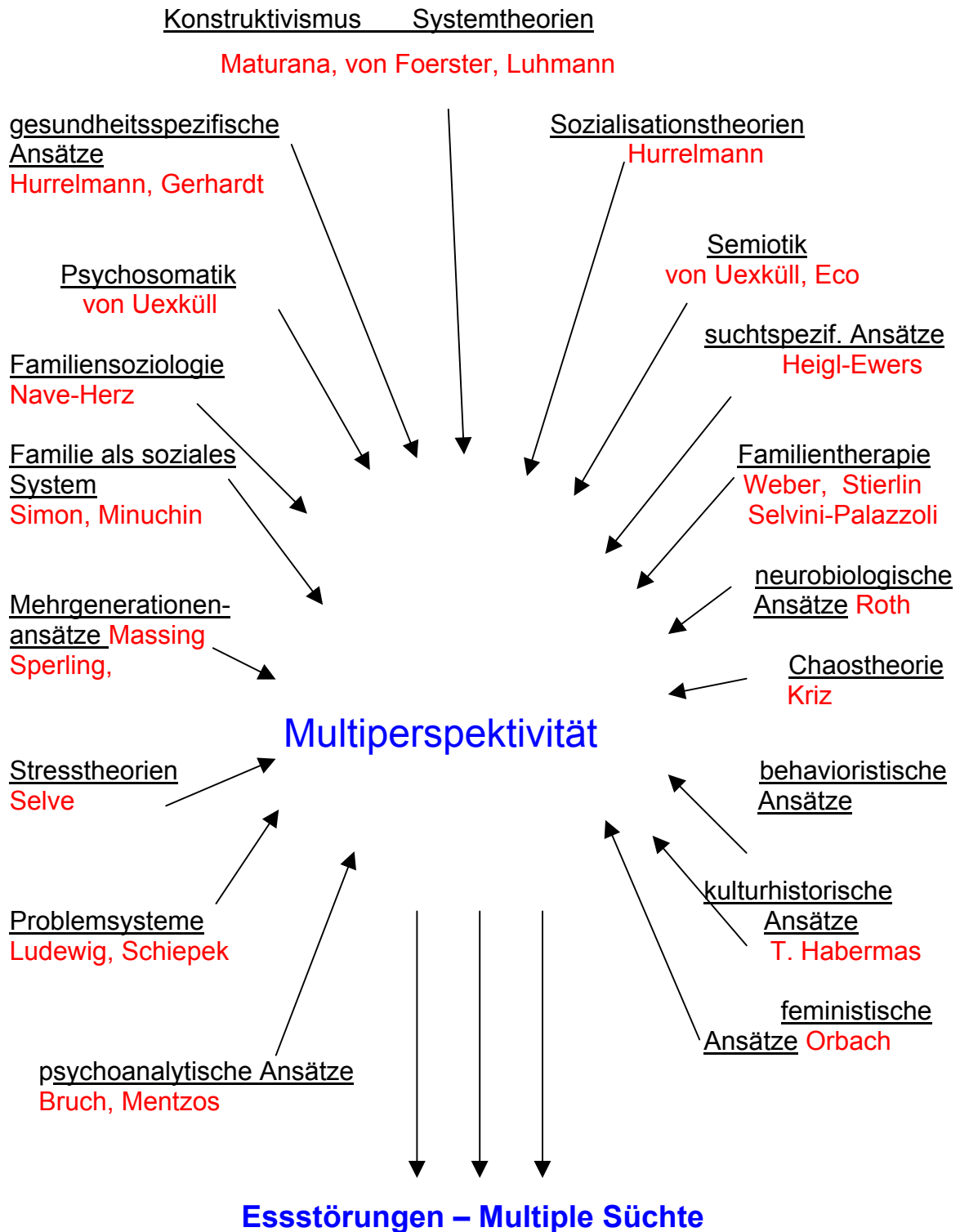


Abb. Nr. 13: Multiperspektivischer Theorieansatz der Betrachtung der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte¹.

¹ Mit diesem Modell wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Um die Übersichtlichkeit zu erhalten, wurde darauf verzichtet, Verbindungen zwischen den einzelnen Ansätzen einzuzeichnen.

Das in dieser Arbeit vorgestellte multiperspektivische Konzept fragt nach den Stärken und Widerstandsressourcen eines Individuums und seinen Umwelten, bezieht die Sinndimension ein und setzt bei der Selbstbestimmung des Menschen an. Die leiblichen, psychischen, geistigen und sozialen Elemente werden in ihrer Interdependenz gesehen. Ein multiperspektivisches Konzept stellt nicht nur die Pathogenese, sondern auch die Salutogenese in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Gesundheitsfördernd ist es, wenn in Systemen beim Diskurs über Krankheit und Gesundheit unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen möglich sind und ein hohes Maß an Ambiguität toleriert wird. Diese Toleranz kann dazu beitragen, ein System gesund zu erhalten, bzw. weniger krank zu machen. VON FOERSTER (1996) spricht in diesem Zusammenhang vom „ethischen Imperativ“, der Wahlmöglichkeiten schafft, da eine Verringerung von Freiheitsgraden den Menschen „krank“ machen kann.

Schädigungen in sozialen Systemen können in jedem Lebensalter wirksam werden. Aufgrund der Bedeutung der primären Sozialisation und der prägenden Einflüsse der Familie wirken sich Schädigungen in einem frühen Alter nachhaltiger aus, da davon auszugehen ist, dass einem jüngeren Menschen weniger Abwehr- und Konversationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen als einem älteren. In der Regel führen negative Ereignisketten, zusammen mit einem negativen Milieu, in sozialen Systemen zu einem Phänomen, welches Krankheit genannt wird.

Problematische Phänomene, die zu Symptomen werden, wie die Essstörungen und die Multiplen Süchte, schaffen in der betroffenen Persönlichkeit die Illusion, sich der Gesellschaft anpassen zu können und die Hoffnung, die Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu ertragen und Verhaltenserwartungen erfüllen zu können. Sie sind mißlungene „Passungen“ individueller Schemata in Bezug zur Umwelt (SCHIEPEK 1991) und zugleich (extreme) Einengungen von Freiheitsgraden¹ der Verhaltensoptionen (VON FOERSTER 1997).

¹ Für die betroffene Person heißt Gesundheit "Autonomie" trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handikaps. Autonomie ist für WIRSCHING, HUBER und VON UEXKÜLL (2000) das „Produktionsziel“ einer sozial verantwortlichen Heilkunst.

Krankheit und Gesundheit sind nicht nur Probleme des einzelnen Individuums oder seiner Familie, sondern haben immer einen Umweltbezug zur Gesamtgesellschaft. Gesundheit ist somit ein individuelles als auch als ein öffentliches Gut. Sie zu erhalten ist deshalb im Interesse des Einzelnen und der Gesellschaft.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden auf der Grundlage des Konstruktivismus und der Systemtheorien Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit ebenso vorgestellt, wie Kriterien, mit denen die Beziehungen und Strukturen von Familien beschrieben werden können. Dies ermöglicht, im empirischen Teil dieser Arbeit, die vorliegenden Daten von Frauen mit Essstörungen und Multiplen Süchten zu analysieren.

TEIL B

Die empirische Analyse der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte im System Familie und ihrer Umwelten

„Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen.“

V. VON WEIZSÄCKER (1986)

7. Fragestellungen, Forschungsansatz und Methoden der empirischen Studie

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde auf den Grundlagen einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie und einer systemtheoretischen Perspektive des sozialen Systems der Familie und ihrer Umwelten ein multiperspektivischer Ansatz der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit erarbeitet. Zudem wurden sozio-kulturelle, feministische und psychologische Erklärungsansätze, die das Auftreten von Essstörungen und von Multiplen Süchten bei Frauen analysieren, vorgestellt. Im empirischen Teil dieser Studie soll nun an Beispielen überprüft werden, inwieweit sich die vorgestellte konstruktivistische Erkenntnistheorie im Spektrum der Systemtheorien auch empirisch anwenden lässt. Hierzu wird dieser umfassende Ansatz in einer lebensweltbezogenen, subjektorientierten, qualitativen Studie auf die beispielhaften Problemfelder der Essstörungen und der Multiplen Süchte bezogen.

Das Verständnis des Forschungsprozesses als einen subjektorientierten intersubjektiven Prozess, in dem der Untersucher und das beobachtete System Bestandteile eines spezifischen Interaktionssystems sind, leitet sich aus den erkenntnistheoretischen Grundlagen des Konstruktivismus und der Systemtheorien ab. Konstruktivistische Forschung ist eine Form subjektorientierter Forschung, die MAYRING (1990) wiederum den Methoden qualitativer Forschung zuordnet.

Die Frage nach der Empirie ist in einem konstruktivistischen Verständnis insbesondere eine Frage des Verhältnisses von Beobachtungen erster und zweiter Ordnung. In der konstruktivistischen Forschung muss die Empirie nach

S.J. SCHMIDT (1998) von der traditionellen Referenz auf „die Realität“ und den Beobachter erster Ordnung umgestellt werden *„auf Wissen und theoretisch-methodisch kontrolliertes Erfahrungmachen. Die aus empirischer Forschung resultierende Intersubjektivität trägt genau so lange, wie sie ihre Auswirkungen auf die wissenschaftliche Kommunikation stabil halten lassen; sie endet, wenn sie einer neuen Beobachtung zweiter Ordnung nicht (mehr) standhält.* (a.a.O., S. 126) Der empirische Forschungsprozess erfordert daher die Methoden auf der Ebene der Beobachtung erster Ordnung „schulgerecht“ anzuwenden (WATZLAWICK 2001, S.J. SCHMIDT 2001). Die Durchführung der Forschung auf der Praxisebene erfolgt als Durchführung der Operationalisierungsschritte auf einer Beobachterebene erster Ordnung in Form einer Fakten-, bzw. Datenproduktion, obwohl deutlich ist, dass Faktenproduktion aus der Perspektive der Beobachtung zweiter Ordnung selbstverständlich kontingent¹ ist (S.J. SCHMIDT 1998). Auf einer Beobachterebene zweiter Ordnung operiert Wissenschaft, indem sie reflektiert, theorie- und methodengeleitet Beobachter erster Ordnung beobachtet, um deren Entscheidungskriterien zu erkennen².

Generell gilt für die empirische Forschung: Empirisches Wissen ist immer nur Wissen von der Welt, so wie wir sie erfahren und wie wir dieses Wissen formulieren (S.J. SCHMIDT 2001). Dem konstruktivistischen Forscher geben empirische Daten eher „Hinweise“ als „Beweise“ (STADLER u. KRUSE 1990). Der Beobachter, bzw. der Forscher ist kein außenstehender Beobachter, sondern er produziert das, was er beobachtet mit und trägt zu der Erschaffung einer „neuen Wirklichkeit“ bei³ (WATZLAWICK 2001). Empirisches Forschen ist so eine spezifische Art und Weise der Wirklichkeitskonstruktion (S.J. SCHMIDT 1998), wobei sich „sozialkonstruktivistische Forschung“ (KEUPP 1991) mit der Explikation jener Prozesse befasst, durch die Menschen dazu kommen, die Welt und sich selbst zu beschreiben und zu interpretieren.

¹ Kontingenz meint hier die Möglichkeit, dass ein Strukturelement auch anders beschaffen sein könnte, als es tatsächlich ist. Das Bewusstsein dessen, dass lebende Systeme kontingent sind, beinhaltet auch ein Komplexitätsbewusstsein, dass auch eine komplexitätserhaltende Komplexitätsreduktion herausfordert (STIERLIN in PÖRKSEN 2001)

² Zu beachten ist: Wenn Wissenschaft Unterscheidungen und Differenzen beobachtet, produziert sie damit gleichzeitig neue Fakten.

³ Beispielsweise werden bereits durch das Ordnen (Interpunktionen) von Ereignisabläufen verschiedene Wirklichkeiten erzeugt (WATZLAWICK 1976)

Zwischen einer konstruktivistischen und einer herkömmlichen Methodologie besteht, wie mit S.J. SCHMIDT (1998, 2001) festzuhalten ist, keine totale Differenz; sie unterscheiden sich jedoch in den Ausgangsvoraussetzungen und der Bewertung der Ergebnisse. Für den konstruktivistischen Forscher sind die von ihm ermittelten Daten nicht unabhängig von ihm, sondern durch seine Theorie und seine Forschungsinstrumente hergestellt. Empirisches Forschen im Rahmen konstruktivistischer Erkenntnistheorien ist bestimmt durch ein praktisches Herstellen logischer, pragmatischer und sozialer Stabilitäten, mit denen Wissenschaftler kommunikativ umgehen. Alles, was zu dieser Stabilitätskonstruktion argumentativ erfolgreich herangezogen werden kann, fungiert, je nach Kriterium und Kontext, als Plausibilisierung oder Beleg. Wenn auch spätestens im Moment der Interpretation die "härteste Empirie" weich wird, gibt es trotzdem zu ihr keine Alternative (S.J. SCHMIDT 2001). Durch methodische Expliztheit wird der Erwerb und die Kommunikation gewonnenen Wissens, von der Bindung an Einzelpersonen gelöst und die kommunikative Herstellung von Intersubjektivität ermöglicht. Innerhalb dieses Forschungsrahmens ist es möglich, die interne Konsistenz der Aussagen zu steigern, indem man sich von streng geregelten Verfahren der Überprüfung leiten lässt (SCHMIDT 1998, G. ROTH 2001). Der Forscher gelangt so zu viablen, d.h. plausiblen Annahmen.

Empirische Forschung im Kontext der konstruktivistischen Erkenntnistheorie folgt festgelegten Verfahrensschritten, die sich in verschiedene Phasen differenzieren lassen. Der Forschungsprozess dieser Studie verlief in den folgenden Phasen:

- Entwicklung der Problemstellung und präzise Formulierung des Forschungsproblems,
- Erarbeiten eines subjektorientierten, multiperspektivistischen Ansatzes und Wahl eines geeigneten Forschungsansatzes,
- Analyse des Forschungsproblems und Ableitung von Fragestellungen (die überprüfbar sein sollen),
- Überlegungen zum Forschungsprozess (Auswahl der Teilnehmerinnen, Rahmenbedingungen, Dauer der Studie u.a.),
- die Wahl geeigneter Methoden der Datenerhebung (hier des Genogramms und die Konstruktion eines Fragebogens zur Erhebung weiterer Daten),

- Datenerhebung und Analyse der Daten (Auswertung der Genogramme und der Fragebögen, Vergleich der Genogramme der drei Untersuchungsteilgruppen),
- Gegenüberstellung der Forschungsergebnisse mit den Angaben der Literatur; Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Problemstellung und die zugrundeliegende Theorie,
- abschließende Diskussion und Interpretation der durch die angewandten Methoden gewonnenen Daten, theoretische und praktische Schlußfolgerungen.

Die Unterscheidungen mit deren Hilfe methodisch geregelte Beobachtungen durchgeführt werden, müssen im Rahmen einer expliziten Theorie begründet werden. Es muss ebenso offen gelegt werden, weshalb diese Unterscheidungen und Methoden gewählt wurden. Der Forschungsprozess und die Untersuchungsergebnisse werden in der qualitativen Forschung durch die Gütekriterien¹, der logischen Konsistenz der Argumentation, der Widerspruchsfreiheit, der argumentativen Interpretationsabsicherung, der kommunikativen Validierung u.a., überprüft².

Mit HILDENBRAND (1998, S. 115) lassen sich die Grundsätze einer konstruktivistischen subjektorientierten Forschung zusammenfassen (in Abgrenzung zu den Prämissen quantifizierender, hypothesentestender Forschung):

- *„Offenheit und Perspektivität vs. Vorhersehbarkeit und Kontrolle;*
- *Komplexität und Vielfalt vs. Reduktion von Einflußvariablen;*
- *Wirkliche Möglichkeiten/mögliche Wirklichkeiten vs. Prognose der Ergebnisse von Handlungen;*
- *Einbeziehung der Position des Beobachters vs. methodische Elimination des Beobachters;*
- *Neugier und Offenheit vs. Beschränkung des Erfahrungsbereichs durch Vorabbeschränkung möglicher Fragen und Vorgehensweisen.“*

¹ Siehe hierzu MAYRING (1990).

² Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch die Normen, Kriterien und Evidenzen wissenschaftlicher Forschung aus der Entwicklung der Wissenschaften selbst resultieren (S.J. SCHMIDT 1998). Auf die Gütekriterien subjektorientierter Forschung wird im Kapitel 7.3.2: „Die Güteprüfung der qualitativen Forschungsinstrumente“ eingegangen.

Auf der Grundlage dieser erkenntnistheoretischen Überlegungen werden im folgenden Kapitel Fragestellungen¹ für die empirische Studie entwickelt. Die Datenerhebung geschieht mit dem von der Familienforschung entwickelten Verfahren der genografischen Mehrebenenanalyse. Obwohl es einem psychotherapeutischen Prozess entnommen ist, wird es hier sozialwissenschaftlich eingesetzt (ebenso z.B. HILDENBRAND 1998, SCHIEPEK 1999). Es wird begründet werden², weshalb diese Methodik im Rahmen eines subjektorientierten Forschungsansatzes zur Erforschung dieses Untersuchungsgegenstandes angemessen ist³. Diese qualitative Forschungsmethode wird durch den Einsatz „quantitativer“ Fragebögen ergänzt, da deutlich gemacht werden kann, mit welchen Vorgaben sie einbezogen werden⁴.

7.1 Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie

Nachdem im vorigen Kapitel der methodologische Rahmen vorgestellt wurde, sollen in diesem Kapitel die Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie für die hier untersuchte Population spezifiziert werden.

Die vorliegende Untersuchung analysiert die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der familiären Strukturen und Beziehungen dreier Untersuchungsteilgruppen (Klientinnen mit Anorexie, Bulimie und mit Multiplen Süchten). In den Forschungsprozess einbezogen werden vielfältige Ebenen des familiären Geschehens, Schlüsselerlebnisse, Traumata, Defizite, biografische Modellvorstellungen, Wertvorstellungen u. a.. Die Analyse des Systems Familie und seiner Umwelten⁵ soll in den historisch-gesellschaftlichen Systemzusammenhang gestellt werden. Bestandteile des Forschungsprozesses sind auch Verfahren der sozialstatistischen Analyse, der Interpretation von Sozialstrukturen und der Analyse von

¹ Siehe das Kapitel 7.1: „Die Fragestellungen und Zielsetzungen der empirischen Studie“.

² Siehe das Kapitel 7.3.1 „Die Genografische Mehrebenenanalyse“.

³ Siehe das Kapitel 7.2.1 „Der subjektorientierte Forschungsansatz“.

⁴ Die in dieser Studie ergänzend angewandten quantitativen Verfahren werden zum Abschluß des Kapitels vorgestellt (siehe Kapitel 7.3.3).

⁵ Welche Teile des sozialen Umfeldes in die Untersuchung einzubeziehen sind, wird im Weiteren erörtert.

personalen Strukturen. Anstelle einer statistischen Identifikation von "Krankheitsursachen", einer epidemiologischen Untersuchung, geht es um die Rekonstruktion von dysfunktionalen Familiensystemen.

Diese Fragestellungen, die sich jeweils auf die Population der Anorektikerinnen, der Bulimarektikerinnen und der Klientinnen mit Multiplen Süchten beziehen, sollen näher ausgeführt werden:

Bei der Erforschung familiärer Dysfunktionalität stellt sich die Frage, welche Bedeutung Lebensbedingungen, Ereignisse, Struktureigenschaften und Beziehungen in den Familien für die Gesundheit und Krankheit eines Familienmitgliedes (hier speziell eines Familienmitgliedes, welches Essstörungen, bzw. Multiple Süchte aufweist) haben. Eine grundlegende These der Studie lautet: Es gibt typische Prämissen, Glaubenssätze und Beziehungskonstellationen von Frauen mit Essstörungen und von Frauen mit Multiplen Süchten in der Art und Weise, wie die Familien von Esssüchtigen „konstruiert“ sind und den Symptombildungen, den Essstörungen und den Multiplen Süchten, die sich auf der leiblichen, psychischen, geistigen und sozialen Ebene manifestieren. Wenn gefragt wird, wie das Familiengeschehen das Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten fördert, so stellt sich auch im Umkehrschluß die Frage, welche Hinweise können auf Faktoren gegeben werden, die Essstörungen und Multiple Süchte möglicherweise verhindern. Grundlegend wird, wie im Theorieteil dargestellt, davon ausgegangen, dass Strukturen der Beziehungen früherer Generationen über die Konstituierung von Beziehungsmustern (z.B. durch Delegationen) bedeutsam Einfluß auf die folgenden Generationen nehmen. Eine weitere grundlegende These ist die Vermutung, dass im Fall des Auftretens von Essstörungen die Wandlungs- und Anpassungsfähigkeit der familiären Strukturen an Anforderungen, die an die Familie in neuen Lebensphasen und kritischen Lebenssituationen gestellt werden, nicht ausreichend vorhanden sind, um diese Anpassungsprozesse angemessen zu bewältigen.

Aus diesen Fragestellungen lassen sich die folgenden spezifischen Fragestellungen der Untersuchung ableiten¹:

- Welche Bedeutung haben die Eltern, die Großeltern, die Geschwister und die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander, bzw. der Subsysteme der Familie, für die Klientin und das Auftreten des Symptoms Essstörung?
- Wie wird die Familienatmosphäre von den Klientinnen beschrieben, sind Zusammenhänge zum Symptom der Essstörung zu erkennen?
- Welche Bedeutung kommt den Rollen, insbesondere den geschlechtsspezifischen, in der Familie zu? Besteht ein Zusammenhang zum Auftreten der Essstörung?
- Die Bedeutung der familiären Werte und Normen für die Familienmitglieder aus Sicht der Klientin sollen beschrieben werden, um zu erfahren, welche Normen und Werte für diese Familien typisch sind. Ein Schwerpunkt liegt auf der Analyse der Machtverteilung in den Familien und der Bewertung der Leistungen der Klientin durch die Eltern. Wie beeinflussen diese Normen und Werte das Auftreten einer Essstörung?
- Es soll untersucht werden, inwieweit die einzelnen Familienmitglieder Autonomie und Selbständigkeit („bezogene Individuation“) leben. Es wird davon ausgegangen, dass „verstrickte“ und „aufgelöste“ Familienstrukturen Merkmale pathogener Familienstrukturen sind, die das Auftreten von Essstörungen begünstigen.
- Im Rahmen einer Mehrgenerationenperspektive soll erforscht werden, ob sich familiäre Strukturen in der Generationenfolge wiederholen. Es wird davon ausgegangen, dass mehrgenerationale Wiederholungen dysfunktionaler Familienstrukturen das Auftreten von Essstörungen begünstigen.
- Eine zu überprüfende These geht davon aus, dass die Klientinnen Partnerschaften eingehen, in denen dysfunktionale familiäre Strukturen der Herkunftsfamilie „wiederholt“ werden. Welcher Art sind diese Strukturen?
- Ausgehend von der These, dass die Familienmitglieder nicht in der Lage sind, die auftretenden Probleme in den jeweiligen Familienphasen angemessen zu

¹ In dieser Aufstellung schließt der Begriff Essstörung das Auftreten des Phänomens Multiple Sucht mit ein.

lösen, soll untersucht werden, in wieweit ein mangelndes Konfliktlösungspotential der Eltern zum Auftreten der Essstörung der Tochter beiträgt. In diesem Zusammenhang interessiert die Frage, ob die Familienmitglieder in der Lage sind, bei auftretenden belastenden und kritischen Lebenssituationen die notwendigen Anpassungsleistungen an neue Lebensphasen (Lebenszyklen) zu leisten. Wie wirkt sich eine mangelnde Adaptabilität auf die Entstehung einer Essstörung aus?

- Welche Bedeutung haben auftretende Substitute (Ehegatten-, Partner- und Elternsubstitut) für die familiären Strukturen und somit für die Probleme der Tochter?
- Welchen Einfluß haben Mythen, Tabus und familiäre Geheimnisse auf die familiären Strukturen und Beziehungen und gibt es einen Zusammenhang mit dem Auftreten einer Essstörung?
- Welche Bedeutung haben die Koalitionen der Familienmitglieder, einschließlich der Großeltern, für die familiären Strukturen und Beziehungen?
- Welche Bedeutung haben familiäre Traditionen und Delegationen der Großeltern und Eltern für das Auftreten der Essstörung der Tochter?
- Treten in den Familien problematische Parentifizierungen und Trinangulierungen auf, die die Funktionalität der familiären Strukturen beeinträchtigen und das Auftreten von Essstörungen beeinflussen?
- Gibt es zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, zwischen den Generationen und zwischen Familie und den sozialen Umwelten eine ausreichend „flexible, klare Grenze“? Trägt eine „Grenzstörung“ zum Auftreten einer Essstörung bei?
- Wie wirken sich die familialen Strukturen etc. auf die Esskultur der Herkunftsfamilie und der Klientin aus?
- Traten bereits Essstörungen und andere Suchterkrankungen bei den Geschwistern und den Eltern und den Großeltern auf?
- Welchen Einfluß schreiben die Klientinnen anderen sozialen Systemen (Schule, peer groups) für das Auftreten der Essstörung zu?
- Gibt es einen systematischen Zusammenhang bei Frauen zwischen dem Auftreten von Essstörungen und dem Auftreten von Alkoholabhängigkeit?

- Welcher Zusammenhang besteht für die Klientinnen zwischen ihrem Sexualverhalten, sexueller Gewalt, familiären Strukturen und dem Auftreten einer Essstörung?

7.2 Methodik

„Die Theorie bestimmt, was wir beobachten können.“

ALBERT EINSTEIN

Die Beantwortung der Fragestellungen dieser Studie geschieht durch einen konstruktivistischen Forschungsansatz, in dem der Beobachter als Teil des Forschungsprozesses fungiert und die zu beobachtenden Personen im Kontext personenzentrierter Ansätze als Subjekte verstanden werden. Solch ein Forschungsverständnis knüpft an ein Modell an, dass Personen als „Berührungspunkte“ (HEJL 1992) sozialer Systeme versteht und welches die Eliminierung der Person aus der Theorie an den Systemtheorien Luhmannscher Prägung kritisiert. Mit Bezug auf SCHIEPEK (1997), LUDEWIG (1995) und J. KRIZ (1999) wurde daher ein personenzentrierter Ansatz¹ aufgenommen, mit dem wieder das Subjekt in den Mittelpunkt des Geschehens tritt.

Der in dieser Studie verwendete subjektorientierte qualitative Forschungsansatz soll im Folgenden näher vorgestellt werden. Zunächst werden nochmals grundsätzliche Aspekte subjektorientierter Forschung diskutiert, um dann „Säulen des qualitativen Denkens“ (nach MAYRING 1990) vorzustellen, auf denen die Auswahl des Untersuchungsplanes und der Untersuchungsverfahren der empirischen Teile dieser Studie aufbauen. Anschließend werden die "Schwachstellen" qualitativer Methoden diskutiert. Im Anschluß daran werden (im Kapitel 7.7.2) die Rahmenbedingungen der empirischen Untersuchung dargestellt, um dann (im Kapitel 7.7.3) die angewendeten Erhebungsinstrumente differenzierter vorzustellen.

¹ Siehe das Kapitel 2.4 „Die Personenzentrierte Systemtheorie“.

7.2.1 Der subjektorientierte Forschungsansatz

Im Rahmen einer subjektorientierten Forschung¹ gewinnt das Feld der qualitativen Familienforschung zunehmend an Bedeutung (SCHIEPEK 1999, HUININK 2001). Ein methodisches Verfahren innerhalb der Familienforschung ist die hier verwandte und noch zu beschreibende Methode der "Genografischen Mehrebenenanalyse" (Genogramm). Bereits in der Einführung in den methodischen Teil der empirischen Untersuchung wurden Grundzüge subjektorientierter Forschung zusammengefasst. Einzelne dieser Grundsätze sollen auf Grund ihrer Bedeutung für den Forschungsansatz dieser Studie nochmals betont und näher ausgeführt werden.

Die traditionelle Wissenschaft betrachtet den Menschen vielfach so, als ob er eine triviale Maschine oder ein Computer sei, Subjektivität wird als eine Fehlerquelle im Forschungsprozess angesehen, die möglichst ausgeschaltet werden soll, um „objektive Ergebnisse“ zu erhalten. Der Sozialwissenschaftler wird nicht als erkennendes Subjekt gesehen, der zugleich selbst Teil des Erkenntnisprozesses und des Erkenntnisobjektes ist.

Subjektorientierte Forschung ist im Gegensatz zu einer eher traditionellen empirischen Vorgehensweise dadurch gekennzeichnet, dass sie sich als Teil des Beobachtungsprozesses sieht. Hier wird Subjektivität, wenn der Mensch als Forschungsgegenstand gewählt wird, zum Objekt der Analyse. Die untersuchten Personen sind der Ausgangspunkt und das Ziel der Untersuchungen. Das Subjekt ist der Träger des Bewußtseins, seiner Inhalte, seines Denkens, Fühlens und seiner Funktionen. Es tritt den materiellen, sozialen und kulturellen Objekten gegenüber, die seine Umwelten ausmachen, die auf das Subjekt einwirken und es prägen (MAYRING 1990). Subjektivität ist durch Intersubjektivität² bestimmt;

¹ Neben der sozialkonstruktivistischen Forschung (KEUPP 1991) verstehen sich auch die fallkonstruktive Forschung (HILDENBRAND 1998), die Aktionsforschung (z.B. PAULS 1978, KAISER 1993), die Biografieforschung, die Handlungsforschung (MAY-RING 1990) und die Lebensweltanalyse (KAISER 1989, HEINZE 1992, ADAMASZEK 1996) als qualitative Forschung (siehe MAYRING 1990, BUCHHOLZ 1990, LAMNEK 1989, HEINZE 1992).

² Intersubjektivität ist gekennzeichnet durch ein Engagement, ein inneres Beteiligtsein am anderen, wobei das Interesse für den anderen kein funktionales, kein sachlich-

durch diesen Austausch verändern sich „Beforschte“ und Forscher (RITSCHER 1996). In den Sozialwissenschaften sind die Forschungsgegenstände nicht konstant, sie sind einer wiederholbaren Untersuchung nicht zugänglich (SCHÄFERS 1995). Zudem sind die „Gegenstände“ der Soziologie Prozesse, die sich einer empirischen Datenanalyse in soweit entziehen, als dass „empirische Schritte“ sie nur annäherungsweise beschreiben können.

Kritik an einem objektivistischen Wissenschaftsverständnis bedeutet nicht, dass die Ergebnisse der traditionellen Wissenschaftstheorie für die konstruktivistische Sozialwissenschaft unbrauchbar sind, sondern, dass deren Relevanz für eine Analyse der Familie und ihrer Umwelten kritisch auf ihre tatsächliche Aussagefähigkeiten hinterfragt werden muss.

Der Erkenntnisgegenstand subjektorientierter Forschung ist ein Prozess des Unterscheidens und des Bezeichnens. Aufgrund der „Konstruktion des Gegenstandes“ ist die Referenz der Beobachtung der Beobachter. Dabei können keine Beobachtungen¹ gemacht werden, ohne zu interpretieren; immer ist eine Wertung impliziert (SIMON 1995a). Die Wirklichkeitskonstruktionen des Forschers entsprechen einem Prozess „doppelter Deutung“ (GERHARDT 1991). Einerseits deuten bereits die Klientinnen in ihren Berichten ihre Lebenswelt, andererseits leistet der Interviewer als Adressat der Ereignisdarstellung eine weitere theoriegeleitete Deutung. Beide Deutungen sind als Wirklichkeitskonstruktionen gleichbedeutend. Für den Forschungsprozess ist Ihre Differenz bedeutsam.

Der in dieser Studie vertretene multiperspektivistische Ansatz subjektorientierter Forschung gründet sich auf ein Menschenbild, das nach PETZOLD (1980, S. 115) durch folgende Qualitäten gekennzeichnet ist:

"1. Dass er (der Mensch) existiert und nicht nur funktioniert, dass er ist und nicht nur hat,

objektivierendes, sondern ein zutiefst persönliches ist. Dabei sollte diese „Begegnung“ (MARTIN BUBER) nicht von Projektionen und Übertragungen behindert werden (siehe PETZOLD 1980, 1993).

¹ Eine Beobachtung führt zu einer Information, wenn die Operation des Vergleichens einen Unterschied herausfindet, dem ein Unterschied zugeordnet werden kann (SIMON 1995). Siehe hierzu das Kapitel 1.1: „Die Position des Beobachters“.

2. dass das Subjekt nicht objektiviert werden kann, ohne seinen Subjektcharakter zu verlieren. Es kann deshalb auch nicht objektiv vermittelt werden.
3. Das Subjekt kann sich nur im Hier-und-Jetzt gegenwärtig erleben, bzw. von anderen erlebt werden. Es ist deshalb eine "Gegenwärtigkeit" (une présence).
4. *Das Subjekt läßt sich nicht auf eine Summe von Komponenten zurückführen. Der Mensch ist mehr als die in seinem Körper ablaufenden neuronalen Prozesse, mehr als die Summe seiner Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen.*
5. *Das Subjekt ist einzigartig, nicht wiederholbar und nicht duplizierbar.*
6. *Das Subjekt gründet in der Leiblichkeit, es ist immer Leibsubjekt in der Zeit.*
7. *Das Subjekt ist wesensmäßig auf die anderen Menschen und die Welt bezogen."*

Wird diesem Menschenbild gefolgt, "scheitert" subjektorientierte Forschung ständig am Standard klassisch formulierter Theoriebildung und Forschung (WAHL 1982). Analysen der Praxis empirisch-analytischer Forschung zeigen, dass die Kriterien einer „Objektivität“ letztlich nicht erreicht werden können (BILITZA 1981, VON SCHLIPPE 1988, SCHIEPEK 1999, VON FOERSTER 1997). Ziel muss daher die Erarbeitung von Handlungsorientierungen und Alternativen sein. Nach HILDENBRAND (1998) folgen quantitative Studien hauptsächlich linearkausalen Denkmustern, während qualitative subjektorientierte Verfahren von einem rekonstruktiven Ansatz der Analyse sozialer Wirklichkeit geprägt sind. Sie versuchen also den Prozess als solchen zu rekonstruieren.

Im Rahmen subjektorientierter Forschung erfolgt die Auswahl des Forschungsgegenstandes im Forschungsprozess in einer konkreten Auseinandersetzung zwischen Wissenschaftler und beteiligten Subjekten. Die neutrale Distanz zum Forschungsgegenstand wird zugunsten einer reflexiven Beziehung, die sich in Stellungnahme und Einflußnahme äußert, aufgehoben. Die Forschungssubjekte haben eine andere Rolle als die "Versuchspersonen" in der experimentellen Forschung, sie partizipieren an der Forschung. Praktische Veränderung im Feld steht als Ziel gleichrangig neben der Produktion von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Beim Forschungsprozess ist eine Einheit von Forschen und Handeln anzustreben. Nicht über den Menschen soll geforscht werden, sondern für den

Menschen, bzw. mit ihm. Diesem Forschungsprojekt stellt sich somit die Aufgabe, die Interessen des Forschers und der Klientin möglichst in Einklang¹ zu bringen, damit auch die Klientin von der Durchführung der Untersuchung profitiert.

Die subjektorientierten Forschungsmethoden sind Medien der Verständigung und nicht Distanzierungsmechanismen, wobei die Forschungsdaten im Rahmen des Veränderungsprozesses der Klientinnen zu erheben und zu interpretieren sind. Auf die "Objektivität" empirisch-analytischer Forschung wird zugunsten von Kriterien diskursiver Verständigung verzichtet (BILITZA 1981). Die Verallgemeinerung der Ergebnisse tritt nicht automatisch durch bestimmte Verfahren ein, sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden. Im Rahmen dieses qualitativen Forschungsprozesses ist es durchaus sinnvoll qualitative Forschung zu quantifizieren (MAYRING 1990), d.h. qualitative und quantitative Verfahren² im Sinne der Forschungsabläufe zu kombinieren. Eine Quantifizierung ist ein wichtiger Schritt zur punktuellen Absicherung und Verallgemeinerung von Forschungsergebnissen. Eine Beschränkung auf Bereiche, die durch „zulässige“ Fragen und Vorgehensweisen vorab definiert sind, ist in einer subjektorientierten Studie ebenfalls nicht möglich (siehe HILDENBRAND 1998, MAYRING 1990).

Eine Grundlage des Ablaufes des Forschungsprozesses dieser Studie bilden die „Säulen des qualitativen Denkens“ nach MAYRING (1990), auf denen die Auswahl des Untersuchungsplanes und der Untersuchungsverfahren aufbaut:

¹ Dies beinhaltet, dass die Klientin erfährt, was mit den Daten geschieht, wozu sie aufgenommen werden, dass alle Fragebogenergebnisse erörtert werden und das Genogramm gemeinsam erstellt wird.

² Auch HURRELMANN u. ULICH (1991) empfehlen die Kombination von quantifizierenden und qualifizierenden Auswertungsverfahren.

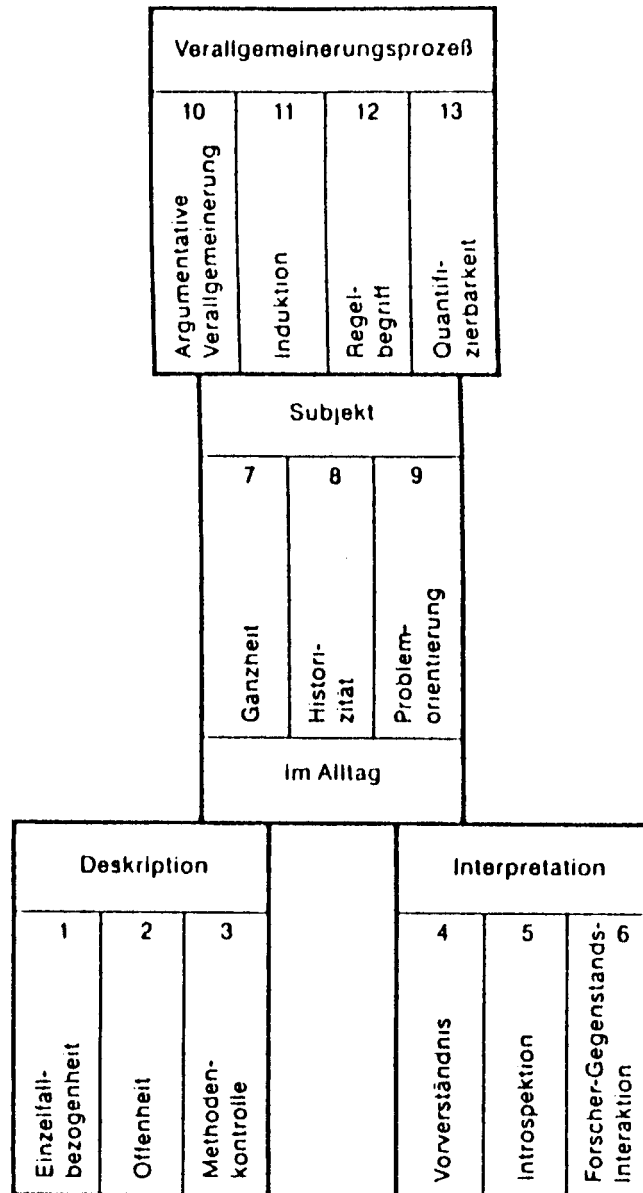


Abb. Nr. 14: „Säulen des qualitativen Denkens“ (MAYRING 1990, S. 14)

Diese dreizehn Säulen gründen auf fünf Postulaten des qualitativen Denkens:

- A. Das Postulat der Orientierung am Subjekt wird durch drei qualitative Richtlinien spezifiziert.
1. Die Ganzheit des Subjekts soll berücksichtigt werden.
 2. Das Objekt soll in seiner Gewordenheit (Historizität) gesehen werden.
 3. Es soll immer an den konkreten praktischen Problemen des Subjektes (Problemorientierung) angesetzt werden.
- B. Das Postulat der sorgfältigen Deskription umfasst drei methodische Grundsätze:
1. Die genaue Beschreibung des Einzelfalls.

2. Der Forschungsprozess muss dem Gegenstand gegenüber so offen gehalten werden, dass Neufassung, Ergänzung und Revision der theoretischen Strukturierung und der Methoden bei Erfordernis möglich sind.
3. Der Forschungsprozess muss trotz seiner Offenheit methodisch kontrolliert werden. Die einzelnen Erfahrungsabschnitte müssen explizit dokumentiert werden und nach begründeten Regeln ablaufen (Methodenkontrolle).
- C. Das Postulat der Interpretation beinhaltet, dass vorurteilsfreie Forschung nie möglich ist. Das Vorverständnis ist bezüglich des Forschungsgegenstandes darzustellen. Bei der Analyse werden introspektive Daten, also Daten der inneren Wahrnehmung, als Informationsquelle zugelassen. Sie müssen als solche ausgewiesen, begründet und überprüft werden.
- D. Dem Postulat der Verallgemeinerung der Ergebnisse zufolge muss argumentativ abgesichert und begründet werden, welche Ergebnisse auf welche Situationen, Bereiche und Zeiten hin generalisiert werden können. In diesem Prozess spielen induktive Verfahren eine zentrale Rolle. In qualitativen Ansätzen ist eine Quantifizierung sinnvoll.

MAYRING (1990) unterscheidet zwischen Untersuchungsplan und konkreten Untersuchungsverfahren (die Methoden der Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenauswertung). Nach seiner Systematik der Untersuchungspläne handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um Einzelfallanalysen¹, deren Gegenstand jeweils das komplexe Sozialsystem der Familie ist. Die Erhebung der Daten erfolgt mit der Methode des problemzentrierten Interviews, bzw. der Genografischen Mehrebenenanalyse durch selektive Protokolle und der Konstruktion deskriptiver Systeme (MAYRING 1990). Die Auswertung erfolgt mit Hilfe gegenstandsbezogener Theoriebildung. Diese Vorgehensweise soll im Folgenden genauer erläutert werden.

¹ In der Einzelfallanalyse soll, so MAYRING (1990), die Komplexität des ganzen Falls, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person im historischen und lebensgeschichtlichen Hintergrund gesehen werden. Geringe Fallzahlen bieten die Möglichkeit einer genaueren Analyse.

Bei dem Verfahren der Genografischen Mehrebenenanalyse¹ handelt es sich um eine Form der offenen halbstrukturierten Befragung. Der Interviewer lässt die Befragte möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahezu-kommen. Er ist auf eine bestimmte, festgelegte Problemstellung, auf die er immer wieder zurückkommt, zentriert. Bei der Befragung wird überprüft, ob die Fragen verstanden worden sind. Im Gespräch werden bestimmte Aspekte bearbeitet, die in einem Interviewleitfaden (Manual) zusammengestellt worden sind. Die Befragte kann subjektive Deutungen offenlegen und Zusammenhänge herstellen. Die Teilstandardisierung durch den Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit der Interviews. Die Gespräche können so leichter ausgewertet werden.

Methodisch muss zunächst der Forschungsgegenstand genau definiert werden, der durch das deskriptive Kategoriensystem modelliert werden soll. Es wird theoriegeleitet festgestellt, in welcher Hinsicht geordnet werden soll. Ein Probelauf erfolgt mit mehreren Genogrammen, die Angemessenheit dieser Probelaufe wird diskutiert und erneut eine theoriegeleitete Dimensionsbildung und Kategoriebildung erstellt. Bei der Auswertung sind Datenfindung und -auswertung aufeinander bezogen (MAYRING 1990).

Die Aufbereitung der Daten der Genografischen Mehrebenenanalyse erfolgt mit Hilfe eines zusammenfassenden selektiven Protokolls². Diese Zusammenfassungen müssen kontrolliert erfolgen. Da bei vielen Gesprächen Themen von den Klientinnen angesprochen werden, die nicht direkt mit dem Genogramm zu tun haben, ist immer wieder das Gespräch auf die „Forschungsthemen“ zurückzuführen. Um den Forschungsprozess zu erleichtern sind genaue Auswahlkriterien festgelegt und definiert worden. Mit Hilfe der Konstruktion solcher deskriptiver Systeme wird das Material zu Kategoriensystemen zusammengestellt. Die Kategorien³ sind theoriegeleitet und werden auf das konkrete empirische Material bezogen. Mit steigenden Fallzahlen erweitert sich der Materialumfang, einzelne Bedeutungseinheiten werden hergestellt, erneut zusammengestellt und das

¹ Diese Methode wird im Weiteren näher beschrieben. In der Literatur wird diese Methodik auch als Genogrammarbeit bezeichnet.

² MAYRING (1990) nennt diese Technik qualitative Inhaltsanalyse.

³ Diese Kategorien sind im dritten Kapitel "Die Familie als soziales System" vorgestellt worden.

Ausgangsmaterial auf seine Tauglichkeit hin überprüft. Hier gilt es, zunächst das Allgemeinheitsniveau des Inhalts zu vereinheitlichen und dann schrittweise höher zu setzen.

Bei der Auswertung des Materials stellt sich die Frage, wie das Material übersichtlich gegliedert werden kann, ohne dass dadurch die Komplexität und der Sinn verloren geht. Durch die Zentrierung auf die gesamte Person und ihre Lebensumstände erhalten wir viel Material. Hier fordert der „Gestaltschließungszwang“ (METZGER 1986), *„dass die zu einer Stegreiferzählung gehörenden kognitiven Figuren (Ereignisträger, Ereigniskette, Situation, Erzählperspektive, Thema und Moral der Geschichte) im Erzählvorgang nicht nur begonnen, sondern vollständig dargestellt werden; während der Detaillierungszwang den Erzähler veranlaßt, an den Stellen potentiell mangelnder Plausibilität, an denen er befürchten muss, dass der Zuhörer den Übergang von einem Ereignis zum nächsten nicht mehr nachvollziehen kann, den Detaillierungsgrad seiner Darstellung zu erhöhen. Durch den Kondensierungszwang schließlich fühlt sich der Erzähler gehalten, nur zu berichten, was ihm im Rahmen der nachgefragten Thematik an Handlungsabläufen und Orientierungen relevant erscheint.“* (HELAS und REIM 1988, S. 270f.) Es werden auch solche Gedanken, Gefühle und Handlungen beurteilt, die in keine von vornherein festgelegte Kategorie passen (siehe PAULS 1978).

Qualitative Methoden enthalten, wie andere Methoden auch, Probleme und Schwachstellen, die immer auch zu Einschränkungen in der Zuverlässigkeit bei der Interpretation der Daten führen. An dieser Stelle soll auf erste Beschränkungen hingewiesen werden; bei der Beschreibung der Forschungsmethode der Genografischen Mehrebenenanalyse werde ich auf weitere Einschränkungen eingehen:¹:

- Für eine vorsichtige Interpretation spricht die Begrenztheit unserer Sprache. Mit unserer Sprache können wir Systeme nur begrenzt darstellen, da wir nicht

¹ Im Kapitel (7.3.2): „Die Güteprüfung der qualitativen Forschungsinstrumente“ gehe ich detaillierter auf Schwachstellen bei der Anwendung der hier angewandten Methode, der genografischen Mehrebenenanalyse, ein

"gleichzeitig" verschiedene Aspekte beschreiben, sondern nur einzelne Kausalitäten verbinden können.

- Die Beobachtung von Familien ist eine Beobachtung von „Kulturen“ (SIMON 1995a). Daher muss jede einzelne Familie als eigenständige Kultur, als eigenständiger und unverwechselbarer Kontext, als ein aus sich selbst heraus erklärbares System untersucht werden. Wir sind daher nicht in der Lage vollständig die Sprache einer "fremden" Familie zu „verstehen“ (z.B. durch schichtspezifische Unterschiede der Lebenssituation von Forscher und Klientin), denn auch wenn sie ähnlich klingt wie die Sprache, die der Forscher selbst oder seine Familie sprechen, so weiß er doch nur wenig von all den unausgesprochenen Bedeutungen der familienspezifischen Funktionen, die jedes Wort begleiten und jeder Geste ihren Sinn verleihen (vgl. SIMON 1991).
- Bei der Auswertung muss darauf geachtet werden, die Funktionen der Symptome für die familiäre Interaktion von der Funktion der familiären Interaktionsregeln für die Symptombildung zu unterscheiden (SIMON 1995a).
- Aufgrund der Komplexität von Systemen sind wir zum einem gezwungen, Sachverhalte zu reduzieren und zu vereinfachen, d.h. Modelle bilden, zum anderen müssen wir uns vor Totalitätsansprüchen hüten; Familien sind nicht in allen Aspekten zu erfassen.
- Ein weiteres Problem qualitativer Forschung besteht in der Gefahr der Überidentifikation mit dem Forschungsfeld. Das introspektive Konzept lässt sich ohne Distanz zum Forschungsfeld nicht realisieren. Der Forscher muss sich zeitweise aus der Untersuchung zurückziehen und eine introspektive Selbstreflexion durchführen. Eine Identifikation mit den Klientinnen soll jedoch möglich sein (LEITHÄUSER und VOLMERS 1988).

Um die Vielfältigkeit der Perspektiven und Gesichtspunkte einer Familie zu untersuchen, benötigt der Forscher "Abstraktionsmedien zur Ordnungsgewinnung" (BUCHOLZ 1990). Diese unterschiedlichen Perspektiven und Konzepte sind im Bewußtsein des Forschers zu integrieren (HOSEMANN 1992), wobei es sich immer, dies ist nochmals festzuhalten, um Konstruktionen eines Beobachters handelt. Um Familien vergleichen zu können, sind zunächst die wesentlichen Charakteristika einer Familie zu beurteilen und zu objektivieren. In einem weiteren Schritt wird versucht, auf der Metaebene einen Vergleich zwischen den

organisatorischen Mustern dieser unterschiedlichen familiären Kulturen, Kontexten und Systemen vorzunehmen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede idealtypisch herauszuarbeiten. Auf diese Weise kann versucht werden, pathogene Muster zu spezifizieren (SIMON 1995a).

Empirische Forschungsergebnisse sind Interpretationen einer "doppelten Deutung" (GERHARD 1991). Sie sind Versuche, die Zusammenhänge eines Problemfeldes einer festumschriebenen Population in einer bestimmten Situation zu beschreiben. Subjektorientierte Forschung hat hierbei zum einen an die Erkenntnisse neuerer Systemtheorien anzuknüpfen, in denen der Mensch in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt wird und zum anderen ist ein Leibkonzept einzubeziehen, wie es hier mit Hinweis auf PETZOLD (1993) vorgestellt wurde¹. Trotz der vorhandenen methodischen „Schwachstellen“ konstruktivistischer Forschung machen die Beschreibung eines Familiensystems und die Entwicklung von Fragen, die an eine Familie gestellt werden, "Sinn". Die methodischen Probleme machen aber auch offensichtlich, dass eine subjektorientierte Vorgehensweise gegenüber quantitativen Verfahren ein wesentlich umfassenderes und differenzierteres Bild einer Familie und ihrer Geschichte vermittelt.

7.2.2 Die Beschreibung der Stichprobe und der Rahmenbedingungen

Im Folgenden schildere ich die Rahmenbedingungen dieser Studie. Diese Darstellung soll ermöglichen, die Gütekriterien, die an empirische Studien zu stellen sind, an diesen Bedingungen zu messen.

Die Untersuchung fand in der Beratungs- und Behandlungsstelle für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen des Diakonischen Werkes in Oldenburg statt. Diese Einrichtung bietet Suchtgefährdeten und Suchtkranken Beratung, Behandlung und die Vermittlung in eine stationäre Therapie an. Prävention und Nachsorge gehören ebenfalls zum Aufgabenbereich. Mitglieder des Teams sind Pädagogen, Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen und Verwaltungsfachkräfte. Begleitet wurde die Forschung in der Behandlungsstelle in wöchentlichen Super-

¹ Siehe das Kapitel 2.6: "Der Leib als ein soziales Phänomen."

visionssitzungen des Teams mit Herrn Prof. Dr. ALEX SCHAUB (Hochschullehrer, Psychoanalytiker und Familientherapeut) und HERMANN SCHWALL (Supervisor u. Familientherapeut).

Die Untersuchung wurde mit 74 Klientinnen (26 Bulimieklientinnen, 16 Anorektikerinnen und 32 Klientinnen mit Multiplen Süchten) durchgeführt. Die Gruppe der Frauen mit Multiplen Süchten bildet die größte Untersuchungsgruppe. Die Daten der Anorexie-, der Bulimieklientinnen und zehn der Klientinnen mit Multiplen Süchten stammen aus einer empirischen Untersuchung aus dem Jahre 1994, die hier nun neu und unter einem konstruktivistischen Blickwinkel ausgewertet werden. Diese Datenerhebung wurde 1999/2000 durch die Angaben von 22 Klientinnen der Untersuchungsteilgruppe „Frauen mit Multiplen Süchten“ ergänzt.

Ein Drittel der weiblichen Klientinnen der Suchtberatungsstelle nahm während des Untersuchungszeitraumes den Kontakt zur Beratungsstelle aufgrund eines Eßproblems auf. In der Regel nahmen die erwachsenen Klientinnen mit Essstörungen eigenständig Kontakt mit der Beratungsstelle auf, bei einzelnen, jüngeren Klientinnen nahm die Mutter den Kontakt auf. Oftmals wurde die Beratungsstelle erst nach mehrmaliger Empfehlung verschiedenster Personen und Institutionen von den Klientinnen aufgesucht. Die Kontaktaufnahme erfolgte in der Regel auf Anraten von Angehörigen, Ärzten, anderen Beratungsstellen, Krankenhäusern, Selbsthilfegruppen u.a. Institutionen¹. Die Frauen mit Essstörungen kamen fast alle ohne eine offizielle Auflage (Arbeitsamt, Gericht, Rententräger etc.).

Die Klientinnen erhielten innerhalb einer Woche einen Beratungstermin. Für eine ambulante Behandlung bestanden Wartezeiten von drei Wochen bis zu drei Monaten. Die Entscheidung, bei welchem Mitarbeiter, bzw. Mitarbeiterin die Ratsuchenden einen Termin erhielten, erfolgte durch eine Warteliste. Von den Verwaltungsangestellten wurde der nächste freie Platz bei den Mitarbeitern vergeben, die die Therapiegespräche führten. In den ersten Gesprächen wurde die Anamnese erhoben und die Therapieziele und -planung abgesprochen. In den

¹ Auf Grund der vielfältigen Überweisungsmöglichkeiten und der mehrfachen Empfehlungen ist eine numerische Auszählung der Zuweisung nicht sinnvoll.

meisten Fällen führten wir eine Einzeltherapie durch und ergänzten die Therapie mit Gruppen- und/oder Paargesprächen. Die Gruppengespräche fanden in einer "gemischten Gruppe" statt, d. h., dass in der Regel die Frauen Essprobleme hatten und die Männer Alkoholprobleme. Diese Gruppe wurde von einer Kollegin und mir geleitet. Die GruppenteilnehmerInnen verpflichteten sich zu einer regelmäßigen Gruppenteilnahme über ca. ein Jahr. Der Zugang zu der Gruppe war vierteljährlich möglich. Die Gruppe bestand bei Therapiebeginn aus ca. zwölf Mitgliedern, in der Regel beendeten drei bis vier KlientenInnen aus unterschiedlichen Gründen die Therapie vorzeitig¹. Mit ca. der Hälfte der Klientinnen, die in einer Partnerschaft lebten, führten wir begleitende Paargespräche. In einzelnen Fällen waren dies einzelne Gespräche, in anderen Fällen führten wir eine längere Paartherapie (ein bis zwei Jahre, mit ca. vierzehntägigem bis vierwöchigem Abstand zwischen den Gesprächen) durch. Mit den jüngeren Klientinnen (bis ca. 21 Jahren), die noch im Elternhaus wohnten, führten wir schwerpunktmäßig Familiengespräche. Die Dauer der Therapien war sehr unterschiedlich (von ca. acht Wochen bis zu vier Jahren), im Mittel betrug die Therapiedauer zwei Jahre.

Die Auswahl der Teilnehmerinnen wurde durch die Regelung der Zuständigkeiten für die Behandlung von Essstörungen in Oldenburg beeinflusst. Betreut werden Klientinnen mit Essstörungen in der Stadt Oldenburg neben der Suchtberatungsstelle von einer Beratungsstelle für Ehe- und Lebensfragen, einem Frauentherapiezentrum und jüngere Betroffene von der Kinderklinik. Ergänzende Informations- und Betreuungsangebote bieten die Volkshochschule, die ev. Familienbildungsstätte, sowie eine Selbsthilfegruppe (Overeater Anonymus) an². Die Zusammensetzung des Klientels wurde weiterhin beeinflusst durch das Vorhandensein der Universität in Oldenburg mit damals ca. 14.000 Studenten/Innen und

¹ Da die Daten für die empirische Untersuchung in den ersten Kontakten erhoben wurden, kam es zu keinen Ausfällen, d.h. mit allen 74 Klientinnen konnten die erforderlichen Daten erhoben werden.

² Inwieweit sich die Klientel unserer Beratungsstelle von dem Klientel dieser Institutionen unterschied, ist nicht bekannt; da hierüber keine Daten vorliegen. Es kann jedoch vermutet werden, dass der Anteil von Klientinnen mit begleitenden stoffgebundenen Süchten in unserer Suchtberatungsstelle größer ist, als in anderen Institutionen, da unsere Beratungsstelle offiziell für Suchtkranke zuständig ist.

durch wenige in der Region ansässige Industriebetriebe. Es kann daher von einem höheren Anteil von Studentinnen und einem geringeren Anteil von Arbeiterinnen bei den Teilnehmerinnen dieser Studie ausgegangen werden. Eine Einschränkung der Auswahl der Teilnehmerinnen war in Einzelfällen dadurch gegeben, dass einzelne Klientinnen nicht bereit waren, ein Erstgespräch mit einem Mann zu führen¹.

7.3 Die Erhebungsinstrumente

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit den angewandten Erhebungsinstrumenten, zunächst wird das qualitative Erhebungsverfahren vorgestellt.

7.3.1 Die Genografische Mehrebenenanalyse

Die systematische Analyse der sozialen Beziehungen und der Familienstrukturen mehrerer Generationen mit der Methode der Genografischen Mehrebenenanalyse bietet eine Reihe von noch zu erläuternden Vorteilen gegenüber anderen sozialwissenschaftlichen Verfahren. Um die Einbeziehung der Meso- und Makro-Ebene² neben der Mikro-Ebene der Familie zu betonen, bezeichnet KAISER (1984, 1989, 1993) diesen methodischen Zugang als "Genografische Mehrebenenanalyse". In der Literatur wird dieses Verfahren auch als Genogramarbeit bezeichnet³. Die Genogramarbeit wurde zunächst als Repräsentationsform entwickelt, um Systeminformationen im Rahmen familientherapeutischer Arbeit und in der Darstellung in biografischen Werken (siehe McGOLDRICK u. GERSON

¹ Die Klientinnen hatten grundsätzlich die Möglichkeit, zwischen einem männlichen und einer weiblichen Therapeutin zu wählen. Nur drei Klientinnen entschieden sich nach dem Erstgespräch die Therapie mit einer weiblichen Therapeutin durchzuführen. Diese Klientinnen nahmen nicht an der Untersuchung teil.

² Mit dem Begriff der Meso-Ebene werden Einflüsse naher Institutionen wie Schule, Freizeitgruppe u.a. bezeichnet. Diese Ebene steht in Verbindung mit der Makro-Ebene, auf der Normen, Werte, Gesetzmäßigkeiten, Vorstellungen und handlungsleitende Ideologien gebildet werden.

³ Da der Begriff Genogramm den gleichen Sachverhalt wie die Bezeichnung Genografische Mehrebenenanalyse bezeichnet, werden in dieser Arbeit beide Begriffe verwendet.

1990) zu vermitteln, bevor sie als Forschungsmethode in der Familienforschung und den Sozialwissenschaften Anwendung fand¹.

Die Genografische Mehrebenenanalyse integriert System-, Situations- und genografische Analysen zu einer umfassenden Analyse der Komplexität von Symptomen, die für Gesundheit und Krankheit in Vergangenheit und Gegenwart relevant waren und sind (SPERLING u.a. 1988, KAISER 1989). Sie bietet die Möglichkeit, komplexe Sachverhalte und Interaktionen in Familien (und Netzwerken) in relativ kurzer Zeit differenziert und übersichtlich darzustellen. Mit dieser Methode werden in einer grafischen Form Informationen über mindestens drei Familiengenerationen erhoben. Auf der vertikalen Ebene werden die Strukturen über die einzelnen Generationen abgebildet; dies ermöglicht, wiederkehrende familiäre Muster, Traditionen und familiäre Strukturen zu untersuchen. Auf der horizontalen Ebene² werden die Beziehungen der Familienmitglieder dargestellt. Die Analyse dieser Beziehungen kann auch die sozialen Umwelten der Klientin, bzw. der Familie einschließen.

Mit Hilfe der Genografischen Mehrebenenanalyse können die Hintergründe einer Situation, eines Symptoms oder eines anderen Familiengeschehens historisch ergründet werden³. Familienereignisse können mit individuellen Schicksalsschlägen und zugleich mit gesellschaftlichen Entwicklungen, wie z.B. Arbeitslosigkeit, Krieg, Vertreibung u.a. in Verbindung gesetzt werden. Die historische Kontinuität von Generation zu Generation kann ebenso erfasst werden, wie mögliche Wirkungen der Familienbiografie auf das einzelne Familienmitglied. Das System Familie wird im Rahmen dieser Analyse in seinen Bezügen zu seinen Umwelten (Nachbarschaft, Schule etc.) und Systemen der Makroebene (Gemeinde, politische und rechtliche Verhältnisse usw.) analysiert. Die so gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen die Bildung von Hypothesen über Vergangenheit, Gegenwart

¹ Siehe SCHIEPEK (1999), HILDENBRAND (1998), KAUFMANN (1990), VON SCHLIPPE u. SCHWEITZER (1997), HEINL (1987/1988), VON SCHLIPPE (1987), KAISER (1989), SATIR (1988), NERIN (1989), STIERLIN (1978), HOFFMANN (1984), G. REICH (1987), SPERLING u.a. (1988), MC. GOLDRICK u. GERSON (1990), ADAMASZEK (1996), WELTER-ENDERLIN (1999).

² Hier ähnelt das Genogramm der Methode des Soziogramms.

³ Die Kriterien der Beurteilung familiärer Beziehungen und Strukturen wurden bereits im dritten Kapitel "Die Familie als soziales System" vorgestellt.

und für die Zukunft der Klientinnen und ihrer Familien. Das „*intersubjektive Sinn-geschehen*“ (ADAMASZEK 1996, S. 282) und die diskontinuierlichen Strukturen werden mittels des Genogramms ordnend erfasst.

Mit Hilfe des Genogramms können die jeweils historisch gewachsenen sozialen, personalen, ökonomischen und politischen Bedingungskonstellationen, innerhalb derer sich Einschränkungen und Entfaltungen individueller Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, analysiert werden. Die Genogrammarbeit stellt einen Zusammenhang zwischen der aktuellen Familiensituation und den Nachwirkungen verdrängter¹ Schicksale der Eltern und Großeltern her. Der Kalender wird zum Sprechen gebracht, resümieren McGOLDRICK u. GERSON (1990). Diese Perspektive gestattet es zudem, die „soziale Realitätskonstruktion“ (KAISER 1993) selbst in die Analyse einzubeziehen.

Jede Analyse eines Genogramms zeigt im Prozess der Analyse eine Struktur, ein Muster, eine Gestalt, die häufig mehrfach reproduziert und transformiert wird. *„Gegenstand der Fallkonstruktion ist die Herausarbeitung dieser den spezifischen Fall kennzeichnenden Struktur in ihrer Reproduktions- und Transformationsgesetzlichkeit. Mit dieser Fallstruktur wird die regelhaft-habituelle Weise, die Welt zu deuten und handelnd in sie einzugreifen, kurz: als sinnhafte zu konstruieren, verstanden, und zum Ausgangspunkt für die Reflexion von neuen Handlungsoptionen verstanden.“* (HILDENBRAND 1998, S. 117) Ziel einer solchen Analyse ist eine Strukturgeneralisierung im Dienste der Konstruktion von theoretischen Ansätzen. Dabei werden die Interpretationen ständig überprüft.

Um die Genogrammarbeit zu konkretisieren, soll zunächst die praktische Durchführung der Analyse beschrieben werden, bevor einige Aspekte näher erörtert werden.

Vor der eigentlichen Durchführung der Genogrammarbeit ist mit der Klientin² der „Sinn“ der Untersuchung und der verwandten Methode zu besprechen, um den

¹ Die Einbeziehung solcher Denkkategorien stellt eine Brücke zu psychoanalytischen Ansätzen her.

² Bei Paar- und Familientherapien bietet sich diese Methode ebenfalls an.

Postulaten einer subjektorientierten Forschung zu entsprechen. Die Klientinnen erhalten, um das Genogramm anfertigen zu können, ein Blatt im Format DIN A1 und eine Reihe von verschiedenen Stiften zur Auswahl. Das Genogramm wird von den Klientinnen (in meiner Anwesenheit) in der dritten bis sechsten Therapiestunde erstellt, d.h. „gezeichnet“ und beschriftet. (Die Namen, Geburts- und Todeszahlen, Datum der Eheschließung und -scheidung und eventuelle besondere Kennzeichen werden eingetragen.) Als Vorgabe wird den Klientinnen mitgeteilt, dass die gesamte Familie auf das eine Blatt zu "zeichnen" ist und sie möglichst die Frauen mit einem Kreis und die Männer mit einem Quadrat¹ darstellen möchten. Um die Art der Beziehungsgestaltung zu symbolisieren sollen die Familienmitglieder durch Verbindungslinien miteinander verbunden werden. Einzelnen Klientinnen war diese Anleitung zu allgemein und zu verunsichernd, so dass ich z.B. empfahl, mit der Darstellung der Eltern zu beginnen.

¹ Frauen mit einem Kreis und Männer als Quadrat darzustellen entspricht den in der Genogrammarbeit gebräuchlichen Symbolen.

In der Regel werden in der Literatur für die Zeichnung des Genogramms¹ die folgenden Symbole² verwendet:

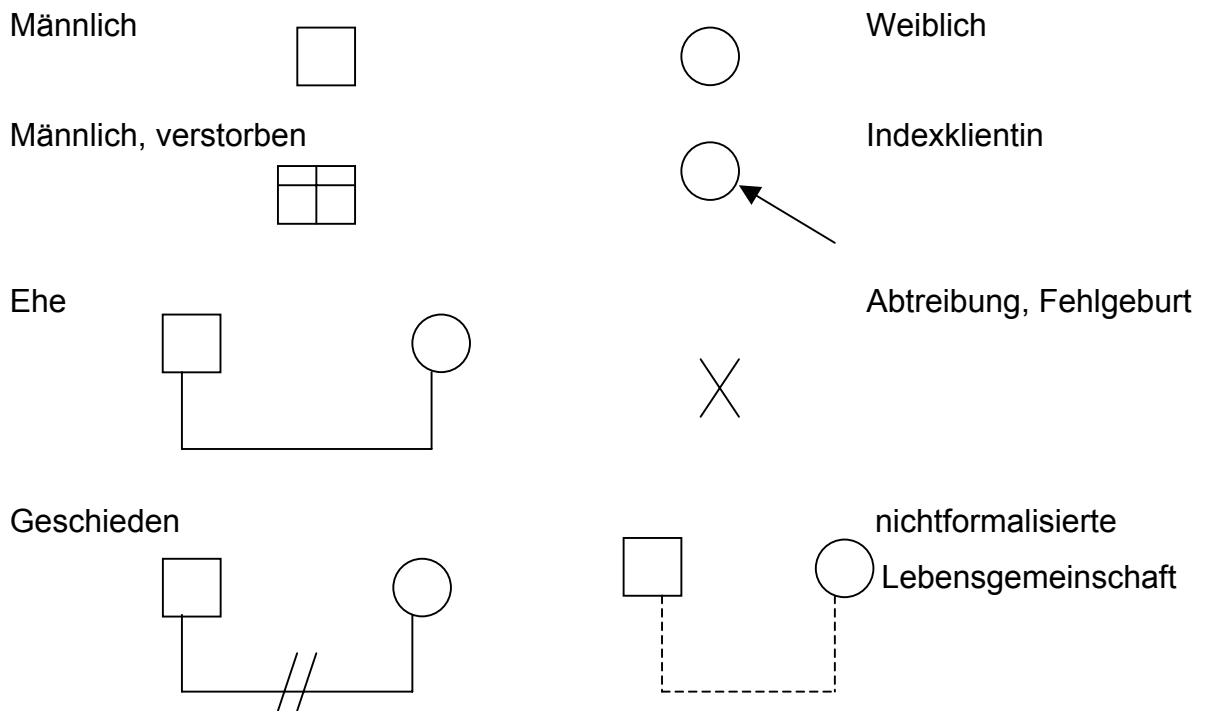


Abb. Nr. 15: Symbolsprache des Genogramms

Die Probandin erläutert während, bzw. nach dem Zeichnen, um welche Personen es sich handelt und "zeichnet" deren Beziehungen zueinander ein. Im Anschluß werden die Familienmitglieder mit einigen Attributen beschrieben und über deren Erlebnisse, Krisen und Krankheiten berichtet. Wichtige Daten wie Scheidungen, Berufe, Wohnungswechsel, Feindschaften, Sterbefälle, Krankheiten, Konflikte u.a. können schnell eingetragen und damit transparent gemacht werden.

Nachdem die grafischen Symbole der einzelnen Personen aufgezeichnet sind, wird die Bedeutung der familiären Mythen, Koalitionen, Delegationen und Hierarchien analysiert, um Hypothesen über mögliche mehrgenerationale Wiederholungen zu bilden. Der Fokus liegt zudem auf der Exploration der familiären Be-

¹ Im Anhang stelle ich die Genogramme einzelner Klientinnen vor.

² Die Klientinnen „erfanden“ oftmals für ihre Zeichnungen andere Symbole (siehe das Kapitel 10.2: „Die visuelle Analyse der Genogramme“). Solche Kombinationen mit verschiedenen Beziehungssymbolen stellen McGOLDRICK u. GERSON (1990) vor.

ziehungen mit ihren Tabus, Koalitionen, Ängsten, Feindschaften usw. Dabei werden die Familie und ihre Umwelten in ihrem räumlich-zeitlichen Kontinuum betrachtet.

Die Genografische Mehrebenenanalyse, die sich der zeichnerischen Genogrammerstellung anschließt, umfasst immer wieder Schritte der Synthese, um die Zusammenhänge zwischen den vielen Informationen zu strukturieren und Zusammenhänge zwischen den Generationen zu erarbeiten (SOMMER 1989). Während der Analyse erhalten die Klientinnen die Möglichkeit ausführlich und detailliert über ihre Familie zu berichten. Bei der Erstellung des Genogramms wird den Widerständen und Ängsten der Klientin Rechnung getragen. Die Transparenz der Vorgehensweise wirkt in der Regel angstabbauend, auch introvertierte und ängstliche Klientinnen beteiligen sich aktiv.

Bei der Erstellung des Genogramms werden zunächst sehr viele Informationen aufgenommen; im Laufe des Gesprächs ergibt sich eine Reduktion und Fokussierung auf bestimmte Fragestellungen. Die anfänglichen umfangreichen Informationen sind notwendig, um die verschiedenen Ebenen der Probleme berücksichtigen zu können. Da einzelne Klienten durch die enorme Datenfülle und die Interpretationsmöglichkeiten verwirrt werden, ist in solchen Fällen eine Reduzierung der Themen sinnvoll.

Da die Genografische Mehrebenenanalyse als sozialwissenschaftliches Verfahren im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt wird, erhalten die Klientinnen gleichzeitig bedeutsame Informationen für ihr Leben und die Behandlung der Essstörungen und der Multiplen Süchte. Die Klientinnen werden gleichzeitig spielerisch in systemisches Denken eingeführt (HILDENBRAND 1998, KAISER 1989). Den Klientinnen wird bei diesem Prozess ermöglicht, die aktuelle Situation, eigene Verhaltensweisen und die der Angehörigen als eine gemeinsame Geschichte aus einer neuen Perspektive zu sehen und sich als Teil einer Familiengeschichte zu begreifen. Die Informationen enthalten Hinweise auf

"brisante Themen"¹, ohne dass diese bereits auf "tieferer Ebene" erörtert werden müssen. Dem Forscher und Therapeuten² bieten sich verschiedene Möglichkeiten mit diesen Informationen umzugehen. Geht er auf die Inhalte vertiefend ein, wirkt dies erlebnisaktivierend. Durch die Fokussierung auf andere Familienmitglieder, statt auf die eigene Person, kann ein Entlastungseffekt³ erzielt werden, der verstärkt wird, wenn die komplexen Kontextbedingungen der Problembereiche deutlich werden. Die Erhebung der Daten während der Genografischen Mehrebenenanalyse und die Therapiegespräche können sich gegenseitig befruchten und ergänzen. Einerseits kann in späteren Therapiegesprächen auf die während der Genografischen Mehrebenenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zurückgegriffen werden, andererseits können Aussagen der Klientinnen im Therapieprozess die Genografische Mehrebenenanalyse ergänzen.

Ein weiterer Aspekt dieser Verfahrensweise ist für die Analyse der Genogramme ebenfalls relevant. Durch eine nicht nur sprachliche Darstellung können viele an Sprache gebundene Phänomene der Intellektualisierung und Rationalisierung "unterlaufen" werden. Aufschluß gibt häufig die Art, "wie" gezeichnet⁴ wird, z. B. kann es aufschlußreich sein, dass die Mutter in einem Genogramm dreimal größer als alle anderen Personen gezeichnet wird. Die Genografische Mehrebenenanalyse bietet so die Möglichkeit, vielfältige Informationen über familiäre Beziehungen und Strukturen effektiv und plastisch zu erheben.

¹ Um "brisante" Themenbereiche anzusprechen ist ein Vertrauensverhältnis und eine sensible Kommunikation zwischen Therapeut/Forscher und Klientin, bzw. der Familie notwendig.

² Bei der Erstellung von Genogrammen, die mit der gesamten Familie angefertigt werden, sind die familiären Geheimnisse oder Tabus besonders zu berücksichtigen, um da, wo es aus therapeutischer Sicht notwendig ist, die Familie zu schützen und um nicht zusätzliche Widerstände gegen die Therapie zu "erzeugen".

³ Die meisten der Klientinnen erhielten die von mir zusammengefasste Niederschrift des eigenen Genogramms. Dieses Vorgehen ermöglicht Korrekturen seitens der Probandinnen und hilft ihnen bei der kognitiven Verarbeitung. Bei mehreren Klientinnen lag die Annahme nahe, dass die eher „nüchterne und wissenschaftliche“ Sprache der Niederschrift des Genogramms „Widerstände“ und Unverständnis hervorrufen könne; ich habe dann eine Aushändigung der Niederschrift nicht angeboten.

⁴ Die visuelle Analyse des Genogramms wird im Anhang (Kap. 10.2) beschrieben.

Zum Abschluß dieses Kapitels sollen weitere Vorteile, bzw. Möglichkeiten, die die Anwendung dieser Methode bietet, summarisch zusammengefasst werden¹:

- Die Genogrammarbeit gibt Hinweise auf die Auswirkungen von sozialen, ökonomischen, politischen Ereignissen auf die Familienbeziehungen und –strukturen.
- Es ist davon auszugehen, dass kritische Ereignisse und Lebensphasen der Familie Auswirkungen auf die Emotionen der Familienmitglieder und deren Lebensgeschichte haben. Dies trifft im besonderen Maße auf größere Verluste, wie Todesfälle oder Scheidungen, zu. Mit Hilfe der Genografischen Mehrebenenanalyse kann analysiert werden, wie die Familienmuster sich zu verschiedenen Zeiten, d.h. vor, bei oder nach dem Auftreten einer Krise (z. B. Tod eines Familienmitgliedes o.a.) verändert haben.
- Die Thematisierung traumatischer Ereignisse und Beziehungsbrüche (sogenannte „transgenerationale Traumatransmissionen“, HILDEBRAND 1998²), einschließlich einer genauen zeitlichen Beachtung des Lebensalters der jeweiligen Generation, stellt einen Zusammenhang zwischen den historischen Fakten, den damit verbundenen emotionalen Brüchen und der sozialen Realität der Familie her.
- Die Analyse des Genogramms kann spezifische Muster von Bewältigungsmechanismen der betreffenden Familie auf kritische Lebenssituationen aufzeigen, z.B. systemspezifische Muster der Anpassungsfähigkeit oder der Rigidität, die in der Vergangenheit nach bestimmten Ereignissen (z.B. nach Todesfällen) auftraten.
- Eine Grundeinheit lebender Systeme bildet das Beziehungsdreieck. In Familiensystemen werden häufig konflikthafte Zweierbeziehungen um eine dritte Person erweitert, die den Konflikt verdeckt und das System stabilisiert (Triangulierungen z.B. in Form eines Ehegattensubstituts) oder zwei Personen können sich gegen eine dritte zusammenschließen (Koalition). Mit Hilfe des

¹ Zu berücksichtigen ist, dass in Deutschland die Erstellung eines Genogramms durch Assoziationen an die Erstellung von Stammbäumen im Dritten Reich belastet sein kann, da "Ariernachweise" über den Stammbaum eingeholt wurden. Werden solche Hinweise deutlich, ist dies selbstverständlich zu thematisieren und evtl. eine andere Methode der Erhebung der familiären Beziehungen vorzuziehen.

² Vortrag auf dem Jahreskongress der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Familientherapie, September 1998.

Genogramms können verschiedene Formen von triadischen Beziehungen analysiert werden und generationsübergreifende Wiederholungen von Beziehungsdreiecken erkannt werden.

- Transgenerationale Vermächtnisse und Delegationen der Eltern und Großeltern können schnell deutlich werden. Auf der vertikalen Ebene kann sich in der Art der zeichnerischen Darstellung eine „soziale Vererbung“ von Beziehungsmustern über Generationen ausdrücken. Beispielsweise können sich Wiederholungen der Nähe-Distanzregelungen oder im Umgang mit den Systemgrenzen zeigen, die Aufschluß über die Familienstruktur und damit über einen möglichen Hintergrund der Essstörung oder der Multiplen Sucht geben.
- Manche Familiensysteme reagieren in einer spezifischen Weise auf bestimmte sich wiederholende Daten im Jahresverlauf. (Z. B. verhielt sich ein Vater jeweils im August depressiv. Nach der Analyse des Genogramms war zu vermuten, dass dieses Phänomen im Zusammenhang mit dem Tod seiner Mutter stand.) Auch solche Muster lassen sich mit Hilfe der Genografischen Mehrebenenanalyse eruieren¹.
- Am Beispiel der Bewertung der Geschwisterreihe soll ein weiterer Vorteil dieses qualitativen Verfahrens aufgezeigt werden. In einer Geschwisterreihe kann das zweitälteste Kind die Funktionen des älteren Kindes übernommen haben, da es der ersehnte Junge war. Oder das jüngere Kind kann in die Position des Älteren kommen, wenn das älteste Kind lange krank war. In der Familie wird dann das älteste Kind als ein jüngeres behandelt. Die Analyse des Genogramms bietet die Möglichkeit, auch solche speziellen Phänomene zu erkennen und mögliche Auswirkungen auf die Entstehung der Essstörungen oder der Multiplen Süchte zu erörtern.
- Die visuelle Analyse (siehe Kap. 10.2) gibt ergänzende Hinweise auf die Familienbeziehungen und –strukturen zwischen den Familienmitgliedern, den Teilfamilien und den familiären Umwelten. Wenn in der Zeichnung beispielsweise eine Person besonders gekennzeichnet wird, kann dies Aufschluss über ihre besondere Bedeutung in der Familie oder für einzelne Familienmitglieder geben oder wenn ein Symbol für das Kind zwischen die Symbole der Eltern

¹ Ähnliche Beispiele siehe bei MC. GOLDRICK u. GERSON (1990).

gemalt wird, kann dies auf eine Parentifizierung hinweisen. „Verdopplungen“ oder andere besondere Markierungen einer Person oder einer Beziehung in der Zeichnung können Hinweise über die Ausgestaltung der Familienrollen, Familienaufgaben, der hierarchischen Verhältnisse, der Paarbeziehungen und ihrer Strukturen und der Geschlechterrollen geben. Auch „Lücken“ im Genogramm können Hinweise auf brisante emotionale Themen sein.

- Krankheiten, Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen und insbesondere Alkoholismen¹, sind häufig schon in früheren Generationen "aufgetreten". Ist solch ein Phänomen festzustellen, kann analysiert werden, ob dieses von Generation zu Generation "sozial vererbt" wird und welchen Einfluss es auf das Familiengeschehen hat.
- Die Analyse des Genogramms kann bemerkenswerte Aufstiege und Misserfolge einzelner Familienmitglieder der verschiedenen Generationen in den Fokus der Betrachtung rücken lassen.
- Die Analyse der Genogramme ermöglicht, Normen und Werte, sich in der Generationenfolge wiederholende Tabus, Familiengeheimnisse, Loyalitäten, familiäre Regeln und Traditionen in den Teilfamilien zu erörtern und in einem Gesamtüberblick zusammenzuführen.
- Die Wiederholung von Beziehungsmustern (z.B. in der Generationenfolge ein jeweils ähnliches Heiratsalter) zu je gleichen Zeiten im Familienzyklus lassen sich mit dieser Methodik relativ einfach identifizieren. Durch die Altersangaben im Genogramm ist zu erkennen, ob die eingetretenen Ereignisse für die einzelnen Familienmitglieder innerhalb normativer Erwartungen bestimmter Lebensphasen liegen. Wenn sie dies nicht tun, ergeben sich hieraus Hypothesen über ein mögliches Familienproblem. (Beispiel: Bekommt ein Paar erst im Alter von 45 Jahren das erste Kind, kann dies auf Probleme bei der Ablösung der Eltern von ihrem Elternhaus hinweisen oder auf jahrelange Schwierigkeiten der Partner, ein Kind zu bekommen.) Genogramme können so den "Kalender zum Sprechen bringen" (HEINL 1989), indem Hypothesen über mögliche zeitliche Verbindungen zwischen den Ereignissen in der Familie hergestellt werden.

¹ Um aus einer systemischen Perspektive das Auftreten der stofflichen Abhängigkeit von Alkohol nicht zu verdinglichen, ist es sinnvoller von Alkoholismen zu sprechen, als von Alkoholismus.

- Krisensituationen (z.B. der Tod eines Familienmitglieds, die Geburt eines Kindes, die Pensionierung des Mannes oder der Zeitpunkt der Ablösung eines Kindes), die für die Familie neue Bedingungen Anpassungen und Strukturen benötigen, wiederholen sich in der Generationenfolge und lassen sich mit dieser Methode ebenfalls eruieren.
- „Leitmotive“ (ADAMASZEK 1996) der Familienmitglieder, die als familien-spezifische Muster von Generation zu Generation weitergegeben werden, können aufgedeckt werden, indem auf Wiederholungen geachtet wird. Diese Muster fungieren als machtvolle Verschreibungen, denen hohe Wertepriorität in den Familien eingeräumt werden.
- Die Genogrammarbeit ermöglicht die Thematisierung von „ungelebten Leben“ zu Zeiten von Tod, Krankheit, Trennung und Scheidung.

Der Einsatz der hier vorgestellten Methode bietet einer sozialwissenschaftlichen Analyse der familiären Beziehungen und Strukturen vielfältige Vorteile. Mit diesem Verfahren kann ein umfassender Überblick über die komplexen familiären Beziehungen und Strukturen über mehrere Generationen gewonnen werden. Als eine subjektorientierte Methode bietet sie nicht nur dem Forscher, sondern gleichzeitig auch der Klientin neue Einsichten und Denkanstöße. Im nächsten Kapitel soll die Güteprüfung dieses Verfahrens erörtert werden.

7.3.2 Die Güteprüfung der qualitativen Forschungsinstrumente

In diesem Kapitel wird erörtert, inwieweit der Einsatz der Genografischen Mehrebenenanalyse den Gütekriterien sozialwissenschaftlicher Forschung, die an solche qualitativen Methoden zu stellen sind, genügt. Einleitend fasse ich kurz den Stand der Forschung hinsichtlich der Güteprüfung im Rahmen der subjektorientierten Forschung zusammen.

In Anknüpfung an die bereits diskutierten grundsätzlichen Positionen einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie¹ und den Einsatz subjektorientierter Methoden soll nochmals betont werden, dass mit der Analyse der Genogramme

¹ Siehe das Kap. 1.2: „Realismus und Konstruktivismus“.

keine objektiven Abbilder, sondern nur vom Beobachter relativierte Wirklichkeitskonstruktionen der Klientinnen erhoben werden (SCHIEPECK und KAIMER 1987, SCHIEPECK 1999, PAULS 1978, HUIJINK 2001). Da „Objektivität“, systemisch¹ gesehen, nur begrenzt möglich ist, stellt der Forscher seinen individuellen Part, d.h., seine Interessen², Sichtweisen, Herkunft usw. zur Diskussion und ermöglicht dadurch eine, wenn auch grobe, Einschätzung seiner Vorgehensweise. Die bei der Analyse gewonnenen Daten sind Ergebnisse doppelter Selektionsprozesse (einem Prozess "doppelter Deutung" nach GERHARDT 1991). Sie sind Antworten auf Fragen eines Interviewers, der gemäß seiner theoretischen Vorstellungen auswählt aus all den möglichen Fragen und sie sind eine Auswahl aus all den Antworten, die die Interviewte trifft. Jede Person unterscheidet nach einem eigenen Sinnverständnis. *"Auf der einen Seite werden im Interview – in den erzählten Ereignissen etc.- Deutungen der Welt wiedergegeben; die dargestellte Welt ist bereits durch Deutungen (Auslegungen institutioneller und personaler Bezüge) vorstrukturiert. Auf der anderen Seite leistet der Interviewer, als Adressat der Ergebnisdarstellung (und eventuell später als dateninterpretierender Forscher) eine Deutung der bereits vom Protagonisten erzählten Ereignisse (Befragten) und gedeuteten Vorgänge."* (GERHARDT 1991, S. 20)

Die klassischen Test-Güte-Kriterien behalten auch für einen subjektorientierten Forschungsprozess ihre Bedeutung; sie müssen jedoch systemisch interpretiert werden, da der Forscher "als erkennendes Subjekt" (BRUNNER 1988) ein konstituierender Bestandteil des Diagnoseprozesses ist. Entscheidend für die subjektorientierte Forschung ist die Abkehr von kausallinearen Modellvorstellungen (beispielsweise ist das Gütekriterium der Reliabilität - systemisch gesehen - nur bei mechanischen Systemen vorstellbar). Die Gütekriterien sind so zu entwickeln, dass sie zum Vorgehen und zum Ziel einer qualitativen Studie passen. Die Stimmigkeit der Qualität der Forschungsergebnisse bzw. des Forschungsprozesses hängt davon ab, inwieweit Ziele und Methoden der Forschungsarbeit miteinander vereinbar sind. Um den Gütekriterien zu genügen, sind die Unter-

¹ VON SCHLIPPE (1988) geht noch einen Schritt weiter. Er führt aus, da es „Objektivität“ nicht geben würde, könnten wir uns ihr auch nicht annähern. Wir könnten höchstens so tun, als ob es sie gäbe.

² Im Exkurs: „Die Karriere des sozialen Problems Essstörungen“ habe ich mein Interesse an diesem Forschungsfeld offengelegt.

suchungspläne hochkomplex anzulegen und ist der Forschungsrahmen möglichst präzise anzugeben. Mit den Klientinnen ist die gemeinsam erarbeitete Perspektive im Prozess der Hypothesengewinnung und -überprüfung zu diskutieren¹. Dieser Prozess ist zu dokumentieren. Für die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ist es daher notwendig, die Ziele und Methoden für alle Beteiligten offen zu legen, da nur über die Güte der Daten geurteilt werden kann, wenn deutlich ist, wie sie erhoben und ausgewertet werden².

Eine inhaltliche Validierung, bzw. eine Konstruktvalidierung ist, so BRUNNER (1988), nur sinnvoll, wenn sie als Analyseverfahren des Forschers in Relation zu einem diagnostischen Konzept gesetzt wird. Ähnlich beurteilt dies VON SCHLIPPE (1988). Er bezeichnet Diagnose und Interventionen als "ökologisch valide", wenn die Vernetztheit von Symptomen im sozialen Feld berücksichtigt wird und andere Ebenen, wie die Meso- oder Makroebene nicht vernachlässigt werden. Als ökologisch valide gilt dementsprechend, wenn die Einbeziehung möglichst vieler relevanter Ebenen systemischer Organisationen erreicht wird (vgl. VON SCHLIPPE u. MATTHAI 1987).

Eines der in dieser empirischen Studie zu erfüllenden Gütekriterien ist, um die Beliebigkeit und Intransparenz zu begrenzen, das Kriterium der „kommunikativen Brauchbarkeit“ (LUDEWIG 1995). *„Dieses Kriterium betrifft die operationale Koordination derer, die an einem Kommunikationsprozess beteiligt sind und gleiche Ziele verfolgen. Es ist erfüllt, wenn Sprecher und Adressat ihr zielgerichtetes Vorgehen durch Austausch optimal koordinieren können. Eine Erkenntnis ist kommunikativ brauchbar, wenn sie sich beschreiben, also mitteilen läßt, eine angestrebte Koordination fördert und einen Vorteil (Zugewinn) gegenüber anderen Erkenntnissen oder der Unkenntnis bedeutet. Brauchbarkeit heißt also, dass eine Erkenntnis von Menschen mit gleichen Nützlichkeits- oder Geltungskriterien als nachvollziehbar, effektiv und gewinnbringend bewertet wird.“* (LUDEWIG 1995, S. 60)

¹ BRUNNER (1988) und MAYRING (1990) nennen diesen Prozess kommunikative Validierung.

² Siehe hierzu das Kapitel 7.2.2: „Die Beschreibung der Stichprobe und der Rahmenbedingungen“.

Die im Folgenden aufgeführten sechs Gütekriterien der qualitativen Forschung von MAYRING (1990, S. 104ff) stellen auch die Bestandteile der Güteprüfung dieser empirischen Untersuchung dar:

1. **Verfahrensdokumentation:** Es soll genau dokumentiert werden, wie die Ergebnisse gewonnen werden. Das Verfahren muss auf den jeweiligen Gegenstand bezogen sein. Die Methoden werden speziell für den Gegenstand entwickelt und differenziert angewendet. Dies betrifft auch das Vorverständnis, die Zusammenstellung des Analyseinventariums und die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung.
2. **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Entscheidend ist, Interpretationen nicht zu setzen, sondern argumentativ zu begründen. Interpretationen lassen sich nicht beweisen und nicht wie Rechenoperationen nachrechnen. Die Interpretation muss schlüssig sein, dort wo Brüche sind, müssen sie geklärt werden.
3. **Regelgeleitetheit:** Qualitative Forschung muss bereit sein, vorgeplante Analyseschritte zu modifizieren, um dem Forschungsgegenstand näher zu kommen. Qualitative Forschung muss sich an bestimmte Regeln halten, indem sie systematisch ihr Material bearbeitet. Die Analyseschritte werden genau festgelegt; das Material wird in sinnvolle Einheiten unterteilt.
4. **Nähe zum Gegenstand:** Mit den "Beforschten" ist eine Interessenübereinstimmung zu erreichen. Qualitative Forschung setzt an den konkreten sozialen Problemen an. Sie ist Forschung für die Betroffenen und benötigt ein offenes, "gleichberechtigtes" Verhältnis. So schafft sie größtmögliche Nähe zum "Gegenstand".
5. **Kommunikative Validierung:** Die Gültigkeit der Ergebnisinterpretation kann überprüft werden, indem sie den Befragten vorgelegt und mit ihnen besprochen wird. Die Klientinnen werden nicht als Datenlieferanten, sondern als denkende Subjekte verstanden.
6. **Triangulation:** Die Qualität der Forschung soll durch die Verbindung mehrerer Analysegänge vergrößert werden. Dies geschieht, indem verschiedene Datenquellen oder unterschiedliche Interpreten, Theorieansätze und Methoden herangezogen werden. Triangulation meint hier, verschiedene Lösungswege zu entwerfen und die Ergebnisse zu vergleichen.

Diese Gütekriterien sind auf der Ebene der Genografischen Mehrebenenanalyse zu konkretisieren: Vor der Erstellung der Genogramme wurde grundsätzlich die Offenheit der Gesprächssituation angesprochen und erörtert, wie sie gegebenenfalls zu verbessern ist. Die Gespräche nach oder während des Zeichnens dienten zugleich der Handlungsvalidierung der zuvor erarbeiteten Informationen. Ob die Äußerungen der Klientinnen „zutreffen“, wurde außerdem überprüft, indem:

1. Die Äußerungen der Klientinnen mit dem Therapeuten solange erörtert wurden, bis die Beteiligten verstanden hatten, was gemeint war (kommunikative Validierung). Durch die Vorstudie konnten „Missverständnisse“ begrenzt werden (siehe hierzu SOMMER 1989). Für die Hauptstudie wurden z.T. treffendere Formulierungen gefunden, sodass für die Kommunikation eine größere Übereinstimmung anzunehmen ist.
2. Sowohl im therapeutischen Dialog, als auch bei der Auswertung wurde darauf geachtet, ob die Äußerungen im Widerspruch zu anderen Aussagen der Klientinnen an anderer Stelle standen (Kohärenzprüfung).
3. Die „Aufrichtigkeit der Klientinnen“ gegenüber den zu analysierenden Themen wurde erörtert (siehe MAYRING 1990).
4. Die Vorannahmen, bzw. das Vorverständnis, wurden auf Explizitheit, Adäquatheit und Plausibilität überprüft.
5. Es wurde geprüft, ob bei der Interpretation vorschnelle Schlußfolgerungen gezogen wurden (z.B. durch zu einfache Analogieschlüsse, stereotype, oberflächliche Deutungen, verzerrte Fallauswahl) und ob die Kausalannahmen berechtigt waren, also nicht von der einfachen Parallelität auf eine Verursachung geschlossen wurde (Argumentative Interpretationsabsicherung).

Als eine weitere "Kontrollmöglichkeit" haben sich die Modelle der Co-Therapie¹ und der Supervision² bewährt. So fanden wöchentliche Fallbesprechungen und wöchentliche Supervisionen mit Herrn Prof. Dr. SCHAUB (Hochschullehrer, Familientherapeut und Analytiker) und Herrn H. SCHWALL (Lehrtherapeut und Super-

¹ In der Beratungs- und Behandlungsstelle werden Paar-, Gruppen- und Familiengespräche grundsätzlich zu zweit geführt.

² Supervisionen sind ein ausgezeichneter Ort, um forschungsrelevante Fragestellungen zu entwickeln und zu verfolgen (HILDENBRAND 1998).

visor) statt.

Zum Abschluß des Kapitels sollen die Problembereiche der Güteprüfung thematisiert werden, die die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse beschränkten und die bei der Interpretation der im Weiteren vorgestellten Untersuchungsergebnisse zu berücksichtigen sind:

- Nicht alle Fragestellungen der empirischen Studie konnten mit dem verwandten Instrumentarium beantwortet werden. Einschränkungen in der Methodik lagen zum einen darin, dass nur eine begrenzte Analyse des sozialen Umfeldes möglich war und zum anderen in der Beschreibung der familiären Strukturen durch nur ein Familienmitglied. Zudem zeigte sich in der Anwendung des Genogramms das Problem Auswahlkriterien festlegen zu müssen, um Abschweifungen der Klientinnen in den Gesprächen zu verringern. Für den Interviewer war es bei der Deutung der Berichte der Klientinnen immer wieder ein Problem entscheiden zu müssen, ob eine bestimmte Kategorie (z.B. eine Delegation, ein Mythos) erfüllt war.
- Es blieb offen, welchen Einfluss das Faktum auf die Untersuchungsergebnisse hat, dass ich als Mann Frauen befragte.
- In Einzelfällen entstand durch den Gebrauch des Leitfadens keine „natürliche“ Gesprächssituation, sondern das Gespräch wirkte wie ein "Pseudo-Gespräch". Durch vermehrte Routine verringerte sich dieses Problem. Der Leitfaden stellte mit der Zeit lediglich einen Orientierungsrahmen für den Untersucher dar. Er organisierte das Hintergrundwissen thematisch, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Vorgehensweise zu kommen (vgl. SOMMER 1989).
- Die Prüfung der Angaben der Klientinnen mit Hilfe anderer Quellen (Korrespondenzprüfung¹), z.B. Dokumenten und historischen Daten war nur in Ausnahmefällen möglich. Die soziale Angemessenheit der Aussagen konnte in der Regel ebenfalls nicht überprüft werden, da hierzu die Angaben der Angehörigen erforderlich gewesen wären.
- Der Untersucher stand vor dem Problem, einerseits den Erzähldrang nicht un-

¹ Dies fällt leichter, wenn es Belege, in Form von Dokumenten, Zeugenaussagen usw. gibt. Schwierig ist es, wenn.

- terbrechen zu wollen, andererseits zu vermeiden, ein Themenfeld nach dem anderen "abzuspulen". Hier galt es, in jedem Gespräch im Dialog mit der Klientin einem Mittelweg zu folgen.
- Probleme ergaben sich, wenn einzelne Aspekte durch mehrmaliges oder späteres Aufgreifen „anders“ dargestellt wurden. Ein Beispiel hierfür war mehrfach der Aspekt Hierarchie und Macht in der Familie, der im Laufe der Therapie von den Klientinnen nicht nur differenzierter, sondern häufig auch „anders“ betrachtet wurde.
- Einige Daten waren interpretationsfähiger als andere. Demografische Informationen (Namen und Daten) waren "objektiver" als Angaben über Rollen und Beziehungen. Sogar "härtere" Daten der Familiengeschichte wurden bei näherer Betrachtung "weich"; so wurde beispielsweise in einigen Familien die Geschwisterrolle ganz anders gelebt, als der vorhandene Altersunterschied erwarten ließ.
- Anzusprechen ist noch die Frage nach dem Umgang mit „Unaufrichtigkeiten“ bei den Angaben der Klientinnen. Diese Frage war besonders dann relevant, wenn es Fragen des Symptoms betraf, z.B. über das Ausmaß des Trinkens, die Einnahme von Medikamenten u.a.. Denn es gehört geradezu in vielen Fällen zur Problematik einer Sucht oder Essstörung dazu, zu verheimlichen und zu bagatellisieren. Diese Aussagen waren dennoch für die jeweilige Situation als gültig zu betrachten. Diese grundsätzliche Akzeptanz erfährt jedoch Beschränkungen. Hierzu ein Beispiel: Die Konfrontation mit den "objektiven" Gegebenheiten eines lebensbedrohlichen geringen Gewichts mit Hilfe eines Body-Mass-Indexes, bei beispielsweise 45kg Gewicht, war notwendig, um den Widerspruch in den jeweiligen Wahrnehmungen aufzuzeigen und um zunächst therapeutisch zu intervenieren. Erst später, nach der Behebung dieser lebensbedrohlichen Krise, war mit der Klientin zu thematisieren, dass die Zuordnung und Bewertung des Gewichts im Rahmen sozialer Konstruktionen erfolgt.
- Auf eine weitere Problematik sozialwissenschaftlicher Forschung im Kontext einer therapeutischen Situation soll noch eingegangen werden: Bei der Durchführung der Analyse des Genogramms war die aktuelle Situation, in der sich die Klientin befand zu berücksichtigen. Dies hieß: Die Genogrammerstellung musste in einer Situation erfolgen, in der der Blick auf die

Herkunftsfamilie zu neuen, für die Therapie zu nutzenden Hinweisen erfolgen sollte. Eine solche Analyse konnte nicht erfolgen, wenn sich die Klientin in einer aktuellen Krise befand oder eine Problematisierung des familiären Systems zu konfrontativ gewesen wäre. Die Entscheidung der Durchführung der Untersuchung konnte demnach nur gemeinsam getroffen werden. Damit die Klientin zu dieser Entscheidung beitragen konnte, mussten ausführliche Informationen über die Untersuchungsmethode gegeben werden. Untersucher und Klientin waren so immer wieder aufgefordert die Forschungssituation zu reflektieren. Dieser Wechsel des Fokus, der, so ist positiv hervorzuheben, in einem reinen sozialwissenschaftlichen Setting nicht möglich gewesen wäre, erwies sich einerseits als eine Stärke des Settings, andererseits verlangte er jedoch von der Klientin und dem Untersucher ständige Reflektion und pragmatische gemeinsame Entscheidungen über das weitere Vorgehen.

- Bei der Dokumentation der Genogramme trat ein weiteres Problem auf. Alle Klientinnen wurden gebeten, einer Videoaufzeichnung zuzustimmen. Klientinnen, die noch nicht lange Kontakt zur Beratungsstelle hatten, lehnten dies meistens ab. Begründet wurde dies mit dem Argument, es sei nicht auszuhalten, sich selber in einem Film zu sehen und nicht, wie ich zunächst vermutete, aus Anonymisierungsgründen¹. Klientinnen, die zu einer Videoaufnahme nicht bereit waren, bat ich um die Möglichkeit einer Tonbandaufnahme. Auch dies wurde von vielen Klientinnen abgelehnt.
- Die Beschreibungen der Klientinnen bezogen sich zum Teil auf lange zurückliegende Ereignisse, die die Klientinnen teilweise wiederum erzählt bekommen hatten. Die Berichte, bzw. Konstruktionen der Klientinnen gründeten sich zudem auf innere Bilder, die möglicherweise „Pseudoerinnerungen“ (J. KRIZ 1999) waren. Dies war besonders dann problematisch, wenn innerhalb einer Familie verschiedene sich widersprechende "Wahrheiten" auftraten.
- Die Berichte der Klientinnen waren beeinflusst durch individuelle und familiäre Widerstände, Geheimnisse und Tabus. Problematische, bzw. kritische Familiensituationen wurden durch Verschiebungen, Verleugnungen u.a. „verzerrt“ wahrgenommen und subjektiv aus Sicht der Klientinnen dargestellt. Zu

¹ In manchen Situationen war es möglich, das Ablehnen einer Videoaufzeichnung therapeutisch aufzugreifen und mit den Klientinnen zu üben, sich selbst, bzw. ihren „Körper anzunehmen.“

berücksichtigen war auch, dass bei der Analyse der Genogramme aufgrund der sozialen Erwünschtheit manche "peinliche Angelegenheit" unerwähnt blieb (siehe SOMMER 1989).

- Alle Beschreibungen von Eigenschaften und Verhaltensweisen beruhen auf einem gefühlsmäßigen Eindruck. Fühlen ist immer eine sehr private Sache; Gefühle können nur unzureichend beschrieben werden. Äußerlich wahrnehmbar ist für Außenstehende nur das Verhalten, nicht das Fühlen. Eine Analyse dessen ist daher immer eine Interpretation unter einem begrenzten Blickwinkel.
- Die Antworten der Klientinnen konnten durch kleine Nuancen beeinflusst werden¹, z.B. durch die Situation der Befragung oder ob ihnen der Interviewer sympathisch oder vertrauenerweckend schien.
- Obwohl sich soziale Systeme ständig verändern, muss eine „relative Dauerhaftigkeit“ (SIMON 1991) vorausgesetzt werden, um eine Beschreibung zu ermöglichen.
- Bei der Beantwortung von Fragen eines Untersuchers besteht das Problem, dass diese im Rahmen einer sozialen Erwünschtheit beantwortet werden. Es wird nicht die eigene Meinung gesagt, sondern jene, von der geglaubt wird, sie sei allgemein oder vom Gesprächspartner erwünscht. Hier kann, um diesen Einfluß zu verringern, in der Vorbesprechung die Wichtigkeit der Offenheit betont werden.
- VON SCHLIPPE (1988) verweist auf eine weitere Schwierigkeit. Im Gesprächsprozess besteht eine enge Verbindung zwischen der Diagnose und ihrer Überprüfung. Wenn z.B. eine Regel in einer Familie angesprochen wird, führt diese Intervention in Bezug auf eben diese Regel dazu, dass das System nicht mehr das ist, was es "vorher war". Statt dessen entwickeln sich neue Regeln. Hier zeigt sich ein empirisches Dilemma.

Die Geographische Mehrebenenanalyse ist, so kann zusammengefasst werden, bei Berücksichtigung der genannten Einschränkungen, ein nützliches, praktisches und ausreichend abgesichertes sozialwissenschaftliches Erhebungsinstrument.

¹ Wir können nicht beliebig genau messen, winzige Ungenauigkeiten, winzige Einflüsse können reichen, um zu einem anderen Ergebnis zu kommen (siehe hierzu das Kapitel 2.1.3: „Selbstorganisation und Autopoiese, Chaos und Ordnung“).

Bei allem Bemühen und gründlicher Methodik erweist sich jedoch der Anspruch, ein „invariantes Ding“ reliabel, objektiv und valide zu beschreiben, als unerfüllbar. Über "Wahrheit" kann nicht von außen entschieden werden, sie ist inhaltlich nur aus dem Prozess zu verstehen (HEINTEL und HUBER 1978). Insgesamt war es mit dem verwandten Verfahren möglich, die Konstruktionen der Klientinnen in einem Prozess doppelter Deutung zu beschreiben. Es wurden Wege gefunden, wie mit einem konstruktivistischen Ansatz, wenn auch unter Einschränkungen, empirische Forschung möglich ist.

7.3.3 Die quantitativen Forschungsinstrumente

In diesem Kapitel wird als erstes der „Allgemeine Fragebogen“ vorgestellt. Dieser von mir erstellte Fragebogen ergänzt die in der qualitativen Analyse des Genogramms erhaltenen Informationen. Im Anschluß werden ein familiendiagnostischer Test (Family Assessment Measure, FAM) und ein Fragebogen zur Messung von Essstörungen (Eating Disorder Inventory, EDI) vorgestellt, die beide in die Untersuchung einbezogen¹ wurden.

7.3.3.1 Der Allgemeine Fragebogen

Um die allgemeine Lebenssituation und das Essverhalten/Suchtverhalten abzufragen, füllten die Klientinnen einen Allgemeinen Fragebogen² aus. Dieser Fragebogen ergänzte die Datenerhebung der Genografischen Mehrebenenanalyse und leistete einen Beitrag zur Quantifizierung der erhobenen qualitativen Daten³.

Für diese Studie wurde zunächst ein Vorfragebogen konstruiert, der von fünf Klientinnen ausgefüllt und nach einer Auswertung mit Ihnen besprochen wurde. Die Klientinnen halfen, Mißverständnisse und unklare Fragen zu entdecken.

¹ Die angewandten Fragebögen sind im Anhang dokumentiert.

² Um diese schriftliche Befragung entsprechend der wissenschaftlichen Grundlagen durchzuführen und das angewandte qualitative Verfahren sinnvoll zu ergänzen, waren theoretische Vorüberlegungen und Entwicklungen von Fragestellungen, Stoffsammlungen und Hypothesen notwendig.

³ Der Einsatz unterschiedlicher methodischer Verfahren liegt besonders bei Problemen der angewandten Forschung nahe (HOPF u. MÜLLER 1995).

Diese mißverständlichen Fragen wurden aus dem Fragebogen¹ entfernt, umformuliert oder durch treffendere Fragen ersetzt².

Der Allgemeine Fragebogen enthält die folgenden Fragetypen:

1. Auswahlfragen; hier werden mehrere Alternativen als Antwortmöglichkeiten vorgegeben,
2. bei einzelnen Fragen sind Mehrfachantworten möglich,
2. offene Fragen; z. B. "Haben sie Freßanfälle? - wenn ja, schildern sie diese",
3. Alternativfragen; d.h., die Frage lässt Antwortmöglichkeiten zu. Die Klientin wird bei diesem Fragetypus stark zu einer Entscheidung gedrängt.
4. Bei Rangordnungsfragen ist eine Abstufung möglich.
5. Listenfragen: Bei dieser Frageform wird eine Liste von Antwortmöglichkeiten vorgelegt.
6. Der Listenfragebogen wird zum halboffenen Fragetypus, wenn eine Freiraumkategorie (z. B. Sonstiges) angegeben wurde.

Offene Fragen suggerieren weniger spezifische Antworten; sie verlangen jedoch, dass die Befragte sich an etwas erinnert und dies spontan darzustellen in der Lage ist. Geschlossene Fragen hingegen verlangen, etwas wiederzuerkennen. Der Aufwand der Auswertung ist bei offenen Fragen zumeist größer als bei geschlossenen. Da die Fragen in ca. 1 – 1,5 Stunden zu beantworten sein sollten, wurden offene und geschlossene Fragen gestellt. Der Fragebogen beginnt mit relativ leicht zu beantwortenden Fragen und schließt kompliziertere Fragen an. Zunächst werden eher allgemeine, später emotional problematischere und intimere Fragen angesprochen. Die Fragebögen wurden den Klientinnen für eine bzw. zwei Wochen bis zum nächsten Gesprächstermin mitgegeben.

¹ Um eine Vergleichbarkeit mit Klienten/Innen aus Fachkliniken für Suchtkranke für eventuelle nachfolgende Untersuchungen mit Alkoholikerinnen zu gewährleisten, wurde ein kleiner Teil des Fragebogens aus dem Diagnostikmanual der Fachklinik für Suchtkranke „Ofener Straße 20“, Oldenburg übernommen.

² Bei der Erstellung von Fragebögen kommt es auf Formulierungsgeschick, Intuition und Phantasie des Untersuchers an (vgl. SOMMER (1989), LAMMEK (1989), FRIEDRICHS (1990)).

Der Allgemeine Fragebogen beinhaltet im ersten Teil Beschreibungen und Fragen zu folgenden Lebensbereichen:

- Herkunftsfamilie,
- Familienatmosphäre,
- Ehe der Eltern,
- Verhältnis zum Vater, zur Mutter, den Geschwistern und den Großeltern,
- Verhältnis zu Mitschülern und den Lehrern,
- Schulzeit und Berufswunsch,
- Wohnsituation und Freizeit,
- jetzige Partnerschaft u. zurückliegende Partnerschaften,
- Kinder,
- Suizidalität,
- Sexualität,
- eigene Krankheiten und Krankheiten in der Familie,
- Suchtanamnese und
- Selbsteinschätzung in psychischen Bereichen.

Im zweiten Teil des Fragebogen wird das Essverhalten der Klientin, das Essverhalten in der Familie, die Einstellung zum eigenen Körper und der Umgang mit Nahrungsmitteln in der Familie abgefragt. Bestandteil dieses Fragebogens ist der Essfragebogen (EDI von MEERMANN u.a. 1987). Die sozialstatistischen Merkmale wurden von mir bereits beim Erstkontakt oder bei der Erstellung des Genogramms erhoben. Ein Bestandteil des Allgemeinen Fragebogens war zunächst ein Formular zur Protokollierung des Essverhaltens über zwei Wochen. Dieses Protokoll löste vielfachen Widerstand aus, das Ausfüllen des gesamten Fragebogens verzögerte sich oder wurde "boykottiert", so dass ich auf diesen Teil des Fragebogens verzichtete.

Nach der Rückgabe der Bögen gingen die Probandin und ich die Antworten durch und klärten eventuelle Verständnisfragen. Insgesamt wurden die Fragen von den Klientinnen sehr sorgfältig beantwortet, nur selten wurde die Beantwortung einzelner Fragen "vergessen".

7.3.3.2 Der Family Assessment Measure (FAM III)

Um vergleichen zu können, in wieweit die Untersuchungsergebnisse der Genografischen Mehrebenenanalyse von den Ergebnissen eines familiendiagnostischen Testverfahrens unterstützt werden, wurde zur Ergänzung der qualitativen genografischen Analyse der Family Assessment Measure (FAM III) eingesetzt. Die Untersuchungsergebnisse dieses Tests gaben Anregungen für die qualitative Analyse und unterstützten das Erstellen von Hypothesen über die familiären Strukturen der Klientinnen. In diesem Kapitel wird dieser Test vorgestellt.

CIERPKA (1987) stellt in seinem Handbuch mehrere familiendiagnostische Fragebogeninstrumente vor. Bei der Auswahl der vorhandenen familiendiagnostischen Tests erwies sich der FAM III (Family Assessment Measure von SKINNER und STEINBAUER; Santa Barbara 1983, deutsch von CIERPKA 1987) als am geeignetsten, da sich dieser Test besonders bemüht, soziale Kategorien einzubeziehen und er leicht auszuwerten ist.

Mit diesem Familienfragebogen lassen sich drei Ebenen untersuchen:

1. Im allgemeinen Fragebogen wird die Familie als Ganzes fokussiert.
2. Der Dyadenfragebogen untersucht die Beziehungen in bestimmten Konstellationen.
3. Der Selbstbeurteilungsbogen fokussiert die familiäre Situation eines Familienmitgliedes.

SKINNER et al. erstellten diesen Fragebogen vor dem Hintergrund eines umfassenden Prozessmodells. Die Autoren versuchen eine Integration verschiedener Ansätze der Familiensoziologie, der Familienpsychologie, der Lerntheorie, der Entwicklungspsychologie, der Krisentheorie und der Psychoanalyse. Die Aufgabenerfüllung und -bewältigung innerhalb der familiären Interaktion wird von den Autoren als zentral angesehen. Die Autoren legen in ihrem Modell Wert darauf, die dynamische Interaktion zwischen den einzelnen Wertgrößen zu erfassen und die intrapsychische Ebene mit sozialen und strukturellen Dimensionen im Familiensystem zu integrieren. Familiensoziologisch interessant ist auch die Orien-

tierung des Prozessmodells an den Lebenszyklen. Das Prozessmodell geht davon aus, dass die Familien aufgefordert sind, Aufgaben zu erfüllen, die sich in den entsprechenden Phasen des Lebenszyklus verändern. Eine erfolgreiche Aufgabenerfüllung erfordert die Differenzierung der familiären Rollen, mit der Bereitschaft der Familienmitglieder, diese Rollen zu erfüllen. Um Rollen möglichst effektiv zu erfüllen, ist eine klare Kommunikation notwendig, zu der auch ein affektiver Austausch der Familienmitglieder gehört. In einem funktionalen Prozess sind die Familienmitglieder fähig, bestimmte Funktionen aufrechtzuerhalten und andere in flexibler Weise zu verändern. Gesellschaftliche vermittelte Normen und Werte gehen in alle Dimensionen ein.

Da der FAM III zu den Selbstberichtsmethoden gehört, wird nicht die aktuelle Interaktion der Familienmitglieder erforscht, sondern die erhobenen Daten sind quantifizierbare Aussagen über das Verhalten oder die Einstellungen der einzelnen Familienmitglieder bzw. der Gesamtfamilie.

Sieben Dimensionen wurden für diesen Fragebogen entwickelt:

1. die Aufgabenbewältigung,
2. das Rollenverhalten,
3. die Kommunikation,
4. die Emotionalität (Offenheit),
5. die affektive Beziehungsaufnahme,
6. die Kontrolle und
7. Werte und Normen.

Diese einzelnen Dimensionen wurden spezifiziert und operationalisiert; für jede Skala bildeten die Autoren 30 Items. Für den allgemeinen Familienfragebogen wurden zwei Kontrollskalen (Abwehr und soziale Erwünschtheit) entwickelt. Kritisch verweist CIERPKA darauf, dass die grafische Einteilung der Familien mit dem Anspruch auf Normalität problematisch ist. *"Hier wird eine Definition von Normalfamilie eingeführt, die sich meist aus einer repräsentativen Stichprobe ergibt. Die Abgrenzung gegenüber pathologischen Familien impliziert ein Werturteil, das dem Testverfahren bislang eher schadet."* (CIERPKA 1987b, S. 98) CIERPKA empfiehlt daher, bei der Festlegung von Mittelwerten nicht von der

Dimension einer Normalfamilie auszugehen. Es ist sinnvoll, bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse die graduellen Abweichungen vom Mittelwert als familienspezifische Charakteristika zu benennen, ohne gleich von pathologischer Ausprägung zu sprechen. Jede Familie hat so ihr spezifisches Profil.

Beim Einsatz solcher Tests ist zu berücksichtigen, dass sich familiendynamische Prozesse in ihrer Komplexität empirisch nur schwer erfassen lassen. Eine weitere Schwierigkeit für den familiendiagnostischen Forscher ist die Vielfalt der familiendiagnostischen Ansätze. VON SCHLIPPE und SCHWEITZER (1988) halten die Einzelfallforschung für die angemessenste Form, denn im Einzelfall können komplizierte Sequenzen von Verhaltensweisen sehr genau verfolgt und vom Beobachter zu komplexen Regeln synthetisiert werden. Nur eine Einzelfallbetrachtung ist hinreichend offen für die sich in einer Krise neu regenerierenden Regeln, da sich diese nicht von vornherein operationalisieren lassen.

Folgt man einer solchen grundsätzlichen Kritik ist die Verwendung von Fragebögen für eine Analyse familiärer Dysfunktionen nur von begrenztem Nutzen, da der FAM lediglich quantitative Veränderungen auf vorher festgelegten Dimensionen erfassen kann. Manche interessante Aspekte eines Sozialsystems sind nicht über Fragebögen erhebbar. So geben die Ergebnisse dieses Tests lediglich Hinweise zum Erstellen von Hypothesen über die familiären Beziehungen und Strukturen und ergänzen so die qualitative Analyse.

7.3.3.3 Der Fragebogen zur Messung von Essstörungen (EDI)

Mit der Verwendung dieses Fragebogens soll die Einschätzung des problematischen Essverhaltens als eine Essstörung erhärtet werden und somit die Selbsteinschätzung der Klientin und die Einschätzung des Untersuchers untermauert werden.

Die bekanntesten Fragebögen zur Messung von Essstörungen sind der Eating Attitudes Test und der Eating Disorder Inventory (EDI) von GARNER u.a. (in MEERBAUM und VANDEREYCKEN 1987). Für MEERMANN u. VANDEREYCKEN hat sich der EDI als der Beste aller verfügbaren Fragebögen herausgestellt, da er ein breites Spektrum des anorektischen und bulimischen

Verhaltens abdeckt. Ich habe mich daher zur diagnostischen Abklärung der Essstörungen für die Anwendung des EDI entschieden¹.

Der Eating Disorder Inventory (EDI) ist ein Selbstbeobachtungs-, bzw. Selbstbeurteilungsbogen, der aus acht Unterskalen besteht. Es sollen gemessen werden:

- der Drang, dünn zu sein,
- die Bulimie,
- die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper,
- die Ineffektivität,
- der Perfektionismus,
- das zwischenmenschliche Mißtrauen,
- die Interoceptive Wahrnehmung und
- die Angst vor dem Erwachsenwerden.

Die Antworten werden auf einer sechs-Punkte-Skala gegeben und so ausgewertet, dass die „anorektische Antwort“ mit drei Punkten belegt wird, die unmittelbar nächst anorektische Antwort bekommt den Punktwert zwei und die nachfolgende den Wert eins (Abhängig von der Polung). Die drei am weitesten von der anorektischen Antwort entfernt markierten Items werden als "normal" mit dem Punktwert Null bezeichnet (MEERMANN u. VANDEREYCKEN 1987).

¹ Dieser von GARNER u.a. entwickelte Fragebogen wurde von MEERMANN, NAPIERSKI und SCHULENKORF übersetzt. Ich danke Herrn Dr. MEERMANN für die Erlaubnis, den Fragebogen benutzen zu dürfen.

8. Untersuchungsergebnisse

„Erinnerungen sind aus wundersamem Stoff gemacht – trügerisch und dennoch zwingend, mächtig und schattenhaft. Es ist kein Verlaß auf die Erinnerung, und dennoch gibt es keine Wirklichkeit außer der, die wir im Gedächtnis tragen. Jeder Augenblick, den wir durchleben, verdankt dem vorangegangenen seinen Sinn.“

KLAUS MANN

Im theoretischen Teil dieser Studie wurde auf dem Hintergrund konstruktivistischer Ansätze im Spektrum der Systemtheorien ein umfassender multiperspektivistischer Ansatz für die Analyse von Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie erarbeitet. Im vorherigen Kapitel wurde ein methodologischer Rahmen eröffnet, der es ermöglicht, auf dem Hintergrund dieser Theorien eine empirische Analyse eines Problemfeldes zu eröffnen. Für den empirischen Teil der Untersuchung wurden für die beispielhaften Problemfelder der Essstörungen und der Multiplen Süchte eine Reihe von Fragestellungen (siehe Kap. 7.1) formuliert, deren Untersuchungsergebnisse in diesem Kapitel vorgestellt werden. Um eine Analyse des gesamten Lebenszusammenhanges der Klientinnen zu erstellen, ist es notwendig, neben der Familiensituation, weitere soziale Systeme wie Nachbarschaft, Schule und Freundeskreis zu berücksichtigen¹. Durch die breit angelegte Untersuchung sind eine Reihe weiterer Daten erhoben worden, die zunächst nicht im Mittelpunkt standen, jedoch ebenfalls von Interesse sind. Daher sollen auch diese mit vorgestellt werden. Diese Daten betreffen z.B. Angaben der Klientinnen über die Kindheit, die soziale Stellung der Angehörigen und über die Sexualität.

Für eine Bewertung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit in den Interpretation der Daten sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Forschungsansatz durch einen Prozess des Unterscheidens und Bezeichnens gekennzeichnet ist, der auf einer „doppelten Deutung“ (GERHARD 1991) beruht, d.h. einerseits deuten die Klientinnen in ihren Berichten ihre Lebenswelt, andererseits leistet der Interviewer als Adressat der Ereignisdarstellung eine weitere Deutung. Es handelt sich also jeweils um die Konstruktionen von Beobachtern. Solche Interpretationen „dop-

¹ Diese Systeme werden in einem rekursiven Verhältnis durch die Makroebene (allgemeine politische Situation) und die Supraebene (z. B. Zeitgeschichte) beeinflusst.

pelter Deutungen“ unterliegen einer Reihe von Einschränkungen, die bei einer Interpretation zu berücksichtigen sind.

An der vorliegenden Untersuchung nahmen 74 Klientinnen¹, davon 26 Bulimieklientinnen, 16 Anorektikerinnen² und 32 Klientinnen mit Multiplen Süchten, teil. Die Daten der Anorexie-, der Bulimieklientinnen und zehn der Klientinnen mit Multiplen Süchten stammen aus einer empirischen Untersuchung aus dem Jahre 1994, die hier nun neu und unter einem konstruktivistischen Blickwinkel ausgewertet werden. Diese Datenerhebung wurde 1999/2000 durch die Angaben von 22 Klientinnen der Untersuchungsteilgruppe „Frauen mit Multiplen Süchten“ ergänzt. Die Gruppe der Frauen mit Multiplen Süchten bildet so die größte Untersuchungsgruppe.

8.1 Die Analyse der allgemeinen Daten

In diesem Kapitel werden zunächst die Untersuchungsergebnisse der Themenbereiche „allgemeine soziale Daten der Klientinnen“, „biografische Entwicklung“, „soziales Umfeld“ und die „soziale Stellung der Angehörigen“ erörtert, da diese Hinweise auf die Funktionalität der familiären Strukturen geben. Vorgestellt werden auch Untersuchungsergebnisse über eine stoffliche Abhängigkeit der Klientinnen mit Essstörungen und über die Suchtabhängigkeit der Angehörigen, da davon ausgegangen wird, dass das Auftreten von Suchtabhängigkeiten der Familienmitglieder die Entstehung einer Essstörung, bzw. einer Multiplen Sucht der Klientinnen begünstigt. Im anschließenden Kapitel (8.1.7) wird die Einschätzung des eigenen Gewichts der Klientinnen und ihrer Angehörigen und der Wechsel der Form der Essstörung im Laufe des Lebens beschrieben. Es wird erörtert, in wieweit Auffälligkeiten beim Gewicht der Familienmitglieder zu beobachten sind und ob ein Zusammenhang mit dem Auftreten der Essstörungen der Töchter besteht. Im Anschluß (Kapitel 8.1.8) wird ein Zusammenhang zwi-

¹ Genogramme wurden mit allen 74 Klientinnen erstellt, vollständige Datensätze liegen von 66 Klientinnen vor.

² Von den 16 Klientinnen mit Magersucht sind nach der Auswertung des Fragebogens zur Messung von Essstörungen (EDI) acht im Pol der Anorexia bulimia einzuordnen. Zehn der Bulimieklientinnen sind dem anorektischen Pol zuzuordnen.

schen dem Sexualleben der Klientinnen, der familiären Situation, dem Erleben von sexueller Gewalt und dem Auftreten der Essstörungen hergestellt. Begonnen wird mit einer Darstellung des Alters der Klientinnen und der Dauer der Essstörungen.

8.1.1 Das Alter der Klientinnen und die Dauer der Essstörungen

Zu Beginn dieses Kapitels wird in einer Tabelle dargestellt, in wie weit die Klientinnen dieser Studie der Population anderer Untersuchungen bzgl. der Kriterien „Alter beim Beginn der Therapie“, „Abschluß der Therapie“, „Beginn des Auftretens der Essstörungen“ und „Differenz: Beginn der Essstörungen bis zum Therapiebeginn“ entsprechen.

	Alter bei Beginn der Therapie ¹	Alter bei Abschluß der Therapie	Alter bei Beginn der Essstörungen	Differenz: Beginn der Essstör. bis zum Therapiebeginn
BEUSHAUSEN N = 74				
Magersucht	27,61	29,6	18,17	9,44
Bulimie	23,19	24,09	16,78	6,41
Multiple Süchte	27,9	29,2	17,5	10,4
LANGSDORF Bulimie 1983	25		20	5
HÄNSEL 1985				
Anorexie			15 - 19	
Bulimie			16 - 20	
WEBER u. STIERLIN 1989				
Magersucht	18,2		14,11	3,3
PAUL 1985	26,5		19,5	7
Bulimie				

Abb. Nr. 2: Das Alter der Klientinnen

¹ Die Angaben sind Durchschnittswerte (in Jahren).

Das durchschnittliche **Alter bei Symptombeginn** liegt bei der Untersuchung von WEBER und STIERLIN (1989) mit Familien anorektischer Klientinnen bei Therapiebeginn bei 18 Jahren und zwei Monaten, der Symptombeginn bei 14 Jahren und 11 Monaten. Es vergehen durchschnittlich drei Jahre und drei Monate von Beginn der Symptome bis zum Beginn der Familiengespräche. LANGSDORF (1985) zitiert Untersuchungen mit Bulimiepatientinnen, nach denen die Klientinnen im Durchschnitt zu Beginn der Therapie 25 Jahre alt sind, im Schnitt seit fünf Jahre die Essstörung aufweisen, wobei nur jede zehnte Frau kürzer als zwei Jahre erkrankt ist, hingegen 15% länger als 14 Jahre. In der Untersuchung von PAUL (1985) liegt das Durchschnittsalter zu Beginn der Therapie bei Bulimie bei 26,5 Jahren, 15% sind 20 Jahre und jünger, 20% älter als 30 Jahre; die Krankheitsdauer beträgt durchschnittlich sieben Jahre, bei mehr als 20% länger als elf Jahre¹.

In der vorliegenden Studie sind die Magersuchtklientinnen, anders als in anderen Untersuchungen, älter als die Bulimieklientinnen. Dieser signifikante Unterschied dürfte mit dem „etwas anderen Klientel“ einer Suchtberatungsstelle zu erklären sein. Magersüchtige in der Pubertät, bzw. kurz nach der Pubertät, suchen eher gemeinsam mit ihren Eltern Familienberatungsstellen oder Kliniken auf und meiden aufgrund des möglicherweise negativen Stigmas einer "Sucht" eine Suchtberatungsstelle, bzw. suchen sie erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erkrankung auf.

Der Durchschnitt der **Erkrankungsdauer**² (6,91 Jahre) der Bulimieklientinnen bis zum Behandlungsbeginn entspricht ungefähr dem Durchschnittswert der anderen Untersuchungen. Bei den Magersuchtklientinnen dieser Studie ist die Dauer der Erkrankung (9,44 Jahre) bis zum Therapiebeginn höher als in den anderen Untersuchungen. Ebenfalls über zehn Jahre vergehen bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten bis zum Therapiebeginn. Diese lange Zeit bis zum Therapiebeginn kann mit der zu dieser Krankheit gehörenden "Verleugnung" erklärt

¹ BREUER (1983) fasst Aussagen Untersuchungsergebnisse über das Alter der Klientinnen (Anorexie und Bulimie) zusammen. Hiernach liegt der zentrale Wert des Manifestationsalters bei 16,5 Jahren, mit einer besonderen Häufigkeit vor dem 20. Lebensjahr.

² Die Angaben über den Zeitpunkt des Beginns der Essstörungen sind Selbsteinschätzungen der Klientinnen.

werden. Magersüchtige und Klientinnen mit Multiplen Süchten scheinen ihre Erkrankung noch länger zu verleugnen als die Bulimarekterinnen und begeben sich oftmals erst auf starken äußeren Druck in eine Behandlung.

8.1.2 Weitere Abhängigkeiten der Klientinnen und der Familienmitglieder

Der Gegenstand dieses Kapitels ist eine Einschätzung der verschiedenen Suchtformen der Klientinnen und ihrer Angehörigen. Eine Hypothese beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die Klientinnen mit Essstörungen alkoholabhängig sind und welche Verbindungen zwischen diesen Süchten¹ bestehen. Zudem soll untersucht werden, ob Essstörungen und Suchtabhängigkeiten auch bei den Eltern und Geschwistern bestehen.

Von den (26) **Bulimieklientinnen** geben neun einen "schädlichen Gebrauch" von Alkohol an (Codenummer F10.1 nach den Kriterien des ICD 10, DILLING u.a. 1991). Problematischen Konsum von Schlafmitteln oder von Beruhigungsmitteln (im Sinne einer Suchtgefährdung, siehe ICD 10) geben jeweils drei Klientinnen an. Acht Klientinnen nehmen regelmäßig Appetitzügler². Sechs Klientinnen geben an, in der Vergangenheit illegale Drogen konsumiert zu haben³. Bei den **magersüchtigen Klientinnen** ist ebenfalls ca. ein Drittel als suchtgefährdet (im Sinne eines schädlichen Gebrauchs) anzusehen. Drei Klientinnen sind vermutlich von Medikamenten (Schlaf-, Beruhigung, und Aufputzmittel) abhängig. Illegale Drogen haben nach eigenen Angaben vier dieser Klientinnen konsumiert. Fünf Anorektikerinnen geben den Gebrauch von Appetitzüglern an.

¹ Die begrifflichen Unterscheidungen einer Suchtgefährdung und einer Abhängigkeit sind im Kapitel 5.2.1: "Der Suchtbegriff" erörtert worden.

² Da diese Angaben zu Beginn der Behandlung erhoben werden, ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass Angaben über den Gebrauch und Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, Appetitzüglern, Abführmitteln u.a. von den Klientinnen bagatellisiert und verleugnet werden.

³ Die Angaben der Klientinnen über Erfahrungen mit illegalen Drogen sind z.T. nicht glaubwürdig.

Legt man die Phasen des Suchtverlaufes (nach JELLINEK) zu Grunde, kann die Untersuchungspopulation folgendermaßen eingestuft werden: "Suchtgefährdet"¹ in Bezug auf Alkohol, Medikamente und illegale Drogen sind mindestens ein Drittel der Magersucht- und Bulimieklientinnen. Dies sind mehr, als die Untersuchungsergebnisse von GARNER u. GARFINKEL (1982) und BRAND-JACOBI (1984) aufzeigen, nach denen ca. ein Fünftel der Bulimieklientinnen zusätzliche andere Süchte oder eine Suchtgefährdung aufweisen, aber weniger als HÄNSEL (1985) in einer Studie ermittelte, nach der bei zwei Drittel der Anorektikerinnen eine (nicht näher erläuterte) Suchttendenz festzustellen ist. Die Ergebnisse meiner Studie entsprechen der Untersuchung von HORSTKOTTE-HÖCKER (1987), nach der ca. die Hälfte der Bulimieklientinnen alternativ oder zusätzlich Appetitzügler und Abführmittel nehmen. Diese Untersuchungsergebnisse unterstützen zudem die Einstufung der Essstörungen als eine Sucht².

Die Klientinnen mit **Multiplen Süchten** geben neben dem problematischen Essverhalten und der stoffgebundenen Abhängigkeit einen für diesen Personenkreis typischen Wechsel der Suchtformen an. Beispiele:

Manuela war tablettenabhängig. Sie nimmt seit sechs bis acht Jahren keinerlei Tabletten mehr und ist seit vier Jahren als latent-adipös³ einzuordnen. Sie hatte verschiedenste Essprobleme, mit Phasen von Magersucht, Bulimie und Adipositas.

Antje ist alkohol- und medikamentenabhängig. Sie nahm gelegentlich Haschisch. In einer ihrer Abstinenzzeiten war sie magersüchtig. Nach einem Psychiatrieaufenthalt zeigte sie bulimische Episoden. Zum Erhebungszeitpunkt bezeichnet sie sich als "latent-adipös".

Anja ist alkohol- und tablettenabhängig und bulimarektisch. Zur Zeit des Therapieabbruchs raucht sie Haschisch und spritzt Heroin .

Ein Wechsel der Suchtformen kann bei 25 der Klientinnen mit Multiplen Süchten festgestellt werden. Er ist damit ein typisches Merkmal dieser Personengruppe.

¹ Die Nikotinabhängigkeit wird in diesem Zusammenhang nicht als eine „problematische“ Sucht verstanden.

² Siehe das Kapitel 5.2: "Das Phänomen der Essstörung und die Substanzabhängigkeit".

³ Als latent-adipös werden Personen bezeichnet, die über ein Normalgewicht oder ein geringes Übergewicht verfügen, sich jedoch zwanghaft davor fürchten, zuviel zu wiegen und sich in einem starken Maße mit dieser Problematik beschäftigen (siehe das Kapitel 5.1: "Die Formen der Essstörungen").

Ein Item des Allgemeinen Fragebogens bezieht sich auf die sogenannte **Kaufsucht**. Ca. ein Sechstel der Klientinnen (12 Kl.) gibt an, gelegentlich Kaufräusche zu haben oder Ladendiebstähle durchzuführen. (Bei den Magersuchtklientinnen gibt dies ein Viertel (4 Kl.) der Klientinnen an.) Bei den Ladendiebstählen handelt es sich (insbesondere bei den Bulimieklientinnen) meist um die Beschaffung von Nahrungsmitteln. Acht Klientinnen berichten von Zusammenhängen zwischen "Kaufsucht" und dem Auftreten eines „Essanfalles“, d.h., sie versuchten z.B. sich durch exzessives Kaufverhalten von dem "Drang" essen zu müssen abzulenken. Fünfmal konnte ein Wechsel zwischen verschiedenen Suchtformen, kleptomanem Verhalten und Kaufräuschen während des Untersuchungszeitraumes beobachtet werden. Diese Verhaltensweisen können als ein Wechsel des Symptoms, als ein veränderter Ausdruck der Probleme, interpretiert werden, wenn nicht mehr gehungert, gefastet, erbrochen oder Alkohol missbraucht wird.

Die Angaben der Klientinnen bezüglich einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit (von Alkohol) und über auftretende Essstörungen **der Angehörigen** werden tabellarisch vorgestellt:

	ein Elternteil suchtge- fährdet	ein Elternteil alkoholab- hängig	Mutter Essstörung	Bruder alkoholge- fährdet	Schwester Essstörung
Magersucht	5	2	2	5	2
Bulimie	2	10 x1	1	8 x2	3
Multip.Süch.	10	12	9	9	6

X1: In zwei Fällen waren nach Angaben der Klientinnen beide Elternteile alkoholabhängig.

X2: In zwei Fällen waren zwei Brüder alkoholabhängig.

Tab. Nr. 3: Angaben über die Süchte der Angehörigen

Bei den magersüchtigen Frauen geben fünf Klientinnen an, ein Elternteil sei suchtgefährdet (Alkohol). In zwei Fällen war ein Elternteil "früher alkoholabhängig", bei zwei Müttern wird von Essstörungen berichtet. Sechs der Anorektikerinnen geben an, dass sie keinen schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln bei ihren Eltern erkennen. Zwei Bulimieklientinnen geben an, ein Elternteil sei

suchtgefährdet und sechs Elternteile der Bulimieklientinnen seien "früher alkoholabhängig" gewesen. Vier Elternteile seien jetzt noch abhängig. 14 der 26 Bulimieklientinnen erleben kein problematisches Suchtverhalten bei ihren Eltern. Insgesamt berichtet fast die Hälfte der Bulimieklientinnen von einem problematischen oder abhängigen Suchtverhalten eines Elternteils.

Bei den Angehörigen der Klientinnen mit Multiplen Süchten ist der schädliche Gebrauch von Suchtmitteln, bzw. eine Abhängigkeit noch ausgeprägter. 22 der 32 Klientinnen geben eine Suchtgefährdung oder eine Alkoholabhängigkeit eines Elternteils an. Neun Klientinnen berichten zudem von einer Essstörung ihrer Mutter. So kommen diese Klientinnen mehrheitlich aus "Suchtfamilien", d.h. aus Familien, in denen zumindest Alkoholmissbrauch betrieben wird.

Dieses Bild setzt sich bei den Geschwistern fort. Bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten geben neun Klientinnen an, ein Bruder sei alkoholabhängig, sechs Schwestern hätten Essstörungen. Die Bulimieklientinnen geben an, zwei Brüder seien gefährdet, zwei seien früher abhängig gewesen, vier seien jetzt abhängig¹. Zudem hätten drei Schwestern Essstörungen². Bei den Magersuchtklientinnen zeigt sich ein problematisches Suchtverhalten (von Alkohol) in Form einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit bei einem Drittel der Geschwister. Zwei magersüchtige Klientinnen erzählen von Essstörungen ihrer Schwestern. Nach diesen Untersuchungsergebnissen zeigt sich bei ca. einem Drittel der Geschwister der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen ein problematisches oder ein abhängiges Suchtverhalten von Alkohol oder eine Essstörung.

Einige (8) Klientinnen geben an, dass ihre Großeltern alkoholabhängig seien, bzw. am Alkoholmissbrauch (5) verstorben seien. Da die Daten über die Süchte der Großeltern für eine nähere Darstellung zu unvollständig sind, kann leider über eine mehrgenerationale Tradierung einer stoffbezogenen Abhängigkeit keine Auskunft gegeben werden.

¹ In einer Familie sind zwei Brüder alkoholabhängig.

²; In einer anderen Familie haben zwei Schwestern massive Essstörungen.

Zusammenfassung:

Bezüglich eines zusätzlichen Missbrauchs von stofflichen Mitteln bei Frauen mit Essstörungen zeigt sich, dass ein Drittel der Magersucht- und Bulimieklientinnen in Bezug auf ihren Alkohol-, Tabletten- oder Drogenkonsum als suchtfährdet einzuschätzen ist. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass dieser Problematik mehr Aufmerksamkeit zukommen müsste.

Als ein weiteres Untersuchungsergebnis ist ein sehr häufiger (zu drei Viertel) Wechsel der Form der Essstörung bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten festzustellen. Für die Praxis bedeutet dies, dass möglicherweise die Störungsform einer Multiplen Sucht nicht frühzeitig erkannt wird, da nur die aktuelle Problematik (eine Essstörung oder eine stoffgebundene Sucht) diagnostiziert wird. Der zu konstatierende häufige Wechsel der Suchtform unterstützt zudem die von mir vorgenommene Einordnung dieses Personenkreises unter dem Störungsbegriff der Multiplen Süchte.

Obwohl sich die Einschätzung von Süchten bei den Familienangehörigen als schwierig erwies¹, zeigen sich Zusammenhänge zwischen dem Auftreten einer Suchtfährdung oder –abhängigkeit eines Familienangehörigen und dem Auftreten einer Essstörung, bzw. einer Multiplen Sucht. Nach den Untersuchungsergebnissen dieser Studie besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Essstörung einer Klientin und einer Alkoholabhängigkeit eines Elternteils, wobei ein besonders signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Multiplen Sucht und einer Suchterkrankung eines Familienangehörigen besteht. Die Klientinnen dieser Studie mit Multiplen Süchten kommen mehrheitlich aus Familien, in denen ein Elternteil oder ein Geschwisterteil abhängig, bzw. suchtfährdet ist.

¹ Zum einen werden die Begriffe (Sucht, Missbrauch, Abhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Alkoholgefährdung) sehr unterschiedlich in der Literatur und erst recht von den Klientinnen und ihren Familien verwendet, zum anderen ist besonders bei diesem Themengebiet nicht einzuschätzen, inwieweit die Angaben der Klientinnen über ihr Suchtverhalten und dem der Angehörigen den "Tatsachen" entsprechen.

8.1.3 Die soziale Stellung der Angehörigen

In diesem Kapitel wird der Frage nach einem Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Essstörung, bzw. einer Multiplen Sucht, und der sozialen Stellung der Eltern und Großeltern der Klientinnen nachgegangen. Für diese Studie konnten die Daten über die soziale Stellung der Familien lediglich anhand der Angaben der Klientinnen zu den Berufen erhoben werden¹.

In der folgenden Tabelle wird die soziale Stellung der Angehörigen dokumentiert:

	Hausfrau	einfache An- gest. /Arbeit.	Bauern	mittlere Angestellte	leitende Positionen	Selbständig
Großvater väterlicher- seits	-	23	20	12	7	5
Großvater Mütter- licherseits	-	26	11	9	9	9
Mütter	48	20	9	7	-	3
Väter	-	18	10	14	14	10

Tab. Nr. 4: Die soziale Stellung der Angehörigen(N = 66 Klientinnen)

Die Klientinnen dieser Studie geben für die **Großväter** väterlicherseits und mütterlicherseits jeweils zu einem Drittel an, als Arbeiter und einfache Angestellte und zu je einem Sechstel als Selbständige, bzw. in einer leitenden Position, tätig gewesen zu sein. Zwei Drittel der **Mütter** der Klientinnen sind Hausfrauen, ein Drittel Arbeiterinnen, Angestellte oder mittlere Angestellte und neun Mütter sind

¹ Auch wenn heute das Schichtungsmodell seinen Erklärungswert weitgehend verloren hat, ist diese Frage noch von Belang (vgl. hierzu z.B. BÖHNISCH 2001). Der Komplexität der vielen beeinflussenden Variablen, die Einfluß auf die Schichtzugehörigkeit nehmen, wird die ausschließliche Fixierung auf die Erwerbsarbeit für eine differenziertere Analyse nicht gerecht. Da jedoch, so KOHN (1981, in STEINKAMP 1991), für eine empirische Erfassung der Schichtenlage die berufliche Position und die Ausbildung zentral sind, beschränkt sich die Analyse der sozialen Stellung in dieser Studie auf das Kriterium des Berufes.

Bäuerinnen. Als Selbständige werden drei Mütter bezeichnet, keine Mutter ist in einer leitenden oder herausgehobenen Berufsposition¹ tätig. Die Angaben über den Beruf des **Vaters** verteilen sich gleichmäßig auf alle Berufsgruppen. Auffällig ist lediglich ein hoher Anteil von bäuerlichen Betrieben (zehn) und zusätzlichen bäuerlichen Nebenerwerbsbetrieben (acht). Im Unterschied zu den Großeltern weisen die Eltern einen höheren sozialen Status auf. Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilgruppen hinsichtlich dieser Fragestellung sind nicht signifikant.

Die Untersuchungsbefunde der Literatur über die soziale Stellung der Klientinnen und ihrer Angehörigen widersprechen sich. Nach BRAND-JACOBI (1984), WEBER u. STIERLIN (1989) und BRUCH (1980) tritt Anorexie häufig in der oberen Mittelschicht und Oberschicht auf; weniger bei der unteren Mittelschicht und Unterschicht. LAWRENCE (1989) zitiert Untersuchungen, nach denen 70 % aller Magersüchtigen aus der Oberschicht oder der oberen Mittelschicht kommen. Bei Magersüchtigen aus Nordengland, so berichtet LAWRENCE über ihre eigenen Untersuchungen, zeigt sich kein eindeutiger Schichtenunterschied, jedoch ein Unterschied im Bildungsstand. MESTER (1981) sieht das Manifestationsrisiko einer Anorexie beim Mittelstand als häufiger gegeben an als in der Unterschicht. Typisch ist, einen Beruf anzustreben, der über das Niveau der Eltern, bzw. der Großeltern hinausgeht. Auch SELVINI-PALAZZOLI (1982) stellt in Familien mit Anorexia nervosa eine Aufstiegs- und Erfolgsorientiertheit fest². Untersuchungsergebnisse über die soziale Herkunft der **Bulimieklientinnen** liegen nur in einem geringen Maße vor. ORBACH (1978 und 1982) sieht alle Schichten vertreten.

Für diese Studie können die Untersuchungsergebnisse nicht unterstützt werden, nach denen die Väter der Anorexieklientinnen besonders häufig beruflich selbständig sind, höhere oder leitende Positionen einnehmen. Die Väter der Klientinnen dieser Studie kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Auch die Feststellung von BRUCH (1988), dass die Mütter magersüchtiger Frauen

¹ Mehrere Klientinnen geben für die Mutter neben der Hausfrauentätigkeit zusätzlich einen Beruf an.

² Diese Familien in Italien befanden sich häufig in einem kulturellen Übergang; sie übersiedelten vom Land in die Stadt.

überdurchschnittlich erfolgreich seien, bzw. ihren erfolgreichen Beruf für die Kindererziehung aufgeben, kann für diese Studie nicht bestätigt werden.

Die Fokussierung auf das Kriterium des Berufes bei der Analyse der sozialen Stellung in dieser Untersuchung lässt keine weitergehenden Interpretationen zu. In einer weiteren Studie wäre dieser Statusfrage differenzierter nachzugehen und auch zu untersuchen, ob bäuerliche Familienstrukturen in besonderem Maße zum Auftreten einer Essstörung beitragen.

8.1.4 Die Kindheit der Klientinnen

Angaben über die Kindheit der Klientinnen werden in die Untersuchung einbezogen, um zu analysieren, ob bereits Verhaltensauffälligkeiten während der Kindheit vorlagen. Die Angaben über die frühe Kindheit und die Geburtserfahrungen sind in diesem Rahmen marginal, sollen jedoch nicht unerwähnt bleiben.

Über den Themenkomplex Schwangerschaft und Geburt konnten die Untersuchungsteilnehmerinnen nur wenige Angaben machen. Acht Klientinnen teilen mit, dass die Mutter bei der Geburt der Klientin älter als 35 Jahre war. Vierzehn Klientinnen berichten (nach ihrer Kenntnis) von Problemen bei der Geburt. Neun dieser Klientinnen geben an, sie seien eine Frühgeburt, vier Klientinnen, dass sie mit einem Kaiserschnitt geholt worden seien. Zwei seien eine „Sturzgeburt“ und eine Klientin gibt an, dass sich die Nabelschnur um ihren Hals gewickelt habe. Fünf Klientinnen berichten von Problemen während der Schwangerschaft ihrer Mütter.

Über ihren Gesundheitszustand während der Kindheit befragt, erzählen die Klientinnen in der Regel nur von den üblichen Kinderkrankheiten; nur acht Klientinnen geben „ernsthafte Erkrankungen“ (z.B. Gürtelrose, Schädelbruch u.a.) an. Über ihre Kindheit berichtet der Großteil der Klientinnen (40 Kl.), die Kindheit sei "im großen und ganzen angenehm" gewesen. Acht Klientinnen berichten, dass sie sich in ihrer Kindheit sehr zurückgezogen hätten, zehn Klientinnen können sich nicht vorstellen, jemals mit ihren Eltern gespielt zu haben. Die Mehrheit (41 Kl.) schildert, sie habe wenig Körperkontakt zu ihren Angehörigen gehabt. Zehn

Klientinnen berichten, dass sie bis zum Beginn der Pubertät häufiger mit dem Vater geschmust hätten und es dann zu einem für sie unerwarteten Abbruch des Körperkontaktes gekommen sei, der zu verstörenden Brüchen in der Beziehung zwischen Tochter und Vater führte. Da viele der Klientinnen über ihre Kindheit eher undifferenziert berichten, lassen sich aus diesen Untersuchungsergebnissen keine weiteren Schlußfolgerungen ziehen¹.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die von den Klientinnen angegebenen **Verhaltensauffälligkeiten** (während der Kindheit):

	Magersucht	Bulimie	Multiple Süchte
Stottern	1	2	3
Bettnässen	3	3	4
Daumen lutschen	4	3	5
Fingernägel kauen	4	3	5
Konzentrationsstör.	4	5	6
Schlafwandeln	-	2	3
Nächtliche Ängste	-	1	3
Schulleistungsstör.	2	4	9
Essstörungen	3	5	6
Sonstige	2	2	6

Tab. Nr. 5: Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensstörungen geben die meisten Klientinnen für die Zeit ihrer Kindheit an, wobei ein Drittel der Klientinnen über eine kindliche Verhaltensstörung und ein weiteres Drittel über mehrere Verhaltensstörungen berichten. Vierzehn Klientinnen (N=65) berichten von Essproblemen während der Kindheit. Ein Vergleich der drei Untersuchungsteilgruppen zeigt, dass bei den Magersuchtklientinnen der Anteil der angegebenen Konzentrationsstörungen geringer ist, während die Anzahl der Daumenlutscher und Fingernägelkauer sowie derjenigen, die von

¹ Oftmals werden erst bei längerem Therapieverlauf und bei Verwendung aufdeckender Methoden die „schweren Probleme“ und psychischen Nöte während der Kindheit wahrgenommen, bzw. erzählt.

nächtlichen Ängsten berichten, größer ist. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten geben am häufigsten das Auftreten von Schulleistungsstörungen an.

8.1.5 Angaben über Schule, Beruf und Wohnsituation

In der Literatur wird von einer höheren Schulbildung der Magersüchtigen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung berichtet. In dieser Studie soll untersucht werden, ob dies auch auf die magersüchtigen Klientinnen dieser Studie zutrifft und ob sich dieser Sachverhalt auch bei den beiden anderen Untersuchungsteilgruppen zeigt. Zudem sollen Angaben der Klientinnen über ihre Schulzeit, ihre Berufs- und Wohnungssituation analysiert werden.

Die folgende Tabelle gibt an, welche **Schule** zuletzt besucht wurde:

	Bulimie N = 26	Magersucht N = 15	Multiple Süchte N = 30
Sonderschule	-	-	1
Hauptschule	2	-	9
Realschule	7	2	14
Gymnasium	9	12	12
Hochschule / FHS	8	6	9

Tabelle Nr. 6: Schulbesuch der Klientinnen

Die Teilnehmerinnen dieser Studie besuchen signifikant häufiger eine "höhere Schule" als der Altersquerschnitt (siehe den ZEHNTEN KINDER- UND JUGENDBERICHT). Die Magersuchtklientinnen dieser Studie weisen eine höhere Schulbildung auf als die Bulimieklientinnen und die Klientinnen mit Multiplen Süchten. Bei der Gruppe der Klientinnen mit Multiplen Süchten ist die Schulbildung sehr heterogen.

Im Allgemeinen Fragebogen werden Fragen zum Komplex Mitschüler/Lehrer/Schule in der Kindheit gestellt. Bei der Beantwortung dieser Fragen geben drei Viertel der Klientinnen (50) an, dass sie in der Schule immer ein paar gute Schulkameraden/innen gehabt hätten. Nur eine Minderheit (10 Kl.) gibt an, in der

Schule meistens allein gewesen zu sein und keine Freunde gehabt zu haben, bzw. von den Mitschülern gehänselt und ausgelacht worden zu sein. Die Beziehung zu den Lehrern wird ebenfalls insgesamt positiv eingeschätzt. Fast drei Viertel der Klientinnen (50) geben an, dass sie mit den Lehrern überwiegend gut auskamen. Acht Klientinnen erzählen, dass die Lehrer oft ungerecht gewesen wären.

Sechs der Bulimieklientinnen äußern, dass sie oft Strafarbeiten machen mussten oder Arrest bekommen hätten. Ein Drittel der Bulimieklientinnen (8) gibt an, in der Schulzeit Aggressionen von Seiten der Mitschüler und Lehrer erlebt zu haben und unter Prüfungsangst gelitten zu haben. Ein Viertel (6) hat die Schulzeit als schön und angenehm in Erinnerung. In der Schulzeit viel Erfolg gehabt zu haben, betonen ebenfalls ein Viertel (7), wenig Erfolg habe ein Drittel (8) gehabt. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten haben in der Schule weniger Erfolg als die Teilnehmerinnen der beiden anderen Untersuchungsteilgruppen, achtzehn dieser Klientinnen haben die Schulzeit mehrheitlich als „sehr unangenehm“ in Erinnerung. Acht meinen, oft Strafarbeiten erhalten zu haben. Dieses Untersuchungsergebnis bestätigt den Befund, nachdem diese Klientinnen von häufigen Schulleistungsstörungen während der Kindheit berichten.

Die Magersuchtklientinnen haben die Schulzeit angenehmer in Erinnerung als die Klientinnen mit Multiplen Süchten und die Bulimieklientinnen. Mehrheitlich (12) geben die magersüchtigen Frauen an, dass sie in der Schule viel Erfolg gehabt hätten. Sie berichten von besonderen Leistungserwartungen der Eltern, die in der Regel über Jahre erfüllt werden, geben jedoch auch an, von Seiten der Eltern wenig Unterstützung in schulischen Angelegenheiten erhalten zu haben (neun Kl.).

Bei den Bulimieklientinnen sind acht und bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten elf der Auffassung, wenig Unterstützung während der Schulzeit erfahren

zu haben. Obwohl so viele Klientinnen diese geringe Unterstützung angeben, meinen zwei Drittel (36), die Eltern hätten ihren Berufswunsch unterstützt¹.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Magersuchtklientinnen ihre Schulzeit angenehmer als die Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen in Erinnerung haben und dass sie von mehr Schulerfolgen berichten. In der Schule gehörten viele (9) der magersüchtigen Frauen und mehrere (4) der Bulimieklientinnen zu den "Besten". Insgesamt besuchen mehr Klientinnen eine höhere Schule als es dem Altersquerschnitt entspricht. In den Literaturberichten finden sich, bis auf ORBACH (1987), die in ihren Untersuchungen eine Normalverteilung auf alle Schulformen ermittelt, ähnliche Untersuchungsergebnisse (siehe BRUCH 1980, LAWRENCE 1989, PAUL 1987).

In der folgenden Tabelle wird der **berufliche Status der Klientinnen** dargestellt:

	Studium Schule	erste Be- rufsaus- bildung	Hausfrau	Ange- stellte	Arbeiterin	arbeitslos	erneute Ausbil- dung
Bulimie	11	1	1	10	-	1	2
Mager- Sucht	6	1	-	4	-	3	1
Multiple Süchte	4	1	1	5	5	15	1

Tab. Nr. 7: Der berufliche Status der Klientinnen

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung befinden sich fast die Hälfte der Klientinnen in einer Schul- oder Berufsausbildung. Von den Bulimieklientinnen, die sich nicht in einer Schulausbildung, bzw. im Studium befinden, ist eine Klientin Hausfrau, die anderen sind alle als Angestellte tätig (je viermal in der Altenpflege und im Gastronomiebereich, drei Klientinnen sind im sozialen Bereich tätig). Drei der

¹ In einer weiteren Untersuchung könnte dieser sich widersprechende Sachverhalt genauer analysiert werden.

magersüchtigen Klientinnen sind Angestellte und drei sind erwerbslos. Die Klientinnen mit Magersucht arbeiten in den verschiedensten Berufsbereichen. Bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten sind fünf als Angestellte und fünf als Arbeiterinnen tätig. Die Hälfte dieser Klientinnen ist erwerbslos. Im Gegensatz zu den magersüchtigen und bulimischen Klientinnen sind sie häufiger nicht (mehr) in einem regulären Schul- oder Berufsprozess. Dieser hohe Anteil an Erwerbslosigkeit weist nicht nur auf Probleme der beruflichen und sozialen Integration hin, er ist zudem ein Indiz für die insgesamt "schwere Problematik" dieser Personengruppe, die sich auch im schulischen und beruflichen Bereich zeigt.

Die Untersuchungsergebnisse über den sozialen Status werden durch die Angaben über den überwiegenden Lebensunterhalt gestützt. Bei der Frage nach dem überwiegenden **Lebensunterhalt** gibt die Mehrzahl (17) der Bulimieklientinnen eine Erwerbstätigkeit (z.T. Nebenerwerb) an, fünf werden von Angehörigen unterhalten, vier leben von einer Ausbildungsbeihilfe. Nur eine Klientin bezieht Arbeitslosengeld, bzw. -hilfe (dreimal "sonstiges"). Von den Magersuchtklientinnen erhalten drei Arbeitslosengeld (bzw. -hilfe), zwei werden von Angehörigen unterhalten, vier erhalten Ausbildungsbeihilfe, vier sind erwerbstätig (zweimal "sonstiges"). Von den Klientinnen mit Multiplen Süchten sind dreizehn erwerbstätig, zehn erhalten Arbeitslosenhilfe, sechs Sozialhilfe, eine ist "Angehörige" (zweimal "sonstiges").

Das Fazit dieser Untersuchungsergebnisse lautet: Die meisten Klientinnen sind nicht berufstätig. Bezogen auf das Alter und den sozialen Status (d.h. im Wesentlichen ohne Kind) der Klientinnen besuchen die Bulimie- und Magersuchtklientinnen öfter als der Altersdurchschnitt eine Schule, studieren oder absolvieren eine (zweite) Ausbildung, während viele der Klientinnen mit Multiplen Süchten arbeitslos sind¹. Die vorliegenden Daten dieser Untersuchung bestätigen die Untersuchungsergebnisse der Studie von STIERLIN u. WEBER (1989) mit Anorektikerinnen. Nach diesen Befunden befinden sich zwei Drittel der magersüchtigen Klientinnen bei Therapiebeginn in einer Schulausbildung oder im Stu-

¹ Vgl. den Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“, 1998.

dium. Das Untersuchungsergebnis einer vermehrten Arbeitslosigkeit der Klientinnen mit Multiplen Süchten dieser Studie entspricht der Arbeitslosenquote bei alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen (siehe R. SIMON u. PALAZZETTI 1998).

Aus diesem Untersuchungsergebnis folgt: Da fast die Hälfte der Frauen eine Schule besucht, studiert, eine erneute Ausbildung absolviert, arbeitslos ist oder Sozialhilfe bezieht und die meisten der Angestellten und Arbeiterinnen gering entlohnt werden, haben fast alle Klientinnen nur wenig Geld für ihren Lebensunterhalt¹ zur Verfügung.

Ein wichtiger Faktor für das Wohlbefinden und die soziale Integration ist die **Wohnsituation**². Daher sind im Allgemeinen Fragebogen auch Fragen zur Wohnsituation (während der Kindheit und der Gegenwart) gestellt worden. Acht Klientinnen berichten von einem häufigen Wohnungswechsel in den ersten Lebensjahren. Annähernd die Hälfte der Klientinnen (7 x Magersucht, 11 x Bulimie, 15 x Multiple Süchte) geben an, die Familie habe während der Kindheit auf zu engem Raum gelebt, obwohl die Hälfte der Klientinnen (33) mit ihrer Familie in einem eigenen Haus wohnte (zehn auf einem Bauernhof). Da diese Untersuchungsergebnisse bezüglich der Wohnsituation der Klientinnen und ihrer Herkunftsfamilien im wesentlichen der der allgemeinen Bevölkerung entsprechen, (siehe ENGSTLER 1999) können aus diesem Befund alleine keine weiteren Schlußfolgerungen bezüglich der Entstehung der Essstörungen gezogen werden. Für einzelne Fälle kann nach der Analyse der Genogramme davon ausgegangen werden, dass ein mehrfacher Wohnungswechsel während der Kindheit das Gefühl misslungener sozialer Integration förderte.

Im Allgemeinen Fragebogen werden die Klientinnen gebeten, anzugeben, mit wem sie in ihrer Kindheit und Jugend in einem Haushalt lebten. Acht Klientinnen wohnten über Jahre alleine mit der Mutter³. Fünf Bulimieklientinnen, sieben der

¹ Nach den Berichten der Klientinnen wird viel Geld, eine genaue Summe ist nicht erfragt worden, für die Ernährung, z.B. für Diäten und für „Kaufräusche“ ausgegeben.

² Siehe den ZEHNTEN KINDER UND JUGENDBERICHT (1998).

³ Diese Angaben entsprechen ungefähr dem Bundesdurchschnitt, nachdem 7% der Kinder (bis 17 Jahre) alleine bei der Mutter leben (ENGSTLER 1999).

Klientinnen mit Multiplen Süchten und drei der Magersuchtklientinnen lebten mit ihrer Familie und mit ein oder zwei Großeltern zusammen¹. Demnach lebten ein Fünftel der Klientinnen in einem Haushalt mit den Großeltern oder einem Großelternanteil. Diese Untersuchungsergebnisse entsprechen ebenfalls den Ergebnissen des Sozioökonomischen Panels (vgl. ENGSTLER 1999²) für die Gesamtbevölkerung.

Räumlich haben sich bis auf vier Frauen (im Alter von 19, 20, 21 und 23 Jahren) alle von ihrem Elternhaus abgelöst. In den letzten drei Jahren lebten ein Viertel der Bulimieklientinnen (7) und ein Drittel (5) der Anorektikerinnen und der Klientinnen mit Multiplen Süchten (10) in einer Wohngemeinschaft. Diese Wohnsituation beschreiben die meisten (18) als „unbefriedigend“. Auffällig oft berichten die Klientinnen, die in Wohngemeinschaften leben, von auftretenden Konflikten, die nicht konstruktiv gelöst, sondern häufig durch einen Umzug vermieden werden. Dieses Untersuchungsergebnis wird durch Angaben der Klientinnen über die Häufigkeit des Wohnungswechsels bestätigt. Ungefähr ein Viertel der Frauen (19) wechselt oft, d.h. fast jährlich die Wohnung³.

Zur Nachbarschaft bestehen nach Angaben der Klientinnen auffallend wenig Kontakte. Dies berichten mehrfach auch Klientinnen, die bereits seit mehreren Jahren in derselben Wohnung leben. Mit diesen Aussagen bestätigen die Klientinnen die Untersuchungsergebnisse dieser Studie, die auf eine mangelnde Integration im sozialen Netz hinweisen.

8.1.6 Das Freizeitverhalten und die Freundschaften

In diesem Kapitel werden die Aussagen der Klientinnen über das Freizeitverhalten und über frühere und heutige Freundschaften erörtert, um näheren Aufschluss

¹ In zwei Fällen lebten andere Verwandte mit im Familienhaushalt.

² ENGSTLER (in einem Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1999, S. 32) führt Statistiken an, nach denen 1991 (im früheren Bundesgebiet) 27,9 Prozent aller Kinder im Alter von 10-14 Jahren im gleichen Haus oder in der Nachbarschaft ihrer Großeltern lebten.

³ Da mit den Klientinnen nicht über die Auswirkungen der Wohnsituation auf ihr Befinden gesprochen wurde, können hierzu keine Aussagen gemacht werden.

über die Qualität der Kontakte zu den sozialen Umwelten zu erhalten.

Die Hälfte der Klientinnen (38) gibt im Allgemeinen Fragebogen an, sie würden ihre **Freizeit** alleine verbringen. Zwei Drittel (48) geben an, ihre Freizeit zu einem großen Teil mit Freunden und Bekannten zu verbringen¹. Etwa ein Viertel der Klientinnen (14) gibt an, die Freizeit hauptsächlich mit dem Partner zu verbringen. Nur vier Klientinnen verbringen nach ihren Angaben die Freizeit mit den Eltern oder den Geschwistern². Ungefähr ein Drittel der Klientinnen (24) betreibt in der Freizeit Sport und ein Drittel (26) beschäftigt sich mit einem Hobby. Eine Minderheit (8) gibt an, in ihrer Freizeit hauptsächlich im Haus, Garten oder Haushalt zu arbeiten.

Die Magersuchtklientinnen geben häufiger als die anderen Klientinnen an, ihre Freizeit hauptsächlich alleine oder mit Freundinnen zu verbringen. Keine der Magersuchtklientinnen geht in Gaststätten oder ist in Vereinen aktiv, statt dessen bewegen sie sich in oftmals exzessiver Weise, sie schwimmen, laufen oder fahren Rad. Diese Klientinnen treiben mehr Sport als die Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen, es sind hauptsächlich Sportarten, die sie alleine durchführen können und die die Möglichkeit bieten (oder scheinbar bieten), "Kalorien abzutrainieren".

Bei der Ausübung einer Sportart berichten mehrere Magersuchtklientinnen von einer Überbelastung:

Karin nahm zusammen mit ihrer Schwester an einer Weltmeisterschaft im Segeln teil, der Vater habe die Töchter dazu getrieben.

Christine nimmt in der Begleitung ihres Vaters an Surfregatten teil.

Gabi fährt nach jeder Mahlzeit zehn Kilometer mit dem Sportfahrrad.

Zufrieden oder einigermaßen zufrieden mit ihrer Freizeitgestaltung sind von den Bulimieklientinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten etwa die Hälfte (26

¹ Mehrfachnennungen waren möglich.

² Dieses Untersuchungsergebnis ist eine Bestätigung der Angaben einer geringen Kontakthäufigkeit der erwachsenen Klientinnen mit den Eltern und Geschwistern (siehe ausführlicher das Kapitel 8.2.5: "Das Kontaktnetz").

Kl.), von den Magersüchtigen etwa drei Viertel (11 Kl.). Dreiunddreißig Klientinnen geben an, mit ihrer Freizeitgestaltung sehr unzufrieden zu sein.

In der Regel haben die Klientinnen mehrere **Freundinnen**, wenn auch nur wenige intensive Beziehungen. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten und die Bulimieklientinnen geben zu drei Vierteln (42 Kl.) an, auch in der Vergangenheit immer ein paar Freundinnen gehabt zu haben. Die Magersüchtigen geben dies etwa zur Hälfte (9) an. Die Klientinnen, die Kontakte zu Freundinnen angeben, sehen diese mehrmals pro Woche. Fünfzehn Klientinnen, vornehmlich Klientinnen mit Multiplen Süchten, haben nach ihren Angaben keine Freundinnen. Diese fühlen sich einsam und allein. Dieses Untersuchungsergebnis weist auf die soziale Deintegration einer Teilgruppe der Klientinnen hin.

Insgesamt äußern die Klientinnen mehrheitlich, in der Freizeit aktiv zu sein. Die Aktivitäten in der Freizeit sind wesentlich durch das Bemühen um eine Gewichtsreduktion überlagert. Von formellen Kontakten, z.B. in Vereinen, berichten nur wenige Klientinnen. Diese Untersuchungsergebnisse widersprechen den Untersuchungsbefunden einer Studie von WEBER und STIERLIN (1989), nach der fast alle magersüchtigen Klientinnen¹ den Kontakt gegenüber der peer group abgebrochen haben.

8.1.7 Die Einschätzung des eigenen Gewichts und das der Angehörigen

Um zu erfahren, ob Zusammenhänge zwischen den Essstörungen der Klientinnen und einem „problematischen Gewicht“ (Unter- oder Übergewicht) in der Kindheit oder einer Auffälligkeit des Gewichts eines Familienangehörigen bestehen, werden die Klientinnen im Allgemeinen Fragebogen um eine Selbsteinschätzung ihres Gewichts² (von der Kindheit bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung) und das der Familienangehörigen gebeten. Bei diesen Einschätzungen ist zu berücksichtigen, dass das Gewicht vieler Klientinnen im Laufe der Jahre mehrfach

¹ Auch BRUCH (1980) berichtet, die Magersüchtigen hätten nur wenige Freundschaften.

² Die Klientinnen sollen einschätzen, ob sie stark untergewichtig, untergewichtig, normalgewichtig, etwas übergewichtig oder stark übergewichtig sind.

wechselte und die Angaben durch das problematische Körpergefühl und die verzerrten Körperwahrnehmungen beeinträchtigt sein können.

Die folgende Tabelle stellt die Selbsteinschätzungen des Gewichts der Klientinnen dar:

	Starkes Untergewicht	Untergewicht	Normal- gewicht	Übergewicht	Starkes Übergewicht
Bulimie N = 26	-	-	12	13	1
Anorexie N = 16	5	9	2	-	-
Mult. Sü. N = 31	-	5	9	15	2

Tab. Nr. 8: Selbsteinschätzung des Gewichts

Die magersüchtigen Klientinnen schätzen sich in der Mehrheit als etwas, ein Drittel der Klientinnen als stark untergewichtig ein. Von diesen Klientinnen sind nach einer **Überprüfung des Gewichts** anhand des (sozial konstruierten) „body-mass-Index“ (BMI) 14 stark untergewichtig. Die subjektive Wahrnehmung des Gewichts widerspricht demnach erheblich dem „objektiven Gewicht“, wie es im BMI definiert ist. Mit dieser Einschätzung konfrontiert, korrigieren nur wenige Klientinnen ihren Eindruck. Die Hälfte der Bulimieklientinnen schätzt sich als normalgewichtig ein, die andere Hälfte als etwas übergewichtig. Eine Klientin schätzt sich als stark übergewichtig ein. Hier sind vier Klientinnen etwas untergewichtig und diejenigen, die nach ihrer Einschätzung etwas übergewichtig sind, normalgewichtig. Die meisten Klientinnen mit Multiplen Süchten schätzen sich als übergewichtig ein. Diese sind ebenfalls bis auf zwei Klientinnen normalgewichtig, eine dieser Klientinnen ist untergewichtig. Generell besteht bei den Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen die Tendenz das eigene Gewicht

zu überschätzen. In diesem Zusammenhang äußern zwölf Klientinnen die Befürchtung, mit "mehr Gewicht" als „unattraktiv“ eingeschätzt zu werden¹.

Im Folgenden soll über die von den Klientinnen angewandten **Methoden der Gewichtsregulation**² berichtet werden: Alle magersüchtigen Klientinnen geben Diäten und Fasten als eine Methode zur Kontrolle des Gewichts an. Ergänzt werden diese Methoden von fast allen (14 Kl.) durch übermäßige Bewegung. Dahinter steht die überzogene Vorstellung, das Gewicht durch entsprechende ständige Bewegung verringern zu wollen. Die Benutzung von Appetitzüglern und Abführmitteln wird von den meisten magersüchtigen Klientinnen (10) verneint. Möglicherweise wird der Gebrauch dieser Mittel von vielen Klientinnen tabuisiert³. Von den magersüchtigen Klientinnen erbrechen sieben zumindest gelegentlich.

Auch die Bulimieklientinnen wenden die verschiedensten Diäten und Fastenkuren neben dem Erbrechen als ein Mittel zur Gewichtskontrolle und -regulierung an. Die Hälfte der Klientinnen (14) gibt an, in der Vergangenheit Abführmittel genommen zu haben, ein Drittel (8) habe Appetitzügler eingenommen. Zwanzig der Klientinnen mit Multiplen Süchten wechseln zwischen Diäten, Fasten und Erbrechen und nehmen nach ihren Angaben Appetitzügler und Abführmittel als Mittel zur Gewichtsreduktion. Von den Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen geben fünf an, dass sie als eine Methode zur Kontrolle ihres Gewichts auch Klistiere benutzten.

Um das Gewicht der Klientinnen während verschiedener Lebenszeiträume zu analysieren, wurden sie gebeten, ihr Gewicht (in den Kategorien: Übergewicht, deutliches Übergewicht, Idealgewicht, Normalgewicht, Untergewicht, deutliches Untergewicht oder körperlich bedrohendes Untergewicht) in einer Tabelle für verschiedene Altersstufen (1, 3, 6, 12, 21, 25, 27, 30 und 36 Jahre) einzutragen.

¹ Auf Nachfrage betonen mehrere dieser Klientinnen von ihrem jetzigen oder früheren Partner nicht zum Abnehmen gedrängt worden zu sein.

² Die angewandten Methoden zur Gewichtsregulation waren z.T. nur ungenau zu eruieren, da die Klientinnen nur ungern über diese Mittel sprechen und deren Gebrauch vermutlich bagatellisieren.

³ Auch von mir wurde der Gebrauch dieser Mittel, so musste ich im nachhinein feststellen, nicht genügend beachtet.

Vier typische Beispiele sollen grafisch dargestellt werden:

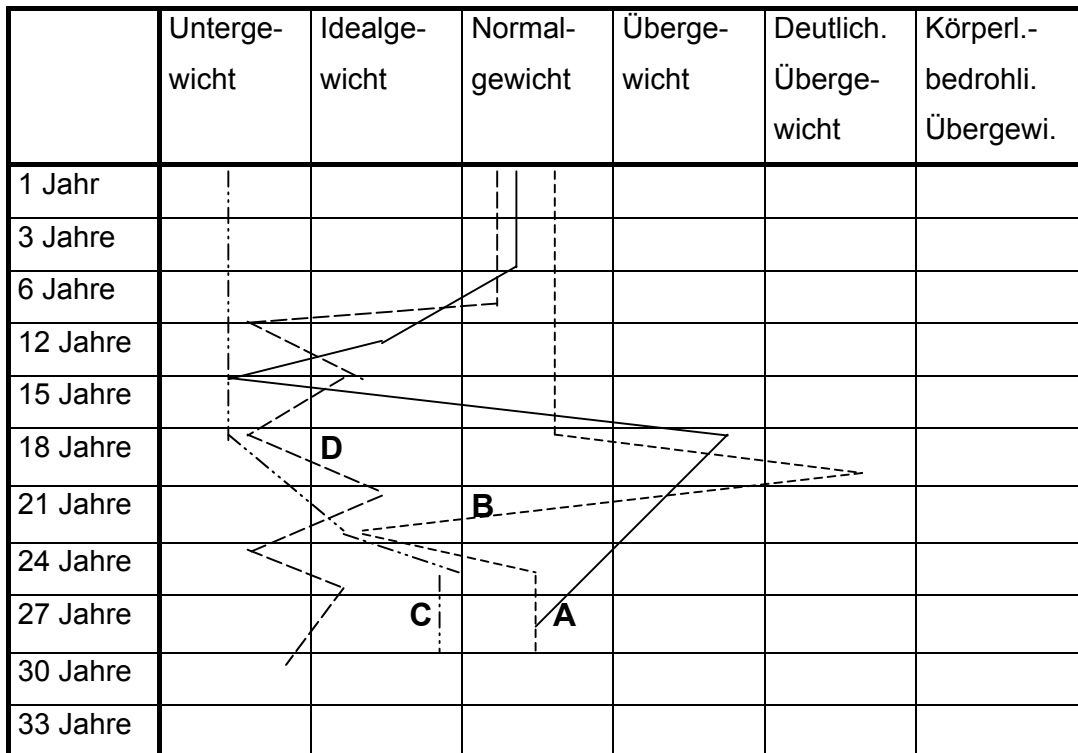


Abb. Nr.: 16: Gewichtsverläufe

Beispiel A, Bulimie: _____

- Normalgewicht in den ersten drei Lebensjahren, Idealgewicht bis zum achten Lebensjahr, anschließend bis ca. zum zwölften Lebensjahr Untergewicht, ab 15. Lebensjahr Übergewicht, heute mit 25 Jahren Normalgewicht.

Beispiel B, Multiple Süchte: -----

- Als Kind normalgewichtig, Übergewicht mit 18 Jahren, mit 21 Jahren Idealgewicht, ab 23 Jahren Normalgewicht.

Beispiel C, Multiple Süchte: -----

- Untergewicht bis 15 Jahre, Idealgewicht bis 21 Jahre, später Normal- bis Idealgewicht.

Beispiel D, Magersucht: -----

- Normalgewicht als Kleinkind, ab 6 Jahren Untergewicht, später wechselndes Gewicht zwischen Untergewicht und Idealgewicht.

Häufige auffällige Gewichtsschwankungen im Laufe des Lebens fallen bei der Hälfte der Klientinnen (38) auf (alle Untersuchungsteilgruppen). Zehn der magersüchtigen Klientinnen meinen, dass sie früher ideal- oder untergewichtig gewesen seien. Vier Magersüchtige geben an, in der Kindheit normalgewichtig gewesen zu sein. In zwei Fällen wird ein deutliches Übergewicht angegeben. Auch bei den Bulimieklientinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten wechselt häufig das Gewicht in den verschiedenen Phasen der Kindheit, Jugend und des frühen Erwachsenenalters. Hier geben insgesamt achtzehn der Klientinnen dieser beiden Untersuchungsteilgruppen an, als Kind etwas, bzw. stark übergewichtig gewesen zu sein. Die Hälfte der Bulimieklientinnen (12) gibt für die ersten Lebensjahre ein niedriges Gewicht an.

Insgesamt zeigt sich, dass sich bei der Hälfte der untersuchten Population im Laufe des Lebens das Gewicht in einem erheblichem Maße veränderte. Rückblickend sind diese massiven Gewichtsveränderungen für viele Fälle als Indikatoren für eine sich entwickelnde Essstörung anzusehen. Massive Gewichtsveränderungen während der Krankheitsphase geben so wichtige Hinweise für eine Veränderung der Form der Essstörung¹. Bei den meisten Klientinnen entspricht die subjektive Einschätzung des aktuellen Gewichts (insbesondere bei den Anorektikerinnen) nicht den objektiven Gegebenheiten.

Im Zusammenhang mit dem wechselnden Gewicht der Klientinnen stellt sich die Frage, ob auch Auffälligkeiten beim **Gewicht der Angehörigen** vorliegen und ob in solchen Fällen Zusammenhänge mit dem Auftreten einer Essstörung der Tochter bestehen.

Bei der Einschätzung des Gewichts der Verwandten geben die magersüchtigen Klientinnen zu fast zwei Dritteln (10) an, dass Verwandte, insbesondere die Großmütter und Mütter, übergewichtig, bzw. stark übergewichtig seien. In drei Fällen werden der Großvater und der Vater als Menschen mit "deutlichem Übergewicht" oder "Übergewicht" benannt. Fünfmal werden Geschwister als unterge-

¹ In acht Fällen wechselten Klientinnen die Form der Essstörung während der Behandlungszeit.

wichtig bezeichnet. Von den 26 Bulimieklientinnen haben nach diesen Angaben fünf der Väter und elf der Großeltern ein deutliches Übergewicht. Fünfmal wird die Mutter als übergewichtig bezeichnet. Neunmal wird erwähnt, dass die Mütter sich dicker fühlen würden, als sie seien. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten geben zwölfmal ein deutliches Übergewicht der Väter an, achtmal wird die Mutter genannt. Zwölf Klientinnen aus den drei Untersuchungsteilgruppen berichten, sich mit ihrem niedrigen Gewicht vom Gewicht der Mutter „abgrenzen“ zu wollen.

Diese Untersuchungsergebnisse lassen nach Angaben der Klientinnen für ca. die Hälfte der Familien bei mindestens einem Familienangehörigen ein deutliches Übergewicht¹ vermuten. Dieses Untersuchungsergebnis entspricht den Ergebnissen einer Studie von BRAND-JAKOBI (1984). Dieser stellt eine Adipositas der Mütter bei fast 50 % der Bulimiepatientinnen und bei einem Drittel der anorektischen Klientinnen fest. Für acht Fälle kann nach der Analyse der Genogramme davon ausgegangen werden, dass das Übergewicht der Mutter die Entwicklung der Essstörung der Tochter zumindest beeinflusste. Das oftmals lebensbedrohliche Untergewicht der Klientinnen kann als der Versuch interpretiert werden, sich gegenüber der Mutter abzugrenzen, wenn dies auch in Form einer "Gegenanpassung" geschieht.

Ob der Hinweis der Klientinnen, die Mütter hätten sich oftmals zu „dick“ gefühlt, zutrifft und ob dies in einem Zusammenhang mit dem Auftreten der Essstörungen der Töchter steht, müsste mit anderen Untersuchungsmethoden, unter Einbeziehung der Angehörigen, eruiert werden. Im Rahmen einer solchen weiteren Studie sollte auch überprüft werden, wie „objektiv oder verzerrt“ die Klientinnen das Gewicht ihrer Angehörigen einschätzen und welchen sozial vermittelten Konstruktionen die Klientinnen und ihre Angehörigen bei der Angabe des Gewichts folgen.

¹ Ein auffallendes Untergewicht wird nur zweimal angegeben.

8.1.8 Das Sexualleben der Klientinnen

Eine der Fragestellungen dieser Studie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Sexualleben der Klientinnen und dem Auftreten der Essstörungen. Das Thema Sexualität ist ein mit vielen, oft schamvollen Emotionen besetztes Thema. Bis auf vier Ausnahmen waren die Klientinnen jedoch bereit, über ihre Sexualität zu sprechen. Die Untersuchungsergebnisse sollen im Folgenden differenziert für die einzelnen Untersuchungsteilgruppen dargestellt werden:

Für die **Anorektikerinnen** sind folgende Aussagen typisch¹:

Petra berichtet über ihre Sexualität, dass die "erste Regel nebenbei passierte", ihre Mutter habe sich wenig darum gekümmert. Auch heute wolle sie die Regel möglichst nicht wahrnehmen.

Marlies: In ihrer Familie sei über Sexualität nicht gesprochen worden. Bei sexueller Selbstbefriedigung habe sie oft gedacht, dies sei eine schwere Sünde, die sie beichten müsse.

Gudrun erlebt sich als sehr gehemmt und unsicher in sexuellen Kontakten. Sie erlebt in diesem Zusammenhang Angst- und Schuldgefühle; „Sexualität sei unmoralisch“. In ihrer Familie sei über Sexualität nicht gesprochen worden.

Auch Sandra (26J.) berichtet, dass es in ihrer Familie sehr schamhaft zugegangen sei. Im Wesentlichen sei sie in der Schule aufgeklärt worden. Angst- und Schuldgefühle habe sie nicht gehabt. Sie habe jedoch, da sie gehemmt sei, noch keine sexuelle Beziehung gehabt.

In Margrets Familie ist Sexualität ein Tabuthema. Sie berichtet, dass sie sich in ihrer Sexualität in früheren Partnerschaften auf Dinge eingelassen habe, für die sie sich heute schäme. Genauer möge sie diese "Dinge" nicht beschreiben.

Die Anorektikerinnen beschreiben fast alle (14) einen "schamhaften Umgang" mit der Sexualität in den Familien. Sie schildern mehrheitlich (10) ein unbefriedigendes Sexualleben und berichten fünfmal von sexuellen Kontakten, zu denen sie "keine Lust gehabt" hätten. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen Unter-

¹ In der Regel fasse ich die Aussagen der Klientinnen im Konjunktiv zusammen, um auch sprachlich kenntlich zu machen, dass es "Ansichten" sind, die ich wiedergebe.

suchungsbefunde von BRAND-JAKOBI (1984), STIERLIN u. WEBER (1989) und SELVINI-PALAZZOLI (1984), wobei BRAND-JAKOBI für seine Population noch seltenere sexuelle Kontakte feststellt¹.

Auch für die **Bulimieklientinnen** sollen zunächst typische Aussagen vorgestellt werden:

Christel berichtet, dass es in ihrer Familie sehr schamhaft zugegangen sei. Sie habe früher häufig das Gefühl gehabt, Sexualität sei etwas Schlechtes, Dreckiges. Sexualität sei ein Tabuthema gewesen, heute sei Sex sehr wichtig für sie, auch wenn sie ein unbefriedigendes Sexualleben führe.

Sabine schildert ebenfalls, dass es in ihrer Familie sehr schamhaft zugegangen sei. In der Sexualität erlebe sie bis heute Angstgefühle und Unsicherheit.

Anke berichtet, dass Sexualität in ihrer Familie als etwas Schmutziges erlebt wurde und sie im Konflikt stand, einerseits nicht "schmutzig sein" zu wollen und andererseits Sexualität leben zu wollen. Sie habe zeitweise Kontakt zu Männern gehabt; ihre Mutter habe zu diesen Kontakten gesagt, sie sei „ein Spielball für Männer“. Sie berichtet, ihre Mutter habe gesagt, wer „sich die Haare färbt, sei eine Nutte“.

Im Allgemeinen Fragebogen² gibt die Hälfte der Bulimieklientinnen (14) an, ein „unbefriedigendes Sexualleben“ zu haben. Ein Viertel (7) erlebt sich in ihrer Sexualität als unsicher und ängstlich, die Hälfte (14) als gehemmt. Bisher keinen sexuellen Kontakt gehabt zu haben, teilen zwei der Klientinnen mit, für ein Drittel (8) sei Sex eigentlich unwichtig, für ebenfalls ein Drittel (7) wichtig. Als in sexuellen Dingen frei schätzen sich ein Fünftel (5) der Bulimieklientinnen ein, ein befriedigendes, bzw. sehr befriedigendes Sexualleben gibt ebenfalls ein Fünftel (5) an. Ein Drittel dieser Klientinnen (9) gibt an, sexuelle Kontakte gehabt zu haben, ohne dass dies ihrem Bedürfnis entsprach. Im Gespräch begründen vier Klientinnen dieses Verhalten mit der Angst, sonst abgelehnt zu werden.

¹ BRAND-JAKOBI gibt an, 50 - 70 % der Anorektikerinnen hätten niemals oder nur selten sexuellen Kontakt. Nur in vier Prozent der Fälle werde die Sexualität als befriedigend erlebt.

² Mehrfachnennungen sind möglich.

Bis auf vier Klientinnen, die äußern, in ihrer Familie sei es in sexuellen Dingen offen und frei zugegangen, geben alle Klientinnen an, dass es in ihrer Herkunftsfamilie in sexuellen Dingen schamhaft zugegangen sei oder über sexuelle Dinge nicht gesprochen wurde. Ein Widerspruch zeigt sich jedoch bei einem Viertel der Bulimieklientinnen (6), die mitteilen, sie seien durch die Eltern aufgeklärt worden. Anders als die Anorektikerinnen berichten drei Viertel von sexuellen Kontakten in den letzten Jahren. Die meisten dieser Klientinnen sprechen oder deuten sexuelle Probleme an. Da hierüber nur in Ausnahmefällen (mit dem männlichen Gesprächspartner) ausführlicher gesprochen wird, sind keine genaueren Aussagen möglich.

Die Klientinnen mit **Multiplen Suchtverlauf** berichten von besonders massiven Problemen in ihrer Sexualität¹. Auch hier werden zunächst beispielhafte Aussagen vorgestellt:

Birgit berichtet, Sexualität sei in ihrer Familie ein Tabu gewesen, hierüber sei nicht gesprochen worden, obwohl die Eltern im FKK-Verein gewesen seien. Ihr Vater sei ein "geiles Schwein", er habe andere betatscht, auch sexuelle Gewalt gegenüber ihrer Mutter ausgeübt, und wenn sie es zugelassen hätte, auch ihr gegenüber.

Für Anne sei Sexualität schon immer problematisch gewesen. Sie sei früher sehr "lustfeindlich" gewesen. In ihrer Familie sei es sehr schamhaft zugegangen. Erst im Alter von 27 Jahren sei sie sich ihrer eigenen sexuellen Bedürfnisse bewußt geworden. Sie habe heftige Schuldgefühle gehabt, wenn sie etwas Lustvolles getan habe. Ihre Sexualität sei auch heute (34 J.) noch immer unbefriedigend, sie sei hierbei sehr ängstlich.

Helga gibt an, dass sie Sexualität früher nur unter Alkohol ertragen habe.

Ammelie berichtet, dass sie ein einigermaßen befriedigendes Sexualeben habe. Häufiger hätte sie sexuellen Kontakt gehabt, obwohl sie keine Lust hatte. Sie könne, wie auch in anderen Situationen, in der Sexualität nur schlecht nein sagen.

Bärbel: In ihrer Familie sei es sehr schamhaft zugegangen. Sexualität sei für sie heute eher unwichtig, sie habe ein unbefriedigendes Sexualeben, sei eher

¹ Auf die besondere Häufigkeit von sexuellen Gewalterlebnissen wird im nächsten Kapitel eingegangen.

gehemmt und habe häufiger sexuellen Kontakt, obwohl sie keine Lust habe, warum, wisse sie nicht.

Elke schildert, dass in ihrer Familie nicht über Sexualität gesprochen wurde; sie habe ihre Sexualität als sehr problematisch erlebt. Zu ihrem Partner habe sie nur selten sexuellen Kontakt, den sie sich aber sehr wünsche.

Doris: In den Gesprächen wird deutlich, dass sie sich von ihrem Partner sexuell erniedrigen ließ und dass sie sich in Verbindung mit sexuellen Kontakten immer wieder schlagen ließ. Zum Zeitpunkt der Therapie hat sie keine sexuelle Beziehung. In den letzten Jahren habe sie sich als sehr gehemmt erlebt. Unter Alkoholeinfluß habe sie sich auf eine Reihe von Männern "eingelassen".

Julia schildert, dass sie Komplexe wegen der Größe ihrer Brüste habe. Sie habe noch nie einen sexuellen Höhepunkt erlebt. Mit ihrem Sexualleben sei sie nicht zufrieden. Im Moment wolle sie kein Sexualleben führen, denn sie könne sich nicht frei geben und blocke alles ab. Sie sei nicht in der Lage, sich fallenzulassen; sie erlebe sich als sehr gehemmt.

Tanja (30 Jahre) ist es sehr peinlich, über ihre Prostitutionserfahrungen zu sprechen, da sie Sexualität angeboten habe, um Liebe und Anerkennung zu bekommen. (Als zwanzigjährige hat Tanja erniedrigende Kontakte zu Dealern und Zuhältern.)

Ute schildert, wie wichtig ihr Sexualität sei und wie sehr sie sich nach Berührung sehne. Allerdings sagt sie, es wolle "ja kein Mann etwas mit mir zu tun haben." Sie sieht einen Zusammenhang mit ihren Ängsten, die sie hindern, auf die Straße zu gehen. Sie berichtet, dass sie in der Vergangenheit häufig von Männern sadistisch benutzt worden sei und es ihr auch gefallen habe, "das zu machen", denn sie habe das Verlangen gefühlt, sich selbst zu quälen und tue dies auf anderem Wege auch heute noch. Sie sei einmal selbst gewalttätig gewesen und habe auf ihrem Freund gesessen und ihn gewürgt. Sie schildert außerdem Phasen, in denen sie über Sexualität Kontakt aufnahm: "Ich habe sehr viel Sexualität gelebt, womit ich auch Schwierigkeiten hatte, da ich so potent war." (Vermutlich stehen Utes sexuellen Probleme mit sexuellen "Übergriffen des Vaters", wie sie es nennt, in einem ursächlichen Zusammenhang.)

Die Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten fast alle von z.T. sehr massiven sexuellen Problemen. Im Unterschied zu den anderen Untersuchungsteilgruppen

berichten sie von häufigeren sexuellen Kontakten, mehrfach in Verbindung mit Gewalterlebnissen. Oft wird Alkohol als Hilfsmittel eingesetzt, um Sexualität leben oder ertragen zu können.

Im Allgemeinen Fragebogen¹ werden die Klientinnen gebeten, anzugeben, von wem sie im Wesentlichen aufgeklärt worden seien. Die Hälfte der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen (37) gibt an, durch gleichaltrige Bekannte und ein Drittel durch Bücher aufgeklärt worden zu sein. Fünfzehn Klientinnen geben an, durch die Schule aufgeklärt worden zu sein. Acht Klientinnen geben an, dass sie nach ihrer Meinung ungenügend aufgeklärt wurden. Hier zeigt sich in den Aussagen der Klientinnen ein Widerspruch: Obwohl fast alle Klientinnen betonen, das Thema Sexualität sei tabu gewesen, ist es bei mindestens einem Viertel (21) der Klientinnen zumindest kurz in der Familien besprochen worden.

Vierzehn Klientinnen nennen im Allgemeinen Fragebogen als Auslöser für ihre Essstörungen sexuelle Probleme. Im Gespräch hierauf angesprochen, wird neben Gewalterfahrungen (s.u.) von zwölf Klientinnen ein Zusammenhang zwischen dem Umgang mit Sexualität in den Herkunftsfamilien und mit dem Auftreten der späteren Essstörungen hergestellt. Vom Elternhaus und der Schule seien sie ungenügend auf sexuelle Themen und Kontakte vorbereitet worden. Hemmend habe das familiäre Tabu über Sexualität zu sprechen gewirkt. Zudem berichten zehn Klientinnen bei Problemen und Fragen bezüglich der Sexualität, von den Familienmitgliedern abgewertet worden zu sein.

Nach den Untersuchungsergebnisse dieser Studie kann so für die überwiegende Mehrheit der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen von sexuellen Problemen ausgegangen werden. Mehr als die Hälfte (41) der Klientinnen berichtet von einem "unbefriedigenden" Sexualleben. Die Untersuchungsteilgruppen unterscheiden sich jedoch in der Art der geschilderten Problembereiche². Die Anorektikerinnen erwähnen öfter als die Klientinnen der

¹ Mehrfachnennungen sind möglich.

² Auf einige Forschungsergebnisse der Literatur soll hingewiesen werden: Nach KIESELBACH (1988) erleben Bulimieklientinnen den Sexualkontakt überwiegend als befriedigend, 50 % hätten in den letzten Monaten mindestens einen Sexualkontakt pro Woche als angenehm erlebt. TARANG (1985, ähnlich BRAND-JAKOBI 1984) hingegen

anderen Untersuchungsteilgruppen Schuld- und Schamgefühle. Jedoch kann nicht mit SELVINI-PALAZZOLI (1984) verallgemeinert werden, dass die Sexualität bei den Anorektikerinnen das grundlegende Problem ist und alle Patientinnen auf der prägenitalen Stufe fixiert sind. Während in der Literatur zu diesem Themenbereich (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN 1987, T. HABERMAS u. MÜLLER 1986, T. HABERMAS 1990, G. REICH 1989) im Wesentlichen auf Schuld- und Schamgefühle verwiesen wird, ist nach diesen Untersuchungsergebnissen das Tabu, über Sexualität innerhalb der Herkunftsfamilien zu sprechen ein wichtiger Auslöser für das Auftreten einer Essstörung.

Während die Anorektikerinnen in der Regel keine oder geringe sexuellen Kontakte aufnehmen, berichten die Bulimieklientinnen und die Klientinnen mit Multiple Süchten von häufigeren sexuellen Kontakten, die jedoch ebenfalls meist als unbefriedigend erlebt werden. Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie, weisen ebenso wie die Studien von BRAND-JAKOBI (1984), THARANG (1985), HORSTKOTTE-HÖCKER (1987), FEIEREIS (1989) und LANGSDORF (1986) auf schwerwiegende Probleme im sexuellen Bereich hin.

Die Analyse der Genogramme weist auf die besondere Bedeutung erfahrener sexueller Gewalt bei der Entwicklung der Essstörungen hin. Um die Bedeutung

schildert, in ihren Therapiegruppen hätten alle Frauen Sexualität als unbefriedigend und als lästige Pflichtübung erlebt. Erste sexuelle Erfahrungen seien durchweg negativ gewesen. Die Klientinnen hätten sich den Wünschen der Partner angepasst. Für FEIEREIS (1989) weisen Bulimieklientinnen sexuelle Impulse aus Angst vor Kränkung und Entwertung ab, im Gegensatz zu Magersüchtigen, die aus Gründen des gestörten Verhältnisses zum eigenen Körper Sexualität ablehnen. HORSTKOTTE-HÖCKER (1987) legt eine Untersuchung vor, nach der Bulimieklientinnen in der Regel in einer Partnerschaft leben, sie hätten jedoch oft jahrelang keinen Sexual- und Körperkontakt. Da sie sich selbst stark ablehnen würden, sei es ihnen unvorstellbar, dass jemand anderes ihren Körper gerne ansehen oder anfassen möchte. Diese Defizite würden durch Essen und Erbrechen ausgeglichen. Die sogenannte Befreiung der Sexualität habe für viele Frauen nicht mehr Selbstbestimmung gebracht, sondern eher die Fremdbestimmung verstärkt. Dies habe zu solchen selbstzerstörerischen Konfliktlösungsmöglichkeiten wie der Bulimie beigetragen. HORSTKOTTE-HÖCKER zitiert TETERT (1983), für den die untersuchten Frauen unter "Sexualstörungen im Sinne der Frigidität" leiden. Die hetero-sexuellen Beziehungen dieser Frauen würden alle Merkmale einer unreifen Beziehung und eine Summe typisch prägenitaler Konflikte zeigen. LANGSDORF (1986) verweist darauf, dass viele Bulimieklientinnen den Geschlechtsverkehr mit einem Mann ablehnen, da sie Ekel empfinden würden. Lange Phasen ohne sexuellen Kontakt können jedoch von euphorischen, sexuell sehr befriedigenden Phasen unterbrochen werden.

dessen zu betonen, wird hierauf im Folgenden gesondert eingegangen.

8.1.9 Die Klientinnen als Opfer von sexueller Gewalt

In diesem Kapitel werden Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten und dem Erleiden von sexueller Gewalt erörtert.

In der folgenden Tabelle werden die Angaben der Klientinnen über die Anzahl sexueller Gewalterfahrungen, die die Klientinnen als Kinder, Jugendliche und Erwachsene (einschließlich der Summe dieser Gewalterfahrungen) erlitten, zusammengefasst:

	gesamte Lebenszeit	als Kind	als Jugendliche	als Erwachsene
Bulimie N = 25	10	3	2	6
Magersucht N= 16	6	1	2	3
Multiple Süchte N = 32	21	7	11	12

Tab. Nr. 9: Sexuelle Gewalterfahrungen¹ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Nach den Angaben der Klientinnen wurde die Hälfte der Frauen aller Untersuchungsteilgruppen Opfer sexueller Gewalt², die in allen Lebensphasen stattfand. Die

¹ Bei der Auswertung der Angaben der Klientinnen stellt sich das Problem, dass der Begriff "sexuelle Gewalt" die verschiedensten Assoziationen auslöste. So gaben elf Frauen im Gespräch an, es für völlig normal zu halten, von einem Mann zur Sexualität gedrängt zu werden, obwohl "sie keine Lust" haben.

² Unter dem Begriff „sexuelle Gewalt“ wird von mir jede Handlung verstanden, die einer Durchsetzung des eigenen Ziels gegenüber einer anderen Person dient, ohne dass ein Einverständnis vorliegt und ohne auf mögliche Schäden Rücksicht zu nehmen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass ich die Gespräche als männlicher Therapeut führte. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit einer Therapeutin mehr über die sexuellen Probleme gesprochen worden wäre und dass vermutlich weitere sexuelle Gewalterfahrungen angegeben worden wären. Erwartet werden darf auch nicht, dass sexuelle Gewalterfahrungen bereits immer in den ersten Gesprächen angesprochen oder erinnert werden können.

häufigsten sexuellen Gewalterfahrungen (zwei Drittel) geben die Klientinnen mit Multiplen Süchten an.

Beispiele:

Marlene berichtet emotionslos und knapp von zwei Vergewaltigungen als Jugendliche.

Margret berichtet von sexueller Gewalt durch einen Onkel, auch ihre Mutter und eine Oma seien vergewaltigt worden.

Hilde berichtet über sexuelle Gewalterfahrungen als Jugendliche. Täter war ein Onkel.

Die folgende kurze Schilderung weist auf die Verknüpfung einer Vergewaltigung mit früheren und heutigen sexuellen Problemen hin:

Mit 18 Jahren erlebt Anne eine Vergewaltigung. Da sie sich nicht habe wehren können, sei Sexualität seitdem "schmutzig", so wie sie es bereits früher von ihren Eltern gehört habe. Sie habe heute noch das Gefühl, ohnmächtig zu werden, wenn sie an Sexualität nur denken würde. Sie bekomme dann Angst und müsse schneller atmen. Da sie seit dem neunzehnten Lebensjahr bulimisch sei, gehe sie von einem Zusammenhang zwischen den Essstörungen und der Vergewaltigung aus.

Fünf Klientinnen stellen in ihren Berichten einen Zusammenhang zwischen auto-aggressiven Handlungen, sexueller Gewalt und den Essstörungen her:

Sonja, eine 25-jährige Klientin mit Multiplen Süchten, berichtet von ca. wöchentlichen autoaggressiven Handlungen, die zunehmen, wenn sie versucht, nicht zu erbrechen. Sie sticht sich dann mit dem Messer ins Bein und schlägt in besonders schwierigen Situationen mit der Hand gegen Fensterscheiben, um sich zu verletzen. In einem Gespräch, nach einem Jahr Therapie, malt sie ein Bild, auf dem sie eine Person mit einem Messer sticht, sie "entmannt". Sie berichtet von Mordphantasien gegenüber Männern. Nach weiteren fünf Gesprächen ist es möglich, eine Vergewaltigung in der Kindheit (durch einen Onkel) zu thematisieren.

Am Beispiel von Helga wird die Verbindung von sexueller Gewalt mit der Familiensituation deutlich:

Als vierzehnjährige sei sie von einem Spielkameraden zum Geschlechtsverkehr gezwungen worden. Sie habe versucht, mit ihrer Mutter hierüber zu reden, diese habe davon aber nichts wissen wollen. Sie habe sich dann wie "der letzte Dreck" gefühlt. Später habe sie nicht mehr über die Vergewaltigung gesprochen, jedoch Auswirkungen in ihrer ersten Partnerschaft bemerkt. Mit ihrem damaligen Freund habe sie wie Bruder und Schwester zusammengelebt.

Typisch an diesem Fallbeispiel ist die Unmöglichkeit, mit anderen Familienmitgliedern diese Erlebnisse zu besprechen.

Aktuelle Partnerschaftsprobleme setzten fünf Klientinnen zunächst nicht in Beziehung zu den früheren Gewalterlebnissen. Die Bedeutung dessen wurde erst in späteren Therapiegesprächen deutlich. Beispielsweise schildert Renate im zweiten Jahr der Einzeltherapie und nach zehn Paargesprächen:

In der Sexualität „bei der Selbstbefriedigung und beim sexuellen Akt“ habe sie viele Schuldgefühle. Als Kind sei sie von zwei Stiefvätern vergewaltigt worden.

Zwei weitere Beispiele sollen die komplexen Zusammenhänge zwischen Sexualität, Aggressivität und der familiären Situation verdeutlichen:

Bärbel (Multiple Süchte) schildert autoaggressive Phantasien und Handlungen; sie verletzt sich ca. einmal wöchentlich mit Rasierklingen. Nach einem halben Jahr Therapie spürt sie starke Hassgefühle gegenüber anderen Menschen, insbesondere gegen Menschen, die sie gerne mag. Im Gespräch wird deutlich, dass sie Wünsche nach Nähe, auch nach sexuellen Kontakten zu Frauen und Männern, auf diese Art abwehrt. Ein weiteres halbes Jahr später kann sie von erlittener sexueller Gewalt durch ihren Bruder berichten.

Annegret (Multiple Süchte) berichtet von Selbstvorwürfen und Haßgefühlen gegenüber älteren Männern, speziell gegenüber dem Vater ihres zeitweiligen Freundes. (In späteren Gesprächen wird deutlich, dass sie ihre Erfahrungen mit sexueller Gewalt durch ihren Vater auf Männer "überträgt", die sich gegenüber Frauen abwertend verhalten.)

Zusammenfassung:

Ein erheblicher Teil der Klientinnen (mindestens ein Drittel der Magersucht- und Bulimieklientinnen und ca. zwei Drittel der Klientinnen mit Multiplen Süchten)

erlebte sexuelle Gewalt¹. Diese Befunde, stimmen mit Schätzungen überein, nach denen jede dritte Frau sexuelle Gewalt erleidet. SACHARTSCHENKO und GIES (1996)² gehen zudem von einem eindeutigen Zusammenhang zwischen Suchtmittelmissbrauch und sexuellen Übergriffen, bzw. sexueller Gewalt aus und verweisen auf verschiedene Untersuchungen, nach denen suchtmittelabhängige Frauen bis zu ca. 74 % „sexuellen Missbrauch“ erfahren haben (im Vergleich zu 50 % der nicht süchtigen Frauen einer Vergleichsgruppe). Nach der Analyse der Genogramme³ ist davon auszugehen, dass Essstörungen und Multiple Süchte häufig in einem ursächlichem Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen stehen⁴.

8.1.10 Suizidalität der Klientinnen und ihrer Angehörigen

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit dem Zusammenhang zwischen den Suizidversuchen der Klientinnen und ihrer Angehörigen und dem Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten.

Fast die Hälfte (9) der **Bulimieklientinnen** äußern, manchmal Suizidgedanken zu haben, drei Klientinnen geben an, häufig Suizidgedanken zu haben. Vier geben an, einen Suizidversuch unternommen zu haben; bei einer Klientin kommt es während der Behandlungszeit zu einen Suizidversuch⁵. Bei den Klientinnen mit **Multiplen Süchten** ist der Anteil an Suizidversuchen besonders hoch. Zwölf Klientinnen dieser Untersuchungsteilgruppe berichten von Suizidversuchen.

¹ Mehrfach sind die Klientinnen der Meinung, sie hätten selber an den sexuellen Gewalterlebnissen (Mit)Schuld, und von daher seien die Handlungen der Täter keine „richtige“ sexuelle Gewalt.

² Für eine eigene Untersuchung (das Klientel einer Fachklinik) gehen die Autoren davon aus, dass 60 bis 80 % der abhängigen Frauen von „sexuellem Missbrauch“ betroffen sind.

³ Im Rahmen der genografischen Mehrebenenanalyse war eine Thematisierung dieser Zusammenhänge nur begrenzt möglich. Bei der Erstellung des Genogramms konnte dieses Thema nur kurz erörtert werden, erst in einer längeren Therapie war eine genauere Analyse sinnvoll.

⁴ Nach der Analyse der Genogramme kann eine noch weiter zu untersuchende These aufgestellt werden: Die sexuellen Gewalterfahrungen führen besonders dann zu der Entstehung von Essstörungen und Multiplen Süchten, wenn sie mit Dysfunktionen in den Herkunftsfamilien zusammentreffen.

⁵ Während des Berichtszeitraumes beging eine Bulimieklientin einer Kollegin, deren Krisensituation als bewältigt erschien, Suizid.

Während der Behandlungszeit unternahmen zwei dieser Klientinnen Suizidversuche. Von den **Magersuchtklientinnen** berichten acht über Suizidgedanken und drei über Suizidversuche.

Bezüglich der **Familienangehörigen** teilen vier Magersuchtklientinnen einen Suizid einer Großmutter, zwei Bulimieklientinnen einen Suizid bei Großmüttern, drei Suizidversuche von Vätern und zwei von Geschwistern mit. Von den Klientinnen mit Multiplen Süchten geben zwei einen Suizid eines Vaters, einen Versuch einer Mutter und vier Versuche eines Großvaters, an. Da Suizidversuche in den Familien oftmals einem Tabu unterliegen, kann vermutet werden, dass die Klientinnen manche Suizidversuche nicht berichten oder dass diese ihnen nicht bekannt sind.

Achtzehn Klientinnen, insbesondere die Frauen mit Multiplen Süchten, berichten von **Selbstverletzungen** (mit Messern, Rasierklingen oder ähnlichen Gegenständen über einen mehrjährigen Zeitraum) in Verbindung mit Suizidgedanken. Zu diesen autoaggressiven Verhaltensweisen, bei denen die Aggressionen gegen den eigenen Leib gerichtet werden, kommt es besonders bei verstärktem sozialen Rückzug. Gemeinsam mit Suizidversuchen sind sie Ausdruck von autoaggressivem Verhalten, wenn ein anderer Ausdruck der Aggressionen nicht möglich erscheint.

Solche Selbstverletzungen werden oft erst in anderen Gesprächszusammenhängen deutlich:

Annettes Freund Harald erzählt in einem Paargespräch, dass Annette seit Wochen ein Fahrrad fährt, dessen Bremsen nicht funktionieren. Es wird deutlich, dass Annette "es darauf ankommen lässt, rechtzeitig anzuhalten oder sich zu verletzen". Eine sonst praktizierte Form der Selbstverletzung, die beide erzählen, sind Schnitte mit der Rasierklinge. Annette: "Das Blut bildet auf den Fliesen im Badezimmer solche schönen Muster. Es ist befreiend zu sehen, wie das Blut läuft."

Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich viele Klientinnen über lange Phasen ihres Lebens mit Suizidphantasien beschäftigten und ca. ein

Fünftel der Probandinnen einen Suizidversuch unternahm. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen entsprechende Studien mit Anorektikerinnen und Bulimieklientinnen¹.

8.2. Die familialen Beziehungen

„*Im Anfang ist die Beziehung.*“ MARTIN BUBER (1923)

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt, die sich im Rahmen der Mehrgenerationenperspektive mit Fragen nach den Zusammenhängen zwischen den Beziehungen der Klientinnen zu ihren Eltern, Großeltern, Geschwister und Partnern und dem Auftreten der Symptome der Essstörungen und der Multiplen Süchte beschäftigen. Dieser Darstellung aus Sicht der Klientinnen, bei der sich die subjektiven Aussagen der Klientinnen nur z.T. quantifizieren lassen, schließt eine Beschreibung der Familienmitglieder ein. Begonnen wird mit einer Beschreibung der Eltern-Kind-Beziehungen.

8.2.1 Die Eltern-Kind-Beziehungen

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Klientinnen ihre Eltern beschreiben und wie sie die Beziehungen zu ihnen erleben. Da die Berichte der Bulimieklientinnen in vielen Aspekten typisch für die drei Untersuchungsteilgruppen sind, werden die Untersuchungsergebnisse des Allgemeinen Fragebogens nur für diese Untersuchungsteilgruppe vorgestellt. Bei der Darstellung der Fragebogenergebnisse der Anorektikerinnen und der Klientinnen mit Multiplen Süchten wird "wesentliches" hervorgehoben.

Begonnen wird mit typischen beispielhaften Beschreibungen der **Mütter von Buli-**

¹ Siehe LÄSSLE (1987), BLANCK (1984), MESTER (1981) und WITTCHEN u.a. (1989). Anders sieht diesen Zusammenhang SELVINI-PALAZZOLI (1984). Sie ist bei Anorexieklientinnen überzeugt, dass "*keine von ihnen jemals den bewußten Wunsch nach Auslöschung durch Suizid hatte.*" (S.101) Das Krankheitsbild schließt nicht einmal einen unbewußten Suizidversuch ein.

miekliebtinnen:

Bärbel schildert, ihre Mutter sei willensstark, lustig, großzügig; sie habe häufig Vorschriften gemacht. Ihre Mutter habe keine Freundinnen und Bekannte, Kontakt habe sie nur mit ihrer Schwester und deren Sohn gehabt. Die Mutter könne sich in der Familie sehr gut durchsetzen, sei fleißig, werde schnell wütend, sei anderen gegenüber gehemmt und zurückhaltend. Sie arbeite sehr viel und nähme sich viel Zeit für die einzige Tochter. Um diese habe sie viel Angst. Aus dieser Angst heraus sei sie ständig ermahnt worden.

Erikas Mutter sei „lieb, arbeitswütig, geschickt und tüchtig“. Wichtig sei ihr, dass sie und ihre Arbeit bei anderen hoch angesehen würden. Die Mutter sei oft hart, ungeduldig und verständnislos gewesen.

Im Allgemeinen Fragebogen wird die Mehrzahl der Mütter als tüchtig, klug, arbeitsam, geschickt, ordentlich, genau, tüchtig, zuverlässig und fleißig beschrieben. Die Mehrheit der Mütter habe (18) Unordnung und Unpünktlichkeit nicht ausstehen können. Fast alle Klientinnen geben an, dass die Mutter viel gearbeitet habe. Nur eine Minderheit (5) gibt an, die Mütter hätten ihre Freizeit genossen. Neben dieser positiven Beschreibung gibt die Hälfte (14) der Klientinnen an, die Mütter seien oft wütend und aufbrausend. Eine Minderheit (7) schätzt die Mütter als streitsüchtig ein. Als ängstlich schätzt die Hälfte (12) der Klientinnen ihre Mutter ein. Im Widerspruch hierzu steht jedoch die allgemeine Aussage der Klientinnen, die Mütter könnten ihre Gefühle nicht direkt ausdrücken. Von den meisten Klientinnen (19) wird die Mutter als „nicht zuversichtlich und nicht fröhlich“ eingeschätzt. Zur Hälfte (12) wird angegeben, dass sie „oft traurig war und viel klagte“. Eine Klientin gibt an, die Mutter habe häufig Suizidgedanken, ein Fünftel (5), dass dies mit Einschränkungen zutrefte. Auffallend oft (20) meinen die Klientinnen, die Mütter ließen sich „ausnutzen und seien sehr gutmütig“. Die Hälfte (13) der Mütter hätte sich gegen ihre „Eltern nicht durchsetzen“ können. Nur eine Minderheit (6) der Mütter ist nach Ansicht der Töchter mit ihrem Leben zufrieden, knapp die Hälfte (12) mit ihrer Ehe.

Über die **Beziehungen zwischen den Müttern und Töchtern** werden von den Bulimiekliebtinnen folgende Aussagen gemacht: Eine Minderheit von einem Fünftel (5) gibt an, dass die Mutter immer für sie dagewesen sei und immer Zeit

für sie gehabt hätte. Eine Minderheit (8) der Mütter habe viele Vorschriften gemacht, nach denen sich die Klientinnen richten mussten. Hingegen gibt eine überwiegende Mehrheit (18) an, sie seien ständig ermahnt worden, vorsichtig zu sein. Nur eine Minderheit (5) gibt an, häufiger gelobt worden zu sein, mehrheitlich (16) wird angegeben, dass die Mutter gegenüber der Tochter liebevoll und zärtlich gewesen sei. Fast die Hälfte (11) der Klientinnen gibt an, andere Personen hätten zwischen ihr und ihrer Mutter gestanden.

Nach Berichten der Klientinnen leben die Mütter ein "klassisches" Frauen- und Mutterbild (Hausfrau, finanziell abhängig vom Mann...). In fünf Fällen wird geschildert, dass die Mutter den männlichen Kindern mehr Bedeutung zumaß als den weiblichen. Mehrheitlich geben die Klientinnen an, dass die Mütter viel für andere da seien, viel arbeiten würden und mit ihrem Leben eher unzufrieden seien. Oftmals wird die Beziehung zur Mutter als eng beschrieben. Obwohl nur drei Klientinnen angeben, die Mutter sei für die Klientin ein positives Vorbild, können sie durchaus auch positive Aspekte an den Müttern wahrnehmen. Die pauschale Aussage von MASSING, REICH u. SPERLING (1992), die Mütter würden von den Patientinnen in der Regel tief und nachhaltig abgelehnt, kann in dieser Form nicht bestätigt werden.

Während alle Klientinnen mit ihren Müttern in der Kindheit und Jugend zusammenlebten, verstarb bei dreien der 24 Bulimieklientinnen der Vater früh; insgesamt sechs lebten über lange Zeiträume ohne Vater in der Familie. Im Folgenden werden typische Beschreibungen der **Väter der Bulimieklientinnen** zusammengefasst:

Ihren Vater beschreibt Bärbel als verschlossen; er sei sehr häufig traurig. Sie sei gerne mit ihm zusammen gewesen. In der Familie sei der Vater ein Außenseiter gewesen. Die Eltern trennen sich, als Bärbel 18 Jahre alt ist. Der Vater habe sich gegenüber der Mutter nicht durchsetzen können.

Frederike berichtet über ihren Vater, dass dieser sich oft habe ausnutzen lassen; er sei gutmütig gewesen, die Arbeit sei für ihn das Wichtigste gewesen. Er habe ständig an Frederike etwas auszusetzen gehabt und wenig Geduld gezeigt. Seine Schwestern hätten zwischen ihm und seiner Frau gestanden.

Mareike beschreibt ihren Vater als ruhig, lieb und wenig selbstbewußt. Er steht für sie bis zu ihrem zwanzigsten Lebensjahr auf einem „hohen Sockel“. Gegenüber seinen Eltern kann er sich nicht durchsetzen. In seinem Beruf, der Führung eines kleinen Geschäftes in einem Dorf, sei er sehr tüchtig. Der Vater sollte als ältester Sohn das Geschäft übernehmen. Er wollte dies ebensowenig wie seine Brüder und versuchte mehrfach einen anderen Beruf zu ergreifen. Letztlich setzen sich die Großeltern durch und Mareikes Vater übernahm das Geschäft.

Barbara beschreibt, anders als die meisten dieser Klientinnen, ihren Vater sehr negativ:

Er sei "das Mieseste auf der Welt", alles Negative würde auf ihn zutreffen. Sie hätte für ihn ein Junge sein sollen. Sie schildert ihren Vater als sehr streitsüchtig, aufbrausend und mißtrauisch. Für ihn sei seine Arbeit und sein Ansehen bei anderen sehr wichtig gewesen. Er habe häufig seine Frau geschlagen. Für seine Töchter habe er keine Zeit gehabt.

Wie der Vater von Hille, dem nächsten Fallbeispiel, werden viermal Elternteile als psychisch krank beschrieben.

Hille: Vater konnte sich häufig nicht entscheiden, er war sehr zurückhaltend und zeigte keine Gefühle. Er hatte wenige Bezugspersonen und war lieber allein. Nur bei Festen war er unter Alkoholeinfluss ausgelassener. Der Vater war mehrfach in psychiatrischer Behandlung; in jedem Frühjahr, wenn die Saat aufs Feld musste, war er suizidal. Er litt an Depressionen und beging in seinem Leben sechs Suizidversuche. Die Familienmitglieder hatten ständig Angst vor einer neuen depressiven Phase.

Die ambivalente Einschätzung der Mütter setzt sich bei den Vätern fort. Die Väter werden im Allgemeinen Fragebogen wie folgt eingeschätzt: Mehrheitlich werden sie als klug (14), geschickt (15), zuverlässig (14), fleißig (16), ordentlich und genau (16) beschrieben. Sie würden Gefühle nur indirekt zeigen (15). Mehrheitlich (15) werden sie zwar als nicht liebevoll und zärtlich eingeschätzt, aber auch nur in vier Fällen als kalt und feindselig. In der Einschätzung der Töchter widmen sich die Väter überwiegend der Arbeit. Sie hätten wenig Interesse an den

Familienmitgliedern und unterstützen eine Zuwendung der Töchter hin zu den Müttern.

Mehrheitlich seien die Väter nach den Angaben der Klientinnen mit ihrem Leben, ihrer Arbeit und ihrer Ehe zufrieden (9), bzw. eher zufrieden (8). Die Väter werden als ängstlicher und streitsüchtiger als die Mütter erlebt. Nach diesen Angaben sind die Väter eher in der Lage, sich gegenüber den Großeltern durchzusetzen (16) als die Mütter dies gegenüber ihren Eltern können.

Die **Beziehung zu den Töchtern** wird von den Klientinnen wie folgt eingeschätzt: Die Väter seien (fast immer) zuverlässig (15) gewesen, hätten sich wenig Zeit (16) für die Kinder genommen, eher wenig Vorschriften gemacht (9) und nicht alles kontrolliert (11). Die Klientinnen geben an, eher wenig gelobt (14) worden zu sein und dass die Väter ständig etwas auszusetzen (14) gehabt hätten. Achtmal berichten die Töchter, von den Vätern "nicht wirklich angenommen" worden zu sein. Vier Klientinnen berichten von körperlichen Züchtigungen. Die Hälfte der Klientinnen (11) gibt an, die Väter seien gerne mit ihnen zusammen gewesen. Eine vertrauensvolle Beziehung besteht jedoch eher nicht (15). Insgesamt ist mehr als die Hälfte der Klientinnen (14) in der Kindheit und Jugend stolz auf ihn gewesen. Ebenfalls meint ca. die Hälfte der Klientinnen, dass sie ihn enttäuscht (12) habe.

In der Kindheit werden die Väter in der Regel bewundert und als perfekt erlebt. Die Töchter wollen ihnen gefallen und bleiben ihnen oft lange loyal verbunden. In der Pubertät kehrt sich dies vielfach um. Mehrfach (5) hätten sich die Väter emotional abgewandt. Einzelne (3) Klientinnen vermuten, ihr Vater habe Angst vor seinen sexuellen Impulsen gegenüber der Tochter gehabt. Die Beziehung während der Pubertät wird häufig als konfliktreich und kontrollierend beschrieben.

Fünf Klientinnen, so legt die Analyse der Genogramme nahe, rivalisieren mit der Mutter um den Vater. In dreien dieser fünf Fälle zeigt sich eine eher "schwesterliche" Beziehung zwischen Mutter und Tochter (siehe hierzu das Kapitel 8.3.6: Substitute und Koalitionen). Weiterhin ist nach der Analyse der Genogramme der Bulimieklientinnen zu einem Drittel (9) von einer mangelnden Abgrenzung

mindestens eines Elternteils gegenüber den Großeltern auszugehen. Bei fünf dieser Bulimieklientinnen zeigt sich die Unfähigkeit, sich abzugrenzen gegenüber beiden Elternteilen.

Das Beispiel von Barbara verdeutlicht eine typische Familiensituation, in der ein Elternteil als nur positiv und ein anderes als nur negativ wahrgenommen wird: *Barbara bezeichnet ihre Mutter als "die Liebste auf der Welt". Sie habe sich nur Sorgen gemacht und tue alles für die Kinder. Mutter sei sehr ängstlich gewesen und oft hilflos, z.B. könne sie zwar das Radio anstellen, aber keinen anderen Sender suchen. Sie sei aber sonst sehr tüchtig, würde viel arbeiten, sei zuverlässig, aber sehr unselbständig. Der Vater sei nur schrecklich. Bei der Beschreibung der Beziehung der Eltern bekomme sie eine Gänsehaut. Sie könne nicht verstehen, dass die Eltern noch zusammenleben. Die schönste Zeit sei gewesen, als die Eltern sich kurzzeitig getrennt hätten. Barbara schildert, sie habe ihre Mutter immer verteidigen müssen. Ihr Vater habe sie mit 13 Jahren in ein Erziehungsheim stecken wollen. Ihre drei Jahre ältere Schwester "hätten sie von zu Hause weggenommen". Im Alter von vierzehn Jahren zieht Barbara zusammen mit ihrer Schwester in eine eigene Wohnung. Mit 17 Jahren wohnt sie ganz allein. Der Vater habe der Mutter mit Mord gedroht, als diese Barbaras Mietvertrag unterschrieb. Später habe Barbara jahrelang nicht mit ihrem Vater gesprochen, worunter die Mutter sehr gelitten habe. Inzwischen habe sich das Verhältnis etwas gebessert, leichter sei es geworden durch die Geburt von Barbaras Sohn.*

Nach der Darstellung der Untersuchungsergebnisse über die Beziehungen der Bulimieklientinnen werden im Folgenden typische Beschreibungen der Mütter der **Anorektikerinnen** vorgestellt¹.

Helga beschreibt ihre Mutter als sehr geschickt und tüchtig, sie arbeite viel und sei mit ihrer Ehe zufrieden. Sie sei sehr humorvoll und treibe viel Aufwand bei Feiern und beim Essen. Es sei ihr wichtig, den "Schein zu wahren" und einen "guten Eindruck zu machen und sich nach außen hin zusammenzureißen." Ihre Mutter war in einer kritischen Lebenssituation, als sie mit einem Mann, der auf

¹ Um Wiederholungen bei der Darstellung der Untersuchungsergebnisse zu vermeiden, werden von den Beschreibungen der Magersuchtklientinnen und der mit Multiplen Süchten nur einzelne besonders auffällige Untersuchungsergebnisse des Allgemeinen Fragebogens vorgestellt.

dem großelterlichen Hof arbeitete, zusammen war und sie von diesem ein uneheliches Kind erwartete. Während der Schwangerschaft wurde dieser Mann von ihren Eltern verstoßen. In der Folgezeit war ihre Mutter Männern gegenüber sehr verbittert. Für sie sind Frauen immer in der schlechteren Position. Sie versorgt sehr sorgsam ihren Mann und bis vor einiger Zeit ihren Vater, obwohl sie von den Großeltern wegen des unehelichen Kindes abgewertet wird.

Wie in diesem Beispiel vermitteln vier **Mütter** ihren Töchtern ein negatives Bild von Männern, dennoch werden die Männer „gut versorgt“. Von den Anorektikerinnen werden acht Mütter als ehrgeizig, aktiv und labil beschrieben, fünfmal wird sie als leidend bezeichnet. Nach Aussagen der Töchter haben die Mütter in sieben Fällen Schwierigkeiten, sich als eigenständige Personen wahrzunehmen.

Insgesamt werden die Väter von den Anorexieklientinnen als zurückhaltend (12), ordentlich und tüchtig (12) geschildert. In der Mehrzahl werden sie als korrekt (13) erlebt, können Unpünktlichkeit und Unordnung nicht ausstehen (13). Die Arbeit habe im Mittelpunkt ihres Lebens gestanden (13). Nur zwei Anorexieklientinnen beschreiben ihren Väter als kühl und drei als passiv. Mehrfach wird von frühen, intensiven und guten Kontakten (5) zu den Vätern berichtet. In der Pubertät wird das Verhältnis zum Vater schwieriger. In vier Fällen ziehen sich diese, aus Sicht der Klientinnen, zu sehr zurück.

Drei typische Beispiele sollen skizziert werden:

Christine schildert, in der Pubertät habe der Vater ihr bei Auseinandersetzungen gefehlt. Er habe lediglich gute Leistungen von ihr erwartet.

Gerda: "Vor seiner Autorität habe ich Angst. Gesetze und Leistungen sind ihm wichtig. Es ist völlig klar, dass wir ihm Leistung schuldig sind."

Elisabeth: In der Freizeit habe ihr Vater häufig an Migräne gelitten. Er sei ein sehr kontrollierter, klarer, strukturierter Mensch gewesen. Als Kleinkind habe sie sehr viel mit ihm unternommen; während ihrer Pubertät habe er sich zurückgezogen. Für ihren Vater sei der Leistungsaspekt sehr wichtig gewesen. Sie habe sich ihm gegenüber in vielem verpflichtet gefühlt.

Konflikte mit den Vätern werden im Gegensatz zu den Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen seltener ausgetragen und die Beziehungen vielfach

über die Leistungsebene geknüpft. Auffallend ist bei den magersüchtigen Klientinnen dieser Studie der hohe Anteil (4) verstorbener Väter. Zudem ist der Vater, so legt die Analyse der Genogramme nahe, oftmals emotional nicht präsent.

Fünf Klientinnen schildern, dass sie in der Kindheit lieber ein Junge sein wollten. Mehrfach werden die Töchter wie Jungen behandelt. Dies ließ sich, wie bei Helga, lebensgeschichtlich erklären:

Helga beschreibt ihren Vater als eine starke Persönlichkeit, er würde viel arbeiten, sehr korrekt sein, niemals "krumme Touren" machen, gutmütig, gefühlvoll und burschikos sein. Er sei gesellig, habe viele Freunde und sei sehr tüchtig im Beruf. Helga erlebt, dass sie ihn sehr enttäuscht habe. Sie ist stolz auf ihn. Prägend für sein Leben sei der Tod seines Vaters gewesen als er vier Jahre alt war. Bereits mit zehn Jahren habe er "den Hof übernommen". Er sei total überfordert gewesen. Seine Identität mache heute noch der Hof aus, den er jetzt aufgeben müsse. Für den Vater sei es schwierig, "nur" Mädchen zu haben, denn er befürchtet zu Recht, dass die Bauerntradition zu Ende geht. Helga versucht ihrem Vater zu gefallen und ihn nicht zu enttäuschen, indem sie sich über Jahre hinweg als Junge kleidet, um „nie eine Frau zu werden“.

Die Hälfte (8) der Magersuchtklientinnen berichtet von einer "schweren Kindheit" eines oder beider Elternteile. Beispiel:

Helga: Ihr Leben lang habe die Mutter nur gearbeitet, jetzt, wo die Kinder aus dem Haus gehen würden (zehn Kinder), sei ihre Mutter in einer Krise. Beide Elternteile hätten eine schwere Kindheit gehabt. Sie hätten früh mitarbeiten und früh Verantwortung übernehmen müssen, da jeweils ein Elternteil früh verstorben sei.

Viele Eltern mussten schon in der Kindheit, so berichten die Klientinnen, "übermäßig viel arbeiten" und Verantwortung übernehmen, auch oftmals (8) ursächlich bedingt durch den frühen Verlust von Mutter oder Vater.

Auch für die Klientinnen mit **Multiplen Süchten** werden zunächst typische Beschreibungen vorangestellt:

Regine wird mit dem ersten Lebensjahr vom Jugendamt aus ihrer Familie herausgenommen, da es in der Familie zu gewaltsamen Eskalationen gekommen sei. Sie lebt in verschiedenen Pflegefamilien, kommt zwischenzeitlich zu ihrer Familie zurück und wird von zwei Pflegevätern sexuell mißhandelt.

Lisa kommt aus einem Pastorenhaushalt, in dem es sehr repressiv zugeht. Probleme werden massiv verleugnet

Im Kapitel 8.1.2 („Weitere Abhängigkeiten der Klientinnen und der Familienmitglieder“) wurden bereits Untersuchungsergebnisse vorgestellt, nach denen bei den Familienangehörigen dieser Untersuchungsteilgruppe besonders häufig eine Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten festzustellen ist. Diese stoffgebundenen Abhängigkeiten wirken sich auf vielfache Weise auf die familiären Beziehungen aus. Ein Beispiel soll diesen Sachverhalt illustrieren:

Bärbels Vater ist Alkoholiker und die Mutter tablettenabhängig. In Folge der chronischen Abhängigkeiten kam es zu dauernden Streitigkeiten. Vor fünf Jahren hätten sich die Eltern scheiden lassen. Ihren Vater beschreibt sie als "aggressiv, geschickt, zuverlässig und misstrauisch". Er habe sie viel geschlagen, zu anderen Zeiten sei er sehr gleichgültig gewesen. Die Mutter bezeichnet sie als grau, ruhig, unscheinbar, streitsüchtig und aufbrausend. Diese habe sich gegen ihre Eltern überhaupt nicht durchsetzen können und habe sie häufig angeschrien. Ihr Leben lang sei sie mit ihrer Arbeit beschäftigt gewesen. Jedes Familienmitglied sei bereits mit einem oder mehreren Suizidversuchen belastet.

Die Klientinnen mit Multiplen Süchten beschreiben mehrheitlich äußerst dysfunktionale konflikthafte familiäre Beziehungen. Beispiel:

Karin erzählt, dass ihre Mutter zunächst keine Kinder wollte, "jedoch plötzlich drei Kinder bekommen hätte". Der Vater sah die Ehe durch die Geschwister der Frau als gefährdet. Diese hätten versucht, Einfluß zu nehmen, indem sie z.B. die Mutter darin unterstützt hätten die eigene Berufsausbildung fortzusetzen. Mit politischen Differenzen wird ein Kontaktabbruch seitens des Mannes gegenüber den Geschwistern der Frau begründet. Ein Umzug in eine andere Stadt beendet die Kommunikation der Mutter mit ihren Geschwistern. Dennoch sei der Ehemann bis zu seinem Tod ein wichtiger Halt für die Mutter gewesen. In der Beziehung zu ihrer Mutter muss Karin sich "alles anhören, was Mutter belastet".

Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter gleicht einem Geschwisterverhältnis. Im zweiten Jahr der Therapie wird ein „sexueller Missbrauch“ des Vaters an Karin deutlich. Da die Mutter ein sexuelles Verhältnis zu ihrem Sohn hatte, durfte die sexuelle Gewalt des Vaters in der Familie nicht ausgesprochen werden.

Elisabeth beschreibt ihre Eltern und ihre Familiensituation ähnlich drastisch:

Die Familie von Elisabeth sei vom Vater dominiert. Sie bezeichnet ihn als faschistoid. Er hätte Frauen total verachtet, als Kind habe sie oft Schläge von ihm bekommen. Er sei in der Lage gewesen, sich um jeden Preis durchzusetzen, habe sich selbst aber für sehr sozial gehalten. Gegenüber seiner Frau habe er oft gesagt, sie solle doch froh sein, dass sie ihn abgekriegt habe, so mollig wie sie sei. Die Mutter beschreibt Elisabeth als oberflächlich und unsicher. Ihr Leben lang sei diese schwer krank gewesen. (Sie verstarb im Alter von 58 Jahren an Krebs.) Mit ihrem Mann habe sie viel gestritten. Die Familie habe wenig Außenbeziehungen gehabt. Innerhalb des Familiensystems habe Elisabeth positive Zuwendung nur durch eine Haushälterin erhalten. In der Familie habe Essen einen hohen Stellenwert gehabt, als Strafe wurde „Essensentzug“ angewandt. Ihr Vater sei sehr gierig auf das Essen gewesen, zu Hause sei den ganzen Tag über gegessen worden. Für Elisabeths Suchtentwicklung sei entscheidend, dass Vater sich mit "Kennermiene über Frauen ausgelassen habe". Dies habe nach Elisabeths Meinung zu einem Minderwertigkeitsgefühl bei der Mutter und ihr geführt.

Marlies beschreibt ihre Eltern wie folgt:

Als Kleinkind habe Marlies zweistündig gefüttert werden müssen. In dieser Zeit habe der Vater, nach Berichten einer Tante, häufig die Mutter geschlagen, da er glaube, dass diese Marlies quäle (als Marlies das ausgespuckte Essen immer wieder „eingetrichtert“ bekommt). Die Mutter sei später noch auf Marlies sauer gewesen, "weil ich als Säugling alles wieder auskotzte, was sie teuer eingekauft habe, und weil auch andere Menschen Hunger hatten." Marlies beschreibt, dass sie häufig ein "Prellbock" zwischen den Eltern gewesen sei, zudem sei sie in der Sündenbockrolle gewesen. Sie habe sich von ihnen unverstanden gefühlt, häufig angezweifelt und kritisiert und nach Kontakt und Zuwendung gesucht, jedoch Ablehnung erfahren. Ihre Mutter habe zwischen Vater und den Kindern

gestanden. Der Stress habe sie extrem hart und müde erscheinen lassen. Ihre Eltern hätten sich nie etwas gegönnt. Der Vater sei Alkoholiker. Die Mutter habe über Jahre ein Magengeschwür gehabt.

Die Berichte der Klientinnen dieser Untersuchungsteilgruppe über ihre Eltern und über die Beziehungen zu Ihnen entsprechen vielfach denen der Bulimieklientinnen¹. Es sind jedoch zwei Unterschiede zu betonen: Die Väter und Mütter werden von den Klientinnen mit Multiplen Süchten noch „negativer“ beschrieben als von den Bulimieklientinnen und besonders viele (zwanzig) Klientinnen berichten von körperlicher oder sexueller Gewalt und/oder einer Vernachlässigung der Kinder. Diese Untersuchungsergebnisse sind weitere Hinweise auf die insgesamt sehr „desolaten“ Familienverhältnisse mit schweren familiären Funktionsstörungen dieser Untersuchungsteilgruppe.

Im Allgemeinen Fragebogen werden weitere Aspekte bezüglich der Beziehungen (alle Untersuchungsteilgruppen) zwischen den Eltern und den Kindern abgefragt. Diese Untersuchungsergebnisse ergänzen die bisher vorgestellten Befunde. Die Auswertungen dieser Fragen werden in einer Tabelle zusammengefasst:

(N = 70)	Mager- sucht N=16	Bulimie N=24	Multiple Süchte N=30
Ich hatte in den letzten Jahren das Gefühl, dass ich nicht so recht dazugehöre.	8	14	27
Manchmal kommt es mir vor, als ob ich kein richtiges Zuhause habe.	9	12	19
Ich glaube, keiner von uns hat das Gefühl, dass wir eine richtige Familie waren.	14	6	19
Jeder von uns weiß, was er zu tun und zu lassen hat. In unserer Familie herrscht Ruhe und Ordnung.	10	11	10
Wir haben wenig Zeit füreinander.	12	16	26

Tab. Nr. 10: Aspekte der Kind-Eltern-Beziehungen

¹ Daher kann, um Wiederholungen zu vermeiden, auf eine detaillierte Beschreibung verzichtet werden.

Die Mehrheit der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen sind der Ansicht, dass die Familienmitglieder zu wenig Zeit füreinander gehabt haben. Knapp die Mehrheit der Klientinnen der drei Untersuchungsteilgruppen gibt an, gefühlsmäßig „nicht so recht zur Familie dazugehört zu haben“. Gestützt wird dieses Untersuchungsergebnis durch die Aussage: „Manchmal kam es mir so vor, als ob ich kein richtiges Zuhause hätte“. Auch dieser Aussage stimmt die Mehrheit zu. Die Aussage: „Ich glaube, keiner von uns hatte das Gefühl, dass wir eine richtige Familie waren“ wird auffallend häufig von den Anorektikerinnen bestätigt. Der Ansicht: „Jeder von uns weiß, was er zu tun und zu lassen hat. In unserer Familie herrscht Ruhe und Ordnung“ stimmen zwei Drittel der Magersüchtigen, aber weniger als die Hälfte der Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen zu. Durch dieses Untersuchungsergebnis wird der in der genografischen Analyse gewonnene Eindruck, dass die Aufteilung der familiären Aufgaben in den Familien der Magersüchtigen klarer geregelt ist, als in den Bulimiefamilien und erst recht in den Familien der Klientinnen mit Multiplen Süchten, bestätigt.

Zusammenfassung:

Von verständnisvollen Eltern ist nach den Aussagen der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen nur in Ausnahmefällen die Rede. Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen (alle Untersuchungsteilgruppen) bedauert eine fehlende Zuwendung durch die Eltern. Die Klientinnen geben mehrheitlich an, dass die Eltern Gefühle und Bedürfnisse nicht angemessen wahrnehmen und zeigen würden. Die Eltern bieten demnach für die Identitätsentwicklung der Töchter kein positives Vorbild und sind nicht in der Lage, ihre Kinder ausreichend zu stützen und zu fördern.

Die Untersuchungsergebnisse weisen bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten sehr ähnliche Beziehungsprobleme wie bei den Bulimieklientinnen auf, jedoch treten diese bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten in einem noch deutlicheren Ausmaß auf. Die familiären Beziehungen wirken bei diesen Teilgruppen weniger eng und verstrickt als bei den Anorektikerinnen, statt dessen sind häufiger "auf-

gelöste Familienbeziehungen" zu beobachten, d.h. die zentrifugalen Bindungskräfte¹ überwiegen in diesen Familien.

Zum Abschluß des Kapitels sollen in einer Zusammenfassung die Untersuchungsergebnisse der Teilgruppe der Anorektikerinnen denen der Klientinnen mit Bulimie und Multiplen Süchten gegenübergestellt werden:

- Besonders häufig geben die Magersuchtklientinnen eine „schwere Kindheit“ ihrer Eltern mit frühen Verlusten an. Mit diesem Untersuchungsergebnis werden Studien von WEBER und STIERLIN (1989) bestätigt.
- Die Anorektikerinnen berichten eher von engen, verstrickten Beziehungen, während die Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen eher von einem ablehnenden, abwertenden Verhalten seitens der Eltern berichten.
- Nach den Untersuchungsergebnissen von MESTER (1981) wollen die Anorektikerinnen der Mutter gleichen. Dies entspricht nicht den Ergebnissen dieser Studie, nach denen die Töchter zwar eine Reihe von Parallelen zu ihrer Mutter erleben, diese Anteile jedoch ablehnen. Die Anorektikerinnen wollen auf keinen Fall so wie die Mutter „sein“, bzw. werden.
- Die Anorektikerinnen werden nach ihren Angaben häufiger, wie auch BRUCH (1980) betont, wie ein „Junge“ behandelt. Dies trägt erheblich zu den Identitätsproblemen dieser Klientinnen bei.
- Ihre Väter schildern die Magersuchtklientinnen positiver als die Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen. Dieses Untersuchungsergebnis widerspricht der Studie von GAST (1985), nach der die Väter der Anorektikerinnen ungesellig, passiv, kühl, desinteressiert und oft chronisch krank seien.
- Die von BREUER (1983) und MINUCHIN (1978) beschriebene mütterliche „Überfürsorge“ für die Anorektikerinnen kann ebenfalls nicht bestätigt werden. Von den Anorektikerinnen dieser Studie wird hingegen ein besonderes Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber der Mutter geschildert. Sie beschäftigen sich sehr damit, wie sich ihr Verhalten auf die Mutter auswirkt.

¹ Mit der Bezeichnung zentripetal und zentrifugal bezeichnen STIERLIN und SIMON (1984) zwei Modi jugendlicher Ablösung. Wenn der zentripetale Modus ausgeprägt ist, übt der Kreis der Eltern eine ungewöhnliche Anziehungskraft aus. In der anderen extremen Position entzieht sich der Jugendliche der von den Eltern ausgehenden Anziehungskraft.

- Eine enge Bindung erschwert besonders den Anorektikerinnen die emotionale Ablösung von den Eltern.
- Öfter als die Klientinnen der anderen Untersuchungsgruppen sind die Anorektikerinnen der Auffassung, „keiner der Familienmitglieder hatte das Gefühl, dass sie eine richtige Familie waren“.
- Die Bulimieklientinnen und die Klientinnen mit Multiplen Süchten geben für ihre Familien viele heftige Streitereien an, während die Anorektikerinnen von einer nach außen vordergründigen Normalität berichten, in der Konflikte in den Beziehungen vor Außenstehenden geheimgehalten werden¹.

8.2.2. Die Ehe der Eltern

Um zu untersuchen, welche Auswirkungen die Qualität der elterlichen Paarbeziehung auf die Ursprungsfamilie der Klientinnen hat, werden die Klientinnen um eine Einschätzung der Ehe² der Eltern gebeten.

Nach den sozialstatistischen Erhebungen waren die Eltern ausnahmslos miteinander verheiratet. Kein Elternpaar der magersüchtigen Klientinnen und nur ein Elternpaar der bulimischen Klientinnen ist geschieden. Von den Eltern der Klientinnen mit Multiplen Süchten sind vier Elternpaare geschieden, bzw. leben getrennt. Abweichend vom statistischem Durchschnitt, nachdem jede vierte Ehe vor Ablauf von 15 Ehejahren geschieden wird (ENGSTLER 1999, S. 91), lassen sich die Eltern der untersuchten Population in nur wenigen Fällen scheiden, bzw. leben getrennt.

Bezüglich einer Aufteilung der familiären Aufgaben und Rollen beschreiben die Klientinnen für die Ehen der Eltern traditionelle Rollen; die Mutter betreut den

¹ Siehe hierzu ausführlicher das Kapitel 8.3.2: „Der Umgang mit familiären Konflikten“.

² Zu Beginn dieses Kapitels sei nochmals darauf verwiesen, dass die Ehen der Eltern lediglich aus der subjektiven Sicht der Klientinnen beschrieben werden. Besonders bei einer Bewertung der elterlichen Paarsituation kann keine vollständige oder "richtige" Beschreibung der Beziehungen der Ehepartner erwartet werden.

Haushalt und die Kinder, der Vater sorgt für das Einkommen und die Sicherheit der Familie¹.

Einundzwanzig Klientinnen geben Hinweise auf die **Partnerwahlen ihrer Eltern**. Gewählt werden in der Regel Partner aus der gleichen sozialen Schicht, mit einem ähnlichen beruflichen Status. Nach Meinung der Klientinnen sei für fünfzehn Eltern eine Schwangerschaft ein wichtiger Heiratsgrund gewesen. Die Partnerwahl der Eltern im bäuerlichen Milieu wird durch Hoferbschaften geprägt. Ziel der Großeltern dieser Klientinnen ist die Fortführung des bäuerlichen Betriebes. Vier dieser Klientinnen schildern, die Großeltern hätten sich rigoros durchgesetzt und die Eltern massiv bei der Partnerwahl beeinflusst. (Vermutlich sind die Ehen dieser Eltern eher Wirtschaftsgemeinschaften als "Liebesheiraten".) Mehrfach zeigt die Analyse des Genogramms (aller Untersuchungsteilgruppen), wie gewohnte Muster in den folgenden Generationen fortgesetzt werden und sich dafür "passende Partner" finden. Zum Beispiel wählen die Eltern vierzehnmal Partner, die eine Fortsetzung enger Bindungen an die Herkunftsfamilie versprechen.

Die **Paardiyade** kann nach der Analyse der Genogramme bei mindestens der Hälfte der Elternpaare der Klientinnen als (zu)wenig abgegrenzt beschrieben werden, d.h. auf der vertikalen Achse werden die notwendigen Grenzen gegenüber den Großeltern nicht gewahrt. Die vorhandenen Substitute und Triangulierungen (siehe Kapitel: 8.3.6) verhindern eine klare Abgrenzung der Elterndiyade gegenüber den Großeltern und Kindern. Zur Erläuterung wird ein Beispiel angefügt:

Monika beschreibt, dass ihre Mutter bei wichtigen Entscheidungen immer zuerst mit ihren Eltern gesprochen habe. Erst dann sei mit dem Vater eine Entscheidung getroffen worden.

Erschwert wird die mangelnde Abgrenzung der Eltern in neun Fällen durch eine räumliche Nähe zu den Großeltern. Beispiel:

¹ Ebenso sehen dies WEBER und STIERLIN (1989) in ihrer Beschreibung der Mager-suchtfamilien.

Hildegards Eltern leben mit ihren Großeltern und einer Großtante auf dem Hof der Großeltern. Lange Jahre gibt es nur ein gemeinsames Wohnzimmer und eine gemeinsame Küche.

Im Allgemeinen Fragebogen werden Ansichten der Töchter über die Ehen der Eltern abgefragt. In der folgenden Tabelle werden die Untersuchungsergebnisse dieser Fragen für die drei Untersuchungsteilgruppen vorgestellt:

	Mager- sucht (N = 14)	Bulimie (N = 20)	Multiple Süchte (N = 26)
Meine Eltern stritten sich mehr als andere Leute.	2	5	17
Meine Eltern waren oft nett, mitunter auch lieb und zärtlich zueinander, auch in meiner Gegenwart.	3	5	19
Die Ehe meiner Eltern war einmal (oder mehrmals) in Gefahr zu zerbrechen. Es war manchmal von Scheidung die Rede.	2	5	14
Meine Eltern ergänzten sich gegenseitig gut, keiner hatte über den anderen eindeutig die Führung.	3	4	5
Meine Eltern waren oft unterschiedlicher Meinung darüber, was ich tun und haben durfte und was nicht.	7	6	15

Tab. Nr. 11: Ehe der Eltern

Insgesamt bewerten die Magersüchtigen die Ehen der Eltern „positiver“ und als „stabiler“ als die Bulimieklientinnen und erst recht als die Klientinnen mit Multiplen Süchten. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten beschreiben mehrheitlich eine „äußerst problematische“ Ehe der Eltern. Die in der obigen Tabelle dokumentierten Untersuchungsergebnisse werden durch eine allgemeine Bewertung der Ehen im Allgemeinen Fragebogen als „gut, mittel, schlecht“ unterstützt. Die Bulimieklientinnen bezeichnen die Ehe ihrer Eltern gleichermaßen mit den Kategorien "schlecht, mittel und gut". Die Klientinnen mit Multiplen Süchten beschreiben die Ehen zu drei Viertel als äußerst problematisch (schlecht), während zwölf Magersuchtklientinnen sie als mittel bis gut einschätzen.

Diese Untersuchungsergebnisse des Allgemeinen Fragebogens werden durch die Analyse der Genogramme bestätigt. Hier betonen besonders die Bulimieklientinnen und die Klientinnen mit Multiplen Süchten die heftigen Streitereien mit

oftmals gewaltsamen Übergriffen. Gleichwohl halten auch diese Eltern in der Regel die Partnerschaft aufrecht¹.

Zusammenfassung:

Keine der Klientinnen dieser Studie sieht in der Ehe der Eltern ein Vorbild für eine eigene Partnerschaft. Generell beschreiben die Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen eine klare Rollenaufteilung zwischen den Ehepartnern und einen geringen Austausch von Zärtlichkeiten. Die mangelnde psychische Ablösung der Eltern zu ihren Eltern trägt zu den Konflikten in den Partnerschaften bei². Die meisten Paarbeziehungen der Eltern sind, davon kann nach der Analyse der Genogramme ausgegangen werden, dauerhaft gestört. Jedoch halten die Eltern die Ehe unter Aufrechterhaltung einer funktionsfähigen Familienfassade aufrecht. Die Töchter „durchschauen“ dies. Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse kann für eine weitere Untersuchung eine auf diesen Befunden aufbauende These formuliert werden. Sie lautet: Da die Töchter eine Trennung der Eltern verhindern möchten, tragen sie mit dem Auftreten des Symptoms der Essstörung zusätzlich zu einer (scheinbaren) Stabilität der Familie bei und sorgen so dafür, dass sich die Eltern nicht trennen.

Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie, anhand der beispielhaften Phänomene der Essstörungen und der Multiplen Süchte, zeigen, dass die Qualität der Ehe der Eltern in entscheidender Weise die Funktionstüchtigkeit der gesamten Familie prägt. Durch die eheliche Disharmonie und Unzufriedenheit wird einerseits die Morbidität der Töchter erhöht, andererseits nimmt die pathogene Bedeutung ehelicher Probleme zu, wenn die Kinder in die ehelichen Streitigkeiten hineingezogen werden. So, wie allgemein KAISER (1989) die Bedeutung einer funktionalen elterlichen Paarbeziehung für die Gesundheit der Kinder betont, kann auch für die hier untersuchte Population der Einfluss der elterlichen Paarbeziehung auf die Symptomentwicklung einer Essstörung oder einer Multiplen Sucht bestätigt werden.

¹ Dieses Untersuchungsergebnis bestätigt die Einschätzung von G. SCHMIDT (1985, 1989).

² Die Großeltern werden z.T. im Sinne einer Konfliktumleitung (Triangulierung) „benutzt“. Hierauf wird im Weiteren näher eingegangen.

Die zu konstatierende Paarproblematik der Eltern drückt sich nicht nur im Umgang mit den erwähnten Konflikten aus, sondern auch in der Gestaltung der familiären Rollen, Hierarchien, Regeln und Grenzen und in der Bildung von Koalitionen und Substituten. Die Untersuchungsergebnisse bezüglich dieser Kategorien werden im Weiteren vorgestellt.

Bei der Interpretation der vorgestellten Untersuchungsergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die subjektive Einschätzung aus der Perspektive der Klientinnen nur begrenzte Interpretationen zulässt. Bei der Beurteilung der Ehen der Eltern wird (erneut) die Notwendigkeit weiterer qualitativer Analysen¹ unter Einbeziehung des gesamten Familiensystems deutlich; nur die Einbeziehung der Ehepartner könnte näheren Aufschluß über die Ehen geben. Da an dieser Stelle eine differenzierte Darstellung nicht möglich ist, muss für eine genauere Analyse der Ehen der Eltern auf die Literatur verwiesen werden².

8.2.3. Die Beziehungen zu den Großeltern

In diesem Kapitel wird erörtert, welche Bedeutung die Großeltern für das Familiensystem haben. In diesem Zusammenhang sollte auch analysiert werden, in wieweit sich die Paardynamik in den Generationen wiederholt. Daher wurden die Klientinnen um Angaben über die Ehe der Großeltern gebeten. Diese waren

¹ In einer solchen Untersuchung könnte auch eruiert werden, welchen Einfluß die großelterlichen Beziehungen auf die Ehen nachfolgender Generationen haben.

² BRUCH (1980) beschreibt die Ehe der Eltern der Magersüchtigen als eine Fassade einer harmonischen Familie mit einer tiefen Spaltung. Für MESTER (1981) werden die Ehen auch dann noch aufrechterhalten werden, wenn sich die Partnerschaft nur noch auf Lebenslügen gründet und die Partner kaum noch etwas voneinander erwarten. KLESSMANN und KLESSMANN (1988), ebenso WEBER und STIERLIN (1989), beschreiben diese Ehen als brüchig und gespalten. Im Ergebnis, so WEBER u. STIERLIN, könne sich keiner von dem Ehepartner trennen, auch die einander entfremdete Familie nicht, die über das kranke Kind untrennbar miteinander verbunden sei. SELVINI-PALAZZOLI (1984) bemerkt, dass ihr niemals Eltern begegnet seien, die eine reife, emotionale Beziehung verband, obwohl ein oberflächlicher Beobachter diesen Eindruck gewinnen könne. Für SELVINI-PALAZZOLI leben die Eltern in einem ständigen Spannungszustand. Die Ehen der Eltern bulimischer Frauen sieht G. SCHMIDT (1989, 1985) ebenfalls durch massive Probleme belastet. Der Autor erlebt zwischen den Eltern sehr starke Fronten; da jeder glaube in der "richtigen Position" zu sein. SCHMIDT beschreibt ständige Machtkämpfe um die Kontrollposition, begleitet von einem permanent schleichenden Gefühl, der eigenen Position in der Familie nicht sicher sein zu können.

jedoch nur in wenigen Fällen in der Lage, die Ehen der Großeltern zu bewerten, so dass über eine mehrgenerationale Transmission der ehelichen Strukturen keine verlässlichen Aussagen gemacht werden können.

Zu Beginn dieses Kapitel werden typische Beschreibungen der Großeltern vorgestellt:

Bärbel: Der Großvater mütterlicherseits verstarb als die Mutter 17 Jahre alt war. Die Großmutter sei früher ihre Lieblingsoma gewesen, jetzt "rege sie sich nur noch auf, wenn sie sich sehen würden". Die Großmutter kam mit ihrem Schwiegersohn nicht zurecht, immer habe sie auf ihn geschimpft. Schlimm ist für Bärbel, dass ihre Großmutter zu ihr sagt: "Du hast ja die selben Augen wie Dein Vater." Über die Großmutter väterlicherseits teilt sie mit, dass diese zwei oder drei Männer verloren habe. Der Großvater verstarb, als Bärbel acht Jahre alt war. Er sei, wie seine beiden Söhne, jähzornig gewesen. In ihrer Familie gilt dieser Teil der Familie als die "böse Seite".

Almut berichtet, dass sie ihren Großvater mütterlicherseits kaum gekannt habe, da dieser früh verstarb; sein Tod habe ihr trotzdem viel ausgemacht; sie sei sehr allein gewesen mit ihrer Trauer. Mit der Oma, so beschrieb sie, sei es sehr langweilig gewesen, diese sei mit ihr immer nur zum Friedhof gegangen. Über die Großeltern väterlicherseits berichtet sie, dass diese sie nur genervt hätten. Sie habe Angst vor ihnen gehabt. Diese seien herrisch gewesen, sehr bestimmend und hätten viel moralischen Druck ausgeübt und seien schnell beleidigt gewesen. Oma habe immer "krank rumgelegen" und dadurch Beachtung erhalten. Der Großvater hingegen habe wenig gesagt, er sei sehr verschlossen gewesen, mit einer Neigung zu Depressionen.

Hellen beschreibt ihre Großmutter mütterlicherseits als eine Frau, die sich schnell angegriffen fühle; sie habe viel Haß auf Hellens Mutter gehabt. "Sie hat immer einen kritischen Blick gehabt"; ihre Stärke sei, dass sie viel gearbeitet habe. In der Familie sei sie die "Chefin", sie habe allen ein schlechtes Gewissen vermittelt. Die Großmutter lebt mit Hellens Mutter und den Kindern allein auf dem Bauernhof und "stehe" zwischen Hellen und ihrer Mutter.

Sonja berichtet: Bei den Großeltern mütterlicherseits habe der Großvater, wie der Vater, getrunken. Der Großvater sei sehr vielseitig interessiert gewesen, habe Tabak angebaut und von allem etwas gekonnt. Die Großmutter ist ihr Leben lang

krank und begeht schließlich Suizid. Nach dem Tod der Großmutter väterlicherseits heiratet der Großvater eine zweite Frau. Von dieser Stiefoma berichtet sie, dass diese sich gegenüber Sonjas Vater "negativer" verhalten habe als zu ihrer leiblichen Tochter. Der Großvater stirbt, als Sonja vier Jahre alt ist. Sie habe ihn sehr geliebt und ihm „immer Smarties als Medizin gegeben; noch heute habe sie an seinem Tod zu knacken, da er trotz ihrer Medizin gestorben sei“.

Birgit berichtet, dass sie ihre Großeltern väterlicherseits nicht kennengelernt habe, sie wisse sehr wenig über sie, nicht mal, wann und woran sie gestorben seien. Auch der Vater habe keinen Kontakt zu ihnen gehabt. Die Großeltern mütterlicherseits seien sehr lieb gewesen.

Conny berichtet, ihre wichtigste Bezugsperson sei die Oma gewesen. Diese vermittelte Vertrauen und Verständnis und sei in der Lage gewesen, Geheimnisse zu bewahren. Conny habe hier nicht befriedigte Wünsche kompensieren können. Der Opa mütterlicherseits sei ein ausgeglichener Mensch gewesen, der in Armut aufwuchs. Ihm habe viel an Ordnung gelegen. Er sei sehr mißtrauisch gewesen und habe eine "negative Lebenseinstellung" gehabt. Liebe habe er nicht zeigen können. Kontakt bekommt Conny zu ihm erst in ihrer Pubertät, als sie ein Referat über Kriegsgefangene schreibt.

Monika: Die Großeltern väterlicherseits sind Monika nicht bekannt. In der Familie seien sie nie Thema gewesen, es gebe nur ein einziges Bild von ihnen. Die Großmutter mütterlicherseits lernt Monika ebenfalls nicht mehr kennen. Ihre Mutter habe eine sehr liebevolle Erinnerung an diese Großmutter. Bis zu Monikas zehntem Lebensjahr lebte der Großvater mit auf dem Bauernhof. Solange die Kinder klein waren, seien sie viel bei ihm auf dem Schoß gewesen. Später, als er krank gewesen sei, habe er "viel rumgenörgelt". Gestritten habe er besonders mit der Mutter von Monika, „die er nicht mochte“. Ihm habe nicht gefallen, dass die Mutter den Hof im Griff hatte. Der Großvater habe nach sehr starren Prinzipien gelebt, z.B. habe er prinzipiell nicht ferngesehen.

Bei der Beschreibung der Großeltern beziehen die Klientinnen sich oftmals auf die Biographie und die soziale Situation der Großeltern. Gerda beschreibt ihre Großeltern wie folgt:

Die Großmutter väterlicherseits habe die Kinder allein aufgezogen, der Großvater verstarb, als der Vater von Gerda drei Jahre alt war (im Krieg). Ihr Vater habe

bereits als Kind die Milch ausgefahren, er habe früh zu einem Mann werden müssen.

Die vorgestellten Beispiele dokumentieren typische Beziehungsmuster. Mittels der Genografischen Mehrebenenanalyse war es möglich, eine Reihe von Befunden über die Beziehungen der Klientinnen und der Eltern zu den Großeltern zu erheben. Diese Untersuchungsergebnisse sollen summarisch zusammengefasst werden:

- Die Beziehungen zu den Großeltern wird für die Zeit der frühen Kindheit der Klientinnen regelhaft positiver beschrieben als für die späteren Jahre. Die Angaben über die Dichte und die Qualität der Beziehungen zu den Großeltern sind sehr unterschiedlich: 29 Klientinnen berichten von einer für sie sehr wichtigen vertrauensvollen Beziehung zu einem Großelternanteil. Sieben Mager-suchtklientinnen, acht Bulimieklientinnen und zehn Klientinnen mit Multiplen Süchten beschreiben den Kontakt zu ihren Großeltern als liebevoll, freundlich und fürsorglich (ungefähr im gleichen Maße zur Großmutter wie zum Großvater). Diese Aussagen widersprechen den Untersuchungsergebnissen von MASSING, REICH und SPERLING¹ (1992), nach denen die Großmütter generell unerbittliche Gesetzgeberinnen und Herrscherinnen über Großväter und Kinder seien.
- Generell bedauern die Klientinnen, zu wenig Zuwendung von den Großeltern erhalten zu haben. Da zudem viele Kontakte als "negativ" erlebt werden und bis zum zwölften Lebensjahr der Klientinnen fast ein Drittel der Großeltern verstarb, kann für die meisten Klientinnen von einem "Großelterndefizit" gesprochen werden.
- Während vielfach von allgemeinen Belastungen durch die Kriegszeit und Nachkriegszeit berichtet werden, wird auf Nachfrage von einer Täterschaft der Großeltern in der "Nazizeit" nur in fünf Fällen gesprochen.
- Zehnmal berichten die Klientinnen von einer Bevorzugung der männlichen Enkel. Beispiel: *Bei den Großeltern von Gerda haben die Jungen immer eine „größere Bedeutung“, nur sie dürfen eine höhere Schule besuchen.*

¹ MASSING, REICH und SPERLING (1992) untersuchten den Familienhintergrund von Anorektikerinnen.

- Wenn nur ein Großelternteil lebt, wird dieses häufig von den Eltern "versorgt" (auch bei außerhalb des elterlichen Haushaltes lebenden Großeltern). Dies trägt zu erheblichen Konflikten innerhalb der Familie bei.
- Von großen Leistungsansprüche der Großeltern wird fünfzehnmal berichtet, wobei die Klientinnen mit Multiplen Süchten und die Bulimieklientinnen seltener als die Magersuchtklientinnen von besonderen Leistungsansprüchen der Großeltern berichten. Nach diesen Untersuchungsergebnissen kann die Aussage von G. SCHMIDT (1989), die Großeltern (der Bulimieklientinnen) seien sehr leistungsorientiert, nicht bestätigt werden.
- Von konflikthaften Beziehungen zwischen den Eltern zu den Großeltern berichten ca. die Hälfte der Klientinnen. Eine Triangulierung ist mehrfach Ausdruck der Familienprobleme. Mehrere Klientinnen nehmen eine vermittelnde Position zwischen Mutter und Großmutter ein (siehe Kap. 8.3.6: „Substitute und Koalitionen“).
- Nur vier der Bulimieklientinnen, sechs der Klientinnen mit Multiplen Süchten und sechs der Magersüchtigen schildern, die Großmutter habe wesentlichen Einfluß auf das Familiensystem genommen. Sie nahm in der Regel auch keinen besonderen Einfluß auf die Ernährungsweise und das Kochen. Einen prägenden Einfluß auf die aktuelle Familienstruktur wird nur sieben Großvätern zugeschrieben. Dieses Untersuchungsergebnis widerspricht den Untersuchungen von MASSING, REICH u. SPERLING (1992), nach denen die Großmütter in der familiären Hierarchie bestimmend seien und sie besonderen Einfluss auf die Ernährungsweise nehmen würden.
- Bei den Beschreibungen der Beziehungen zwischen Großeltern und Enkeln fällt auf, dass bei einer besonders positiv geschilderten Beziehung zu einem Großelternteil, meistens die Beziehung zum anderen Großelternteil als distanzierter und negativer beschrieben.

8.2.4. Die Beziehungen zu den Geschwistern

In diesem Kapitel wird erörtert, welche Bedeutung die Geschwisterbeziehungen für die Klientin und für das Familiensystem haben. Zu Beginn des Kapitels werden zunächst Daten über die Anzahl der Geschwister und die Geschwisterpositionen vorgestellt, um dann auf die Qualität der Geschwisterbeziehungen einzugehen.

Die untersuchten Familien der Bulimieklientinnen dieser Studie haben im Durchschnitt 2,8 Kinder pro Familie, die Magersuchtfamilien 2,9 Kinder pro Familie und die der Familien mit einer Tochter mit Multiplen Süchten 3,0 Kinder. WEBER und STIERLIN (1989) geben für ihre Untersuchung bei Anorexieklientinnen einen Durchschnittswert von 2,46 Kindern pro Familie an. Dies sind, wie in meiner Untersuchung, pro Familie signifikant mehr Kinder als im Bundesdurchschnitt¹.

E. PETZOLD (1981, S. 76) stellt Daten über die Geschwisterpositionen aus verschiedenen Untersuchungen mit Anorexieklientinnen vor, die mit den Daten der vorliegenden Untersuchung ergänzt werden.

Autoren	Jahr	erstes Kind	mittleres Kind	jüngstes Kind	Einzel-Kind	Unters. Perso.
THOMÄ	k.A.	20	36	27	17	30
BRUCH	1966	39,5	25,5	16,2	18,6	43
DALLY	1969	31	36	k.A.	k.A	140
HALMY	1974	40	23	19	k.A	89
E. PETZOLD	1977	40,9	25	25	9	44
BEUSHAUSEN	2000	20	25	45	10	70

Tab. Nr. 12: Geschwisterpositionen (alle Angaben in %, k. A.= keine Angaben)

Von den Klientinnen meiner Untersuchung (N = 70) sind 10% Einzelkinder. 20% sind in der Position des ältesten Kindes, 25% sind in einer mittleren Geschwisterposition und 45% Klientinnen sind die jüngsten in der Geschwisterreihe. Zwischen den Untersuchungsteilgruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Im Vergleich mit den allerdings älteren Daten von E. PETZOLD, fällt für die Population meiner Studie eine höhere Zahl der "Jüngsten" und eine geringere Zahl der Einzelkinder und der "Ersten" Geschwisterposition auf. Bei den Probandinnen der vorliegenden Studie findet sich häufig eine Geschwisterposition mit einem älteren Bruder oder einer älteren Schwester. Auffallend oft, d.h. zu mehr als zur Hälfte,

¹ Nach dem FÜNFTEN FAMILIENBERICHT (1995, S. 36) haben Frauen des Geburtsjahrganges 1958 jeweils 1,45 Kinder.

sind die Klientinnen, wenn sie keine Einzelkinder sind, die Jüngsten in der Geschwisterreihe. Ähnliche Angaben macht BRUCH (1980), die hier ihren früheren Untersuchungen aus dem Jahr 1966 korrigiert. Demnach sind anorektische Mädchen, die Brüder haben, häufig die Jüngsten in der Geschwisterreihe oder erheblich älter als ihre Brüder. In der Untersuchung von WEBER und STIERLIN (1989) ist das magersüchtige Mädchen, wie in meinen Untersuchungen, ebenfalls häufig in der Geschwisterposition der Jüngsten.

Für eine tiefere Analyse der vorliegenden Daten ist von Interesse, ob eine höhere Kinderzahl in der Familie und die Position der Jüngsten in der Geschwisterreihe zum Auftreten einer Essstörung im Rahmen der jeweiligen Familienstruktur beiträgt. Um sich einer Antwort auf diese Fragestellungen anzunähern, werden die Einschätzungen der **Geschwisterbeziehungen** aus dem Allgemeinen Fragebogen vorgestellt. Die Tabelle stellt die Einschätzungen der Geschwisterbeziehungen der Bulimieklientinnen¹ vor (in %):

Bulimie (N = 22)	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch
Ich habe den Eindruck, dass meine Eltern eines meiner Geschwister bevorzugt haben.	23,81	33,33	2,52	23,81
Ich fühlte mich in meiner Kindheit und Jugend von meinen Geschwistern geliebt u. anerkannt.	9,52	14,29	52,30	14,24
Ich musste viel mit ihnen kämpfen. Ich habe mich viel über sie geärgert.	14,29	42,86	23,81	9,52
Meine Geschwister haben mich häufig gehänselt und unterdrückt.	0,00	9,52	42,86	38,2
Wir Geschwister haben untereinander gut zusammengehalten.	9,52	52,38	23,81	4,76
Wir haben uns untereinander meistens unterstützt.	9,52	33,33	42,86	0,00

Tabelle Nr. 13: Geschwisterbeziehungen

¹ Da die Untersuchungsergebnisse der anderen Untersuchungsteilgruppen zu der Gruppe der Bulimieklientinnen keine signifikanten Unterschiede aufweisen, werden diese nicht explizit dargestellt.

Mehrheitlich geben die Klientinnen aller Untersuchungsgruppen im Allgemeinen Fragebogen und bei der Analyse der Genogramme an, dass sie den Eindruck haben, ein Geschwisterteil sei von den Eltern bevorzugt worden. Sechs Anorektikerinnen merken während der Genografischen Mehrebenenanalyse an, dass dieses in besonderem Maße zutrifft. Am folgenden Beispiel von Erika wird eine von sieben Klientinnen beschriebene Benachteiligung des Mädchen gegenüber den Brüdern dokumentiert:

In Mutters Herkunftsfamilie sei es nur den Männern erlaubt gewesen, eine Lehre zu absolvieren. In ihrer Familie habe sich die Benachteiligung der Mädchen fortgesetzt, nur die Jungen hätten eine höhere Schule besuchen dürfen.

Die Frage, ob die Klientinnen in ihrer Kindheit und Jugend von ihren Geschwistern geliebt und anerkannt worden seien, wird von der Mehrheit eher verneint. Die Frage, ob sie von ihren Geschwistern viel geärgert worden seien und viel kämpfen mussten, bejahen die Klientinnen mehrheitlich. Im Widerspruch hierzu bestätigt ebenfalls die überwiegende Mehrheit, von ihren Geschwistern nicht gehänselt oder unterdrückt worden zu sein. Die Klientinnen sind zudem mehrheitlich der Ansicht, die Geschwister hätten untereinander gut zusammengehalten. In einem weiteren Widerspruch zu diesen Angaben sind die Klientinnen jedoch der Meinung, dass die Geschwister sich meistens nicht gegenseitig unterstützt hätten.

Die Angaben der Klientinnen im Allgemeinen Fragebogen über die geschwisterlichen Beziehungen sind insgesamt widersprüchlich. Diese widersprüchlichen und ambivalenten Beschreibungen der geschwisterlichen Beziehungen werden durch die Analyse der Genogramme bestätigt. Zur Dokumentation werden einige Beispiele angeführt:

Birgit beschreibt ein ständig wechselndes Verhältnis zu ihren Schwestern, das zwischen Liebe und Haß pendelte.

Almut (zwei Schwestern und plus fünf Jahre, plus sieben Jahre) berichtet, dass sie nach dem Abitur, anders als ihre Schwestern, aus dem Elternhaus "rausgeflogen" sei. Sie habe zu Hause viele Probleme mit ihren Schwestern gehabt.

Ulla schildert, dass sie und ihre Schwester sehr konkurrierten. Beim Essen habe sie versucht, möglichst weniger zu essen, dadurch habe sie Beachtung erfahren. Barbara schildert, dass sie zur Schwester früher ein schlechtes Verhältnis hatte, in der Jugendzeit war sie eifersüchtig auf die Freunde ihrer Schwester. Jede wolle die Beste sein und erhoffte sich durch gute Leistungen familiäre Anerkennung.

Die berichteten spannungsreichen Beziehungen zwischen den Geschwistern haben oft ihre Hintergründe in Konkurrenzen, wobei das Konkurrenzverhältnis oftmals besonders groß zwischen etwa gleichaltrigen Geschwistern ist und wenn es mehrere Mädchen in der Familie gibt, die um den „Rang der Besten“ konkurrieren¹.

In einzelnen Fällen bringen die Klientinnen das Auftreten der Essstörung in einen ursächlichen Zusammenhang mit Problemen in der Geschwisterbeziehung. In der Analyse der Genogramme werden solche komplexen Muster deutlich:

Melanie schildert, dass ihre Mutter sich viel um das jüngste Kind, eine "Mongoloide", von insgesamt elf Kindern, gekümmert habe. Melanie interpretiert dieses Verhalten als Wiedergutmachung gegenüber diesem Kind. In der großen Familie leiden noch mehr Kinder an Essstörungen. Melanie hat eine Schwester (ein Jahr älter) mit einer deutlichen Tendenz zur Magersucht. Die nächstjüngere Schwester, ein Jahr jünger, ist ebenfalls magersüchtig. Eine weitere jüngere Schwester leidet an Adipositas.

Nach der Analyse des Genogramms kann vermutet werden, dass die jüngeren Kinder dieser Familie emotional nicht genügend "genährt" werden konnten. Nach der Analyse des Genogramms ist davon auszugehen, dass diese Situation die Entstehung der Essstörung förderte. Interessant ist an diesem Beispiel auch, dass sich die angesprochene Familienproblematik bereits in ähnlicher Form in der vorangegangenen Generation und in der folgenden zeigt. Bereits die Mutter hatte keine Eltern, die sich ausreichend um sie kümmern konnten. In der nachfolgenden Generation wiederholt sich diese Struktur bei der ältesten Schwester von Melanie mit einem ihrer Kinder. Diese stellt ebenfalls ein behindertes Kind im

¹ STIERLIN und WEBER (1989) berichten ebenfalls von auffallend starken Rivalitätsbeziehungen zwischen den Geschwistern.

Übermaß in den Mittelpunkt und „vernachlässigt“ ihre anderen Kinder. Das Beispiel weist auch auf eine mehrfach geschilderte Überforderung der Eltern hin, die bereits, so zeigt die Analyse des Genogramms, mehrgenerational tradiert ist und maßgeblich zur Entwicklung der Essstörung der Klientin beiträgt.

Die Analyse des Genogramms des nächsten Beispiels weist auf ein anderes komplexes Beziehungsmuster hin. In Helgas Familie „benutzten“ die Kinder verschiedene "Symptome", um sich von den Delegationen der Eltern zu lösen.

Helga hat drei jüngere Schwestern und erlebte sich unter dem Druck, den Bauernhof ihrer Eltern übernehmen zu müssen. Als der Vater in einer Krise war, hatte sie Schuldgefühle, da sie den Hof nicht weiterführen wollte. Es gelang ihr nicht, wie den anderen Schwestern, sich aus der Krise des Vaters herauszuhalten. Möglicherweise war hier die Magersucht eine "Lösung". Vermutlich "löste" eine Schwester diesen Konflikt so, indem sie sich sehr früh mit einem unehelichen Kind band.

Als ein weiteres Untersuchungsergebnis weist die Analyse der Genogramme in achtzehn Fällen auf „psychische Probleme“ der Geschwister hin. Beispiele:

Elenas beide Schwestern litten an verschiedensten psychosomatischen Störungen; die Schwestern begingen mehrfach Suizidversuche.

Martha berichtet, dass der Vater alle Geschwister früh aus dem Haus geekelt habe. Eine Schwester habe Adipositas, als Kind sei diese von einer Erziehungsberatungsstelle betreut worden. Ihr Bruder sei ebenfalls dick, alle drei Geschwister hätten "in ihrem Leben viele Probleme gehabt".

Frederike berichtet, dass ihr Bruder sehr verschlossen und depressiv sei; als Ausdruck seiner Probleme habe er seine Studienfächer mehrfach gewechselt.

In sechs Fällen wird von einer aktuellen oder vergangenen psychotherapeutischen Behandlung berichtet. Aufgrund der Analysen der Genogramme kann die folgende Hypothese aufgestellt werden: Die familiären Dysfunktionen tragen nicht nur erheblich zum Auftreten der Essstörungen bei, sondern auch zur Entwicklung psychischer Probleme auch bei den Geschwistern. Auch diese fungieren häufig als Symptomträger der Familie.

Zusammenfassung:

KAISER (1989) und MATTEJAT (1985) fassen Untersuchungen zusammen, nach denen Einzelkinder die wenigsten, die ältesten Kinder die meisten psychischen Auffälligkeiten zeigen würden. Diese Ergebnisse zeigen sich in dieser Untersuchung nicht; hier ist die Klientin seltener in der Position des Einzelkindes und häufiger in der Position des jüngsten und mittleren Kindes.

Als ein Ergebnis der Untersuchung der Geschwisterbeziehungen sind häufige Rivalitäten um den Rang der "Besten" festzustellen, wie sie auch KLESSMANN und KLESSMANN (1988) und WEBER u. STIERLIN (1989) beschreiben. Die meisten Klientinnen meinen, dass ein Geschwisterkind vorgezogen wird und fühlen sich von den Geschwistern eher nicht anerkannt und geliebt. Viele der Geschwister leiden nach den Schilderungen der Klientinnen an psychischen Problemen, bzw. ebenfalls an Essstörungen.

Die Analysen der Geschwisterpositionen und der Geschwisterbeziehungen weisen darauf hin, dass auch diesen Beziehungen eine besondere Bedeutung für die familiäre Funktionstüchtigkeit zukommt. Die Funktionsfähigkeit des Geschwistersubsystems ist maßgeblich an den komplexen Interaktionen des Systems beteiligt. Einerseits trägt eine mangelnde, defizitäre Geschwistersituation zum Auftreten der Essstörungen, beispielsweise durch erhebliche Konkurrenzen, bei. Andererseits kann eine unterstützende funktionale Geschwisterbeziehung defizitäre elterliche Kompetenzen oder elterliche Dysfunktionen kompensieren helfen.

8.2.5 Das Kontaktnetz

In den vorherigen Kapiteln sind bereits Untersuchungsergebnisse über die Beziehungen der Klientinnen zu ihren Freunden, Eltern und Geschwistern vorgestellt worden. In diesem Kapitel wird auf diese Beziehungen unter der Perspektive der Beschreibung eines Kontaktnetzes nochmals eingegangen, da Studien aus der Stressforschung und der Sozialepidemiologie die Bedeutung von sozialen

Kontakten im Spektrum sozialer Netzwerke¹ betonen (MARBACH 1989, HURRELMANN 1994). Sozialen Kontaktnetzen kommt eine zentrale Bedeutung bei der Bewältigung belastender Lebensereignisse ebenso zu, wie der Prävention von Leiden.

Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeit der Kontakte der Klientinnen zu Freunden (Fre) Eltern (Va/M)² und Geschwistern (Ge) an:

	Magersucht N = 13				Bulimie N = 26				Multiple Süchte N = 30			
	Fre	Va.	Ge	M.	Fre	Ge	Va.	M.	Fre	Va.	M.	Ge
täglich	6	3	-	6	7	2	5	8	6	1	2	-
mehrmals wöchentlich	3	2	-	2	13	2	6	7	16	2	2	1
1x pro Woche	3	1	1	2	2	1	4	4	4	1	3	6
1x pro Monat	-	2	5	2	1	2	3	7	1	2	2	4
Mehrfach. im Jahr	-	1	-	1	-	3	3	6	-	9	11	5
1x pro Jahr	-	-	1	-	-	-	-	-	-	9	7	6

Tabelle Nr. 14: Kontakthäufigkeit

Freundschaftliche Kontakte geben die überwiegende Mehrheit der Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen an. Diese bilden für die Klientinnen das bedeutendste soziale Netz. Hinsichtlich der Kontakte zu den Eltern zeigt ein Vergleich

¹ MARBACH (1989, S. 87) differenziert das soziale Netzwerk in: Unterstützungsnetz, Kontaktnetz, Geselligkeitsnetz und das Netz der Kontrolleure.

² Die Frage nach der Kontakthäufigkeit zu den Schwiegereltern kann aufgrund der geringen festen Partnerschaften statistisch nicht ausgewertet werden. Soweit die Daten vorliegen, ist der Kontakt zu den Schwiegereltern nicht so eng wie zu den eigenen Eltern.

zwischen einer Untersuchung der Gesamtbevölkerung von NAUCK¹ (1985) und den Daten dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Kontakte der Magersucht- und Bulimieklientinnen zu ihren Eltern. Während sich bei diesen Untersuchungsteilgruppen kein bedeutsamer Unterschied bezüglich der Kontakthäufigkeit im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zeigt, sind für die Untersuchungsteilgruppe der Multiplen Süchte signifikante Differenzen festzustellen. Hier geben drei Viertel an, keinerlei oder wenig Kontakt zu ihren Eltern zu haben. (Nur eine Klientin hat täglichen Kontakt.) Die Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten in der Mehrzahl von abrupten Kontaktabbrüchen zur Familie (in der Regel nach massiven Auseinandersetzungen mit den Eltern). Die Klientinnen dieser Teilgruppe haben demnach auffallend wenig Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie. Dieser Untersuchungsbefund ist ein weiterer Hinweis für die in dieser Population zu konstatierenden besonders schweren familiären Dysfunktionen.

Nach der Analyse der Genogramme hat der überwiegende Teil der Klientinnen aller Untersuchungsgruppen zu den Geschwistern nur geringe Kontakte. Der Kontakt zu den Eltern und zu Freunden ist den erwachsenen Töchtern weitaus wichtiger als der zu den Geschwistern. Diese Daten werden bestätigt durch die Antworten auf die Frage im Allgemeinen Fragebogen, mit wem die Probandinnen ihre Freizeit verbringen. Nur ca. 10 % der Klientinnen geben an, ihre Freizeit (heute) zusammen mit den Geschwistern zu verbringen. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten geben auch hier noch weniger Kontakte als die der anderen Untersuchungsteilgruppen an.

Das Kontaktnetz besteht im Wesentlichen aus freundschaftlichen Kontakten, die Klientinnen berichten nur von geringen Kontakten zu Nachbarn, Vereinen und Verbänden. Die Qualität der nachbarschaftlichen Kontakte, der Freundschaften und der Außenkontakte der Klientinnen lassen sich mit den angewandten Methoden nicht bewerten. Um die Qualität des sozialen Netzes differenzierter

¹ Nach einer Untersuchung von NAUCK (1985) haben 35% der untersuchten jungen Menschen der Gesamtbevölkerung täglichen Kontakt mit ihrer Mutter, einschließlich eines einmal wöchentlichen Kontaktes sind dies 66% der Untersuchten.

beurteilen zu können, sind weitere Untersuchungen mit einer modifizierten Methode erforderlich.

8.2.6 Die Partnerbeziehungen der Klientinnen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, ob die Klientinnen feste Partnerschaften eingehen und analysiert die Strukturen der Partnerschaften.

Die Analyse der Partnerschaften der verschiedenen Untersuchungsteilgruppen zeigt unterschiedliche Ergebnisse. Ich beginne mit der Beschreibung der Partnerschaften der **Anorektikerinnen**: Von den 16 magersüchtigen Klientinnen leben nur drei in einer festen Partnerschaft. Diese drei Klientinnen berichten von massiven Partnerschaftsproblemen und längeren Trennungen, bzw. Trennungsabsichten und leben nach ihren Angaben keine Sexualität in den Partnerschaften. Elf der magersüchtigen Klientinnen berichten über frühere kurzzeitige Partnerschaften, bzw. Freundschaften, in denen ebenfalls massive Partnerschaftsprobleme vorgelegen hätten. Nur eine Klientin lebte in einer früheren längeren Partnerschaft. Zwei der Klientinnen (mit 19 und 21 Jahren die jüngsten) haben noch keine Partnerschaftserfahrungen.

Beispiele:

Marlies hatte ihre erste freundschaftliche Beziehung mit 18 Jahren. Nach einem halben Jahr trennte sich der Freund von ihr, da er sich in eine andere Frau verliebte. Diese Trennung war für Marlies traumatisch. Sie beschreibt, dass sie sich dem Freund total angepasst habe. Sie habe sich sehr bemüht, ihm zu gefallen. Auch sexuell habe sie sich auf ihn eingelassen, obwohl sie keine Lust gehabt habe. In den folgenden Jahren verliebt sie sich zweimal in fest gebundene Männer. Eine Entscheidung für eine Partnerschaft "ergab" sich für sie nicht. In den folgenden zwei Jahren lebt sie ohne eine Partnerbeziehung.

Annette lebt zum Zeitpunkt der Befragung seit drei Jahren in einer festen Partnerschaft, davor hatte sie zwei Beziehungen. Die Klientin und ihr Partner beschreiben in einem Paargespräch ihre Beziehung „als normal“. Im Laufe der Gespräche werden massive Partnerschaftsprobleme deutlich. Annette überlegt bereits seit einem Jahr, sich von ihrem Freund zu trennen, da dieser sich nicht

entschließen könne, sie zu heiraten und mit ihr Kinder zu bekommen. (Ein Jahr später trennt sie sich von ihm.)

Um aufzuzeigen, wie Annettes familiäre Strukturen zu denen ihres Freundes Hannes passen, wird die Beschreibung des Kurzgenogramms ihres Freundes angefügt:

Hannes ist 26 Jahre alt und hat einen vier Jahre jüngeren Bruder. Die Eltern "stehen wirtschaftlich gut da". Der Vater ist immer sehr beschäftigt. Er sei ein sehr lieber Mensch, der jedoch von ihm sehr viel gefordert habe. Hannes berichtet, vom Vater nicht genügend Zuwendung bekommen zu haben. Dieser sah sich in einem Konflikt zwischen Aufgaben, die von ihm gefordert wurden (z.B. einen Beruf auszuüben), und seinen künstlerischen Talenten, denen er eigentlich nachgehen wollte. Durch Annettes Wunsch, mit ihm eine Familie zu gründen, fühlt er sich überfordert. Seine Mutter erwartet ebenfalls eine (berufliche) "Karriere". Sie sei eine Frau, die sich sehr über ihre Kinder identifiziere. Sie habe sehr viel von ihren Söhnen gefordert, die doch eigentlich Mädchen sein sollten. Seine Mutter beklage sich, die Söhne würden sich nicht um sie bemühen. Sie würde die Söhne nicht loslassen wollen. Annette berichtet, in der Familie ihres Freundes könne man nicht in Ruhe essen. Insgesamt habe ihr Freund mit Gegenanpassung auf den Druck seiner Familie reagiert.

Die Analyse des Genogramms zeigt, dass sich Hannes gegen die väterlichen Ansprüche „wehrt“, indem er sich dem Druck des Vaters entzieht oder mit einer „Gegenanpassung“ reagiert. „Symptomträger“ ist in Hannes Familie jedoch der Bruder, der wie Hannes berichtet, „vielfältige Schwierigkeiten, wenig Freude am Leben habe und bereits eine Therapie gemacht“ habe. Hannes soll für Mutters Image, so legt die Analyse des Genogramms nahe, "etwas Besseres" werden. Eine Arbeitshypothese ist, dass Hannes in Annette die Mutter sieht, die ihm "hinterherrennt", und Annette in der Beziehung zu ihrem Freund die Beziehung zu ihrem Vater wiederholt, der sie abwies.

Von den 26 **Bulimieklientinnen** hatten 21 bereits früher einen Freund, vier hatten noch nie einen Freund, eine Klientin erlebt ihre erste Freundschaft mit einem Mann. Zum Untersuchungszeitpunkt leben neun Klientinnen in einer festen Partnerschaft (davon drei verheiratet), sieben haben eine "lose" Freundschaft mit

einem Mann. In einer Untersuchung von PAUL (1987) haben 50 % der Bulimie-klientinnen einen festen Partner, 18% sind verheiratet. Diese Ergebnisse entsprechen in etwa den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung.

Erneut wird ein Beispiel einer typischen Beziehung geschildert:

Anke lebt mit einem fünf Jahre älteren Mann zusammen. Diesen Mann, von Beruf Lehrer, stellt sie über sich. Ihr Hauptgefühl für ihn ist Bewunderung. Aus ihrer Sicht führten sie eine gute Partnerschaft. Anke beschreibt, dass in wichtigen Fragen die Meinung von jedem berücksichtigt wird und dass sie in der Lage sind, ruhig und sachlich miteinander zu sprechen.

Drei der Klientinnen, die in einer festen Beziehung leben, beschreiben ihre Partnerschaft als positiv. Fünf der Klientinnen mit einem festen Partner empfinden ihre Partnerschaft als sehr problematisch. Drei dieser Klientinnen berichten von ambivalenten Wünschen, sich einerseits nach einem Partner zu sehnen und sich andererseits vor Bedrohung, Ablehnung und Nähe zu ängstigen. Viermal werden von den Klientinnen Situationen "geschaffen", die eine Entscheidung für das Eingehen einer Partnerschaft schwierig oder unmöglich machen oder, wie bei Susanne, die Verantwortung an den Partner delegiert:

Susanne hat ab ihrem zwanzigsten Lebensjahr eine Beziehung. Nach zwei Jahren trennt sich der Freund von ihr, ohne dass sie bis heute einen Grund für diese Trennung weiß. Mit 24 Jahren beginnt sie vorsichtig eine neue Beziehung mit einem Mann, der jedoch eine feste Freundin hat und sich nicht entscheiden kann, ob er mit dieser oder mit ihr zusammensein will. Susanne mag diesen neuen Freund nicht vor eine klärende Alternative stellen. Im Gespräch wird deutlich, dass sie Angst vor Nähe hat und gleichzeitig hofft, dass ihr Freund sich für sie entscheiden möge, ohne dass sie ihm dies deutlich macht.

Alle **Klientinnen mit Multiplen Süchten** kennen frühere partnerschaftliche Beziehungen. Zweiundzwanzig dieser Klientinnen lebten über mehrere Jahre in einer festen Partnerschaft, jedoch leben nur elf Klientinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung mit einem Freund, bzw. Ehemann, zusammen (eine Klientin lebt in einer festen gleichgeschlechtlichen Beziehung).

Franziskas Partnerschaft mit Jens dient als Beispiel für die Beziehungen dieser Klientinnen:

Jens habe „große Schwierigkeiten mit seinen Eltern“. Zu seiner Mutter habe er eine enge starke Bindung. Franziskas Gefühl ihm gegenüber ist sehr ambivalent und wechselhaft, einerseits liebt und bewundert sie ihn sehr und andererseits lehnt sie ihn stark ab. Bei Konflikten kommt es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen.

Bei diesen Klientinnen zeigen sich die Partnerschaftsprobleme häufig in massiven gegenseitigen Abwertungen und verbalen oder körperlichen Verletzungen. Über Erfahrungen mit körperlicher Gewalt in früheren Partnerschaften berichten neun Klientinnen.

In sechs Fällen ließen sich komplementäre Geschwisterpositionen in der Familie der Partner der Klientinnen in Bezug auf die eigene Geschwisterposition festzustellen. Nach der Analyse der Genogramme kann vermutet werden, dass diese Konstellationen in einzelnen Fällen zu den Paarproblematiken beitragen. Beispiel:

Barbara, berichtet, der sieben Jahre ältere Bruder habe in ihrer Familie eine sehr dominierende Rolle gespielt, "er habe in der Familie das Sagen gehabt". Sie meint, dass sie erst noch schöner, d.h. dünner sein müsse, um von ihm und anderen anerkannt zu werden. Ihr Freund, der wie ihr Bruder in einer dominanten Rolle in seinem Elternhaus aufwuchs, hat ebenfalls eine Schwester mit Essstörungen.

Die Analysen der Genogramme der Klientinnen mit Multiplen Süchten zeigen besonders konfliktreiche Beziehungen. Ein Viertel der Frauen fühlt sich in den Partnerschaften von den Männern massiv abgewertet und ein Drittel erlebte körperliche oder sexuelle Gewalt. Sechs dieser Klientinnen gingen dennoch erneut problematische Beziehungen mit gewalttätigen Partnern ein.

Zusammenfassung

Von den Klientinnen aller drei Untersuchungsteilgruppen sind nur fünf verheiratet¹, ca. ein Drittel lebt mit einem Partner zusammen. Dies sind weniger als statistisch für diese Altersgruppe zu erwarten wäre (siehe ENGSTLER 1999). Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen lebt nach der Selbsteinschätzung und aus der Sicht des Untersuchers in einer äußerst problematischen Beziehung. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen entsprechende Befunde von THURANG (1985), die generell die Partnerschaften (hier der Bulimieklientinnen) als „brüchig“ beschreibt.

Die erhobenen Befunde weisen auf erhebliche Probleme dieses Klientels, Beziehungen einzugehen, aufrechterhalten und Konflikte zu lösen, hin. Während die Anorektikerinnen in der Regel keine Partnerschaften eingehen, weisen die Partnerschaften der Klientinnen mit Multiplen Süchten besonders massive Beziehungsstörungen und Konflikte auf. Die Partnerschaften der Bulimieklientinnen sind ebenfalls überwiegend brüchig und konfliktreich. THURANG (1985) beschreibt, dass viele der Partner der Bulimieklientinnen suchtgefährdet oder abhängig seien. Für die Bulimieklientinnen dieser Studie kann dies nicht bestätigt werden. Es können jedoch drei Partner von Klientinnen mit Multiplen Süchten und ein Partner einer Magersüchtigen nach dem Wissensstand des Untersuchers als suchtgefährdet oder alkoholabhängig bezeichnet werden.

8.2.7 Die Kinder der Klientinnen

Nur fünf der Klientinnen haben ein Kind zu versorgen (davon eine Frau mit zwei Kindern). Im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt² sind dies nur sehr wenige Kinder. Bei einer Interpretation dieser Angaben ist zu berücksichtigen, dass sich viele, auch die Klientinnen im Alter von 25 - 30 Jahren, zum Zeitpunkt der Unter-

¹ Die Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke des Jahres 1998 ermittelt für suchtkranke Frauen ähnliche Ergebnisse. (siehe R. SIMON u. PALAZZETTI 1999)

² ENGSTLER stellt in einer Dokumentation der Bundesregierung (1999) Untersuchungsergebnisse vor, nach denen bei 1960 geborenen Frauen ca. jede fünfte (westdeutsche) Frau kinderlos bleibt.

suchung eine Schul- oder Berufsausbildung absolvieren und so z.T. in einer anderen Lebensphase als gleichaltrige Frauen sind.

Mit zwanzig der untersuchten Frauen ist das Thema Kinderwunsch besprochen worden. Von diesen Frauen gibt nur eine Minderheit (sieben) an, sich z.Z. mit "dem Thema Kind zu beschäftigen" oder sich später ein Kind zu wünschen. Weitere Studien wären notwendig, um festzustellen, ob später Kinder geboren werden, es sich also um eine "Entwicklungsverzögerung" handelt oder ob diese geringe Kinderzahl, wie zu vermuten ist, in einer Beziehung zum Phänomen der Essstörung steht.

8.3 Die Funktionalität familialer Strukturen

„Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“ MAX FRISCH

In diesem Kapitel werden die Bedeutungen der familiären Normen und Werte untersucht. Es soll u.a. erörtert werden, inwieweit die Familienmitglieder miteinander „verstrickt“ sind und inwieweit Autonomie und Selbständigkeit möglich sind. Im Zusammenhang mit den Fragen nach den familialen Struktureigenschaften¹ sollen die Bedeutungen der familialen Regeln, Hierarchien, Rollen, Geheimnisse, Systemgrenzen, Substitute, Vermächtnisse, Delegationen und der Loyalität eruiert werden².

8.3.1 Lebensphilosophien, Werte und Normen

Die jeweiligen familiäre Werte, Normen und Philosophien beeinflussen massgeblich das Familienleben und somit, so ist die These, das Auftreten von

¹ Der Begriff Struktur beschreibt in diesem Zusammenhang, inwieweit ein Systemprozess in einer Familie, dem Beziehungsgefüge zwischen den Elementen eines Systems, regelhaft, organisiert und zielgerichtet verläuft.

² Diese Kriterien, mit denen sich Funktionalität und Dysfunktionalität familiärer Systeme beschreiben lassen, sind im dritten Kapitel („Die Familie als soziales System“) vorgestellt worden.

Essstörungen. Besonders die Leistungsanforderungen und –bewertungen innerhalb der Familie sind in diesem Kontext bedeutsam. Bei der Interpretation der Befunde ist zu beachten, dass mit der verwandten Methodik nur einzelne bedeutende Aspekte des großen Bereichs Normen und Werte abzufragen waren. Im Spektrum der familiären Philosophien, Werten und Normen konnten im Rahmen der Erhebungen der Genogramme in den folgenden Bereichen Aussagen von den Klientinnen erhoben werden: Religion, Ziele, politische Vergangenheit der Eltern und Großeltern, kulturelle Interessen, Treue, familiärer Zusammenhalt, Selbstaufopferung eines Familienmitgliedes, Überfürsorge und Gerechtigkeit¹.

Befragt zum Thema **Religion** teilen die Klientinnen mit, Religion sei nicht "wichtig". Zwei Drittel der Klientinnen (48) geben an, dass sie in der evangelischen oder katholischen Kirche seien. Nur fünf der Klientinnen berichten von "bedeutsamen" religiösen Traditionen in den Familien. Die meisten Klientinnen bewerten das traditionelle kirchliche Wertesystem kritisch oder lehnen es ab.

Beispiele:

Anne schildert, die katholische Religion sei für sie bis zum 13. Lebensjahr sehr wichtig gewesen. Es habe „immer jemanden gegeben, der Schuld vergeben könne“. Nach der Beichte habe sie sich immer "rein" gefühlt. Heute wisse sie nicht, wie sie zur Kirche stehe.

Religion spielt für Hilde in der Kindheit in ihrer Familie eine große Rolle. Wichtig sei es gewesen, "unbefleckt", d. h. „ohne Sünde“ zu sein. Sie stellt in einem Gespräch einen Zusammenhang zwischen dem religiösen Verständnis ihrer Eltern und ihrem Essverhalten her: Hilde äußert: "Das Essen beschmutzte meine weiße Seele". Sie schildert, ein "dicker Pastor" sei häufig zu Besuch gekommen, den sie als "schrecklich" empfand. In späteren Jahren sei die Kommunion für sie sehr „problematisch“ gewesen, "da sie sie sehr unkonzentriert empfangen habe". Darunter habe sie jahrelang als Kind

¹ Die Untersuchungsergebnisse des Fragenkomplexes „Umgang mit familiären Konflikten“ werden aufgrund ihrer Bedeutung für die Entstehung der Essstörungen in einem eigenen Kapitel behandelt.

gelitten. Als Erwachsene habe sie sich von der Religion abgewandt, jedoch immer einen "Zwiespalt" und Schuldgefühle erlebt.

Silke berichtet, in ihrer Familie habe Religion selten eine Rolle gespielt. Nur manchmal habe ihre Mutter "religiöse Anwandlungen" gehabt; sie ließ dann z. B. die Kinder auf die Bibel schwören. Ihre Eltern und ihre Großmutter hätten einen sehr kindlichen Glauben gehabt, der sich in sehr moralischen Vorhaltungen gezeigt habe.

Religion und eine kirchliche Bindung sind nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen nur für wenige Klientinnen „bedeutsam“. Nach ihren eigenen **Werten** befragt, geben ca. die Hälfte der Klientinnen an, sie wüssten nicht, was der Sinn ihres Lebens und ihre Ziele und Werte seien. Die Klientinnen sind auf der Suche nach eigenen Werten und Zielvorstellungen, sind sich jedoch mehrheitlich ihrer Selbst zu unsicher, um konkretere eigene Vorstellungen entwickeln zu können.

Bei der Erhebung der Genogramme sind die Klientinnen zunächst allgemein gefragt worden, ob nach ihrer Ansicht politische Meinungen und Positionen für das Familienleben bedeutsam waren. Die überwiegende Mehrheit antwortete, die **politische Vergangenheit** der letzten Jahre sei, ebenso wie die Kriegs- bzw. Nachkriegszeit, nur selten in den Familien Thema gewesen. Politik scheint nach diesen Aussagen der Klientinnen im Familienleben keine große Rolle gespielt zu haben. Explizierter wurden dann die Klientinnen auf Verbindungen und Familiengeschichten zum Nationalsozialismus befragt. Nur zwölf Klientinnen geben an, dass in der Familie über die Familiengeschichte während des Nationalsozialismus gesprochen wurde. Acht Klientinnen berichten, ihr Großvater sei ein „Täter“ oder zumindest ein „Mitläufer“ des Nationalsozialismus gewesen. Im Gespräch über diese Thematik verwenden die Klientinnen in der Regel unklare Begriffe. Sie äußern beispielsweise, der Großvater sei in die „NS-Zeit verstrickt“ gewesen oder er "habe damit zu tun gehabt". Auch bei den Berichten über die Beziehungen der Eltern zum Nationalsozialismus bleiben die Angaben sehr unpräzise; es wird lediglich häufiger über Vertreibungen berichtet. (Nur eine Klientin berichtet mit Stolz vom politischen antifaschistischen Engagement ihres Vaters.) So wird

insgesamt nur sehr abstrakt und unpräzise über die Familiengeschichte während der Zeit des Nationalsozialismus berichtet¹.

Die Klientinnen geben im Allgemeinen Fragebogen an, welche Bedeutung in ihrer Familie **kulturelle Interessen** (Literatur, Kunst, Theater und Musik) haben. Nach ihren Angaben wird in den Familien Literatur, Kunst und Musik nur in einzelnen Elternhäusern (zehn) gefördert. Nur sechs Klientinnen spielen ein Musikinstrument. Insbesondere in Arbeiterfamilien und in solchen mit einem Nebenerwerbshof ist hierfür, so teilen die Klientinnen während der Erstellung des Genogramms mit, „keine Zeit“. In den Familien wird der Lebensschwerpunkt eindeutig auf die Arbeit gelegt.

Treue in der Partnerschaft ist den Eltern nach den Angaben der Klientinnen ein bedeutsamer Wert. "Seitensprünge" oder außereheliche Beziehungen der Eltern werden nur sechsmal berichtet. In drei Fällen ist durch eine solche Beziehung des Vaters die Ehe der Eltern gefährdet und die Familie sehr belastet².

Nach den Berichten der Klientinnen ist es den Eltern sehr wichtig, dass die Familie zusammenhält. Der Wert „Ordnung“ wird sehr betont. Besonders in den bäuerlichen Familien kommt dem **Zusammenhalt** der Familienmitglieder eine existentielle Bedeutung zu. Hier kommt es bei zwei Klientinnen zu familiären Krisen, als diese sich weigern, den elterlichen Hof zu übernehmen. In diesen bäuerlichen Familien ist das familiäre Wertesystem so ausgerichtet, dass inner- und außerfamiliäre Kontakte dem Hauptziel des Systems, "der Erhaltung des Hofes", dienen. Ein hiermit verbundener "guter Ruf" ist auf das Engste mit den beruflichen und wirtschaftlichen Interessen verbunden. Beispiel:

Marlies, die auf einem Bauernhof aufwuchs, berichtet, dass ihre Familie sehr auf einen besonders guten Ruf bedacht gewesen sei. Auf saubere Kleidung sei besonders geachtet worden.

¹ Mit der in dieser Studie verwandten Methodik kann nicht beurteilt werden, ob es sich hierbei um ein in diesen Familien besonders stark ausgeprägtes Tabu über die politische Vergangenheit im Nationalsozialismus zu sprechen handelt oder ob dieses Verhalten für diese Altersgruppe typisch ist.

² Bei diesen Berichten bleibt offen, wie stimmig diese Untersuchungsergebnisse sind.

Um den "guten Ruf der Familie" zu wahren, werden die Mitglieder der Familien angehalten, sich loyal zu verhalten und den "Schein zu wahren". Besonders die Magersüchtigen berichten, dass nicht gestritten werden durfte. Im Widerspruch zu diesen Aussagen führen Erbstreitigkeiten in vier Magersuchtfamilien zu einem dauernden Bruch zwischen den beteiligten Geschwistern der Elterngeneration.

Bei den Magersüchtigen sprechen einzelne, bei den Bulimieklientinnen etwa ein Drittel von **Selbstaufopferung** der Mutter für andere (meist männliche) Familienmitglieder. Fünf Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten von der eigenen oder der Selbstaufopferung eines Familienmitgliedes:

Martha berichtet, dass sie sich sehr für die Männer in der Familie aufgeopfert habe. Sie habe als Jugendliche für den Vater und die drei Brüder kochen müssen. Die Mutter habe auf dem Feld geholfen.

Bei der Bewertung der Frage nach einer Überfürsorge seitens der Mutter gegenüber den Kindern zeigt sich ein widersprüchlicher Befund. Einerseits geben die Klientinnen (im Allgemeinen Fragebogen) an, dass sich die Mutter viel um die Kinder gekümmert habe (49). Andererseits wird von der überwiegenden Mehrheit (53) angegeben, die „Familie habe wenig Zeit füreinander gehabt¹“.

Eine große Bedeutung hat in den Familien der Magersüchtigen der Wert einer besonders guten **Leistung**. Durchgängig betonen die magersüchtigen Klientinnen, ihre Eltern, in der Regel Vater wie Mutter, hätten großen Wert auf sehr gute Leistungen im schulischen und außerschulischen Rahmen gelegt. Bei den Bulimieklientinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten jeweils ein Drittel der Klientinnen, die Leistungsanforderung seien minimal gewesen, Leistung habe keine besondere Bedeutung gehabt und Leistung habe bei ihnen und ihren Eltern eine große Bedeutung gespielt. Bei den zuletzt genannten Klientinnen handelt es sich, meistens um frühere Magersuchtklientinnen, bzw. um Bulimieklientinnen des anorektischen Pols. Aus diesem Untersuchungsergebnis kann daher die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Wert einer „guten“

¹ Diese Aussage wird durch die häufige (reale) zeitliche Abwesenheit der Väter unterstützt.

Leistung ein typisches Merkmal von Klientinnen mit anorektischen Symptomen ist.

Ein Beispiel soll dieser Sachverhalt illustrieren: Birgit (Bulimie, anorektischer Pol): *Die Mutter ist das jüngste Kind in ihrer Familie. Sie hatte ein sehr enges Verhältnis zu ihrem Vater, der immer gute Leistungen erwartet habe. Birgits Vater wuchs in sehr armen Verhältnissen auf. Sie schildert, ihr Vater habe "sehr viel Schlimmes durch seinen Vater erlebt, er sei sehr sadistisch erzogen" worden. Als Jugendlicher habe er viel gehungert. In der Schule sei er zunächst sehr schlecht gewesen, später sei er überall der Beste und der Erste gewesen. Er habe sich nur auf die Arbeit und die Familie konzentriert. Von den Töchtern erwarte er ausgezeichnete Leistungen.*

Die eigene hohe Leistungserwartung delegiert der Vater auf Birgit. Um von ihm anerkannt zu werden, muss sie intelligent sein und in der Schule glänzen.

Um die besonderen Leistungserwartungen zu dokumentieren, werden einige weitere typische Beispiele angefügt¹:

Hildegard (Magersucht) bemüht sich sehr, "nur ein Schmunzeln vom Vater zu bekommen". Sie habe dafür viel geleistet.

Conny (Multiple Süchte) berichtet, dass sie schon sehr früh Surf-Regatten fuhr, auch zusammen mit ihrem Vater, um diesen zu beeindrucken. Für sie ist dies eine Möglichkeit, mit ihm etwas gemeinsam zu erleben. Leider kommt es in diesen Situationen häufig zu Auseinandersetzungen.

Annette (Bulimie, anorektischer Pol) schildert, dass ihr Vater "tausend Erwartungen" gehabt habe. Nach seinen Erwartungen sollte sie eine typische Hausfrau werden und gleichzeitig berufstätig sein. (Auf der beruflichen Ebene wehrt sie sich durch den Abbruch eines naturwissenschaftlichen Studiums gegenüber diesen Anforderungen, obwohl sie das Studium hätte schaffen können.) Auch ihre Mutter habe hohe Anforderungen gehabt. Diese sei immer sehr fröhlich und spontan ge-

¹ Erst nach Abschluss der Untersuchung stellte sich die Frage, in wieweit die hohen Leistungserwartungen der Väter in einem Zusammenhang mit der besonderen Bedeutung, die das Arbeitsleben für diese hat, steht. Eine Beantwortung dieser Frage könnte daher erst eine weitere Untersuchung leisten.

wesen und erwarte dies - neben einer hohen Leistung - auch von ihrer Tochter. Die Familiengeschichte der Mutter zeigt, dass auch in ihrer Herkunftsfamilie Leistung einen hohen Stellenwert besitzt. Sie ist in ihrer Familie die Älteste, „musste früh heiraten“ und ist nicht in der Lage, sich ihre Wünsche im Beruf zu erfüllen. (Die Analyse des Genogramms legt die Hypothese nahe, Annette sollte Mutters nicht erfüllte Wünsche leben.)

Während die Anorektikerinnen sich bemühen, die Leistungsanforderungen der Eltern (und z.T. der Großeltern) zu erfüllen, verweigern drei Bulimieklientinnen und acht der Klientinnen mit Multiplen Süchten offen Leistung, in dem sie beispielsweise die Schule abbrechen.

Ein anderer wichtiger Wert in vielen Familien bildet die **Gerechtigkeit**, im Sinne von "alle Kinder bekommen das gleiche".

In Franziskas Familie ist es selbstverständlich, jedes Stück Kuchen durch die Anzahl der Kinder zu teilen - auch dann, wenn nicht alle Kinder Appetit auf Kuchen haben.

Viele Klientinnen betonen einerseits die Bedeutung des Wertes Gerechtigkeit für die Familienmitglieder, andererseits sprechen sie jedoch davon, dass sie unter den Geschwistern benachteiligt worden seien. Interessant ist, dass in den vier Fällen, in denen die Geschwister in die Gespräche einbezogen werden, diese ebenfalls berichten, sie seien benachteiligt worden. In wieweit die Klientinnen „wirklich“ benachteiligt worden sind und ob ein Zusammenhang zwischen der Betonung des Wertes „Gerechtigkeit“ und der Entstehung der Essstörungen besteht, lässt sich nicht eruieren.

Zusammenfassung:

Die Analyse der Genogramme der Klientinnen macht deutlich: Einem Beobachter erschließen sich familiäre Philosophien, Werte und Normen nur unvollständig, erst Recht, wenn diese aus der subjektiven Perspektive eines Familienmitgliedes geschildert werden. Gleichwohl geben die Berichte der Klientinnen Aufschluss über die familiären Lebensphilosophien, Werte und Normen und zeigen Zusammenhänge mit der Entstehung der Essstörungen auf.

Die Klientinnen erleben sich in dem Konflikt, sich einerseits den Wertvorstellungen der Eltern und Großeltern verpflichtet zu fühlen und sie andererseits abzulehnen. Nach diesen Untersuchungsergebnissen ist die Betonung von besonderen Leistungsanforderungen ein typisches Merkmal der Magersucht, bzw. des anorektischen Pols der Bulimie. Ebenfalls hohe Leistungsanforderungen stellen die Eltern, besonders der Vater, bei mindestens einem Drittel der Bulimieklientinnen und der Klientinnen mit Multiplen Süchten. Diese Klientinnen genügen den Anforderungen jedoch in einem geringeren Maße, bzw. lehnen z.T. offen die hohen Anforderungen ab.

8.3.2 Der Umgang mit familiären Konflikten

Eine der in dieser Untersuchung zu analysierende These geht davon aus, dass in Familien, die nicht in der Lage sind, die in neuen Lebensphasen auftretenden Probleme, bzw. Konflikte¹, konstruktiv zu lösen, durch familiäre Dysfunktionen gekennzeichnet sind, die zum Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten beitragen.

Bevor typische beispielhafte Aussagen der Klientinnen zum Umgang mit den Konflikten in den Familien dokumentiert werden, werden in der folgenden Tabelle Untersuchungsergebnisse des Allgemeinen Fragebogens bezüglich dieser Fragestellung vorgestellt:

	Mager- sucht N = 16	Bulimie N = 24	Multiple Süchte N = 30
In wichtigen Fragen wird die Meinung von jedem berücksichtigt.	2	4	5
In wichtigen Fragen sprechen wir ruhig und sachlich miteinander und fällen vernünftige Entscheidungen.	4	3	3
Wir sind gut imstande, größere Probleme zu bewältigen.	10	3	4

Tab. Nr. 15 : Umgang mit familiären Konflikten

¹ Der Begriff Konflikt bezieht sich im Rahmen dieser Studie nur auf die familiären Beziehungen.

Bis auf Ausnahmen sind die Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen der Ansicht, dass in ihrer Familie die Meinung des einzelnen Familienmitgliedes in wichtigen Fragen nicht berücksichtigt wird und die Familie nicht imstande ist, in wichtigen Fragen ruhig und sachlich miteinander zu sprechen und vernünftige Entscheidungen zu fällen. Entscheidungen werden, nach diesen Aussagen von den Eltern getroffen und nicht gemeinsam mit den Kindern. Unterschiedlich sind die Reaktionen der Bulimieklientinnen und der Klientinnen mit Multiplen Süchten gegenüber den Magersuchtklientinnen auf die Aussage: "Wir waren als Familie gut imstande, größere Probleme zu lösen". Hier bejaht die Mehrheit der Magersuchtklientinnen diese Aussage. Fast alle Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen verneinen dies. Während die Bulimieklientinnen und die Klientinnen mit Multiplen Süchten generell den Eltern die Kompetenz der Bewältigung von Familienproblemen absprechen, wird diese Kompetenz den Eltern von den magersüchtigen Klientinnen zu zwei Dritteln zugesprochen. Nach Ansicht der Töchter sind die Familien der Anorektikerinnen mehrheitlich in der Lage größere Probleme zu bewältigen, jedoch wird hierüber unzureichend kommuniziert.

Beispiele:

Helga berichtet, dass ihr Vater von der Mutter aus Konflikten herausgehalten wird; "schwierige Sachen habe er jedoch zu regeln".

Margret schildert, dass sich jedes Familienmitglied bei Konflikten schnell zurückzieht.

Susanne berichtet, die "Wahrheit wird verdrängt; sie soll nicht gesehen werden". Konflikte regelt der Vater.

In Karins Familie sei alles "totgeschwiegen" worden. Auch die in neuen Lebensphasen anstehenden Probleme wären nicht zu besprechen gewesen.

Heide: Der Vater schaffe es nicht, sich aus den Konflikten zwischen Mutter und Heide herauszuhalten. Dieses Verhalten sieht Heidi durch seinen Familienhintergrund begründet. Dort gäbe es seit Jahren Erbstreitigkeiten, es habe nie Harmonie gegeben. Der Vater wünsche eine harmonische Familie und könne deshalb keinen Streit aushalten. Er vertrete beispielsweise die Ansicht, die Hintergründe der Magersucht könnten nicht in der Familie liegen, sondern nur außerhalb.

Die Analyse dieses Genogramms anhand der Beschreibungen der Klientin zeigt, dass der Vater aus einer eher "aufgelösten" Familie kommt, während die Mutter aus einer „verstrickten“ Familie stammt. In der jetzigen Kernfamilie zeigt sich ebenfalls ein verstricktes Verhältnis der Familienmitglieder. Für die Kinder ist es schwierig, eine eigene Geschlechtsidentität zu entwickeln. Im Alltag findet eine Rollenumkehr (Parentifizierung) statt, die Tochter sorgt für den Haushalt und hat zum Teil die „größte Macht“ innerhalb der Familie. Heide ist der Ansicht, dass die Eltern "ein Problemkind brauchen", die Mutter komme sonst nicht mit dem Leben klar und habe nichts, wofür sie sonst leben könne. Daher sei es wichtig, so meint die Tochter in einem späteren Familiengespräch, dass sie „krank“ sei.

Friederike ist mit ihrer positiven Beschreibung des Umganges mit Konflikten und Problemen eine Ausnahme:

"Die Geschwister haben sich sehr unterstützt. Alle werden gehört. Die Ehe der Eltern ist in Ordnung. Keiner in der Familie wird bevorzugt. Die Eltern sind ausgesprochen gerecht."

Stellvertretend für viele Klientinnen bezüglich des Umgangs mit Konflikten stehen die folgenden Beschreibungen:

Birgit (Multiple Süchte): In der Familie seien Konflikte generell vermieden worden, es sei jedoch in "Abständen zu großen Streitereien" gekommen. Die Frauen- und Männerrolle sei "sehr klassisch gelebt worden". In ihrer Familie habe sich alles um die Männer (Vater und Brüder) gedreht, die sehr dominant gewesen seien und mache Konflikte durch Gewaltanwendungen beendet hätten.

Marlene: Konflikte und besonders neue Konfliktlagen und Anforderungen (z.B. bei einem Schulwechsel) könnten in der Familie nicht bewältigt werden. Vater und Mutter seien dann „ganz durcheinander“, auch die „Esssucht verschlimmere sich“ in solchen Situationen.

Petra (Multiple Süchte): Die Meinung des einzelnen sei nicht berücksichtigt worden. Keiner habe das Gefühl gehabt, in einer richtigen Familie zu sein. Die Eltern streiten viel; die Ehe sei mehrmals in Gefahr gewesen zu zerbrechen. Die Familie sei nicht imstande, Probleme zu lösen. Die Mutter sei nicht liebevoll gewesen, habe oft geschlagen und wenig Geduld gehabt. Kleinigkeiten seien hart bestraft worden. Der Vater sei ausnutzend und mißtrauisch gewesen. Er habe

ebenfalls häufig geschlagen und viel kontrolliert. Zwischen Eltern und Kindern habe es keine vertrauensvolle Beziehung gegeben. Immer dann, wenn die Eltern sich sehr stritten, hätten sich die Essstörungen der zwei Töchter verschlimmert. Die Eltern hätten sich dann vermehrt um die Kinder gekümmert. Bei der Erstellung des Genogramms wurde gemeinsam mit der Klientin die These aufgestellt, dass die Entstehung der Essstörung den Eltern hilft, die Konflikte „umzuleiten“.

Die Analyse der Genogramme zeigt bei fast allen Familien (64) Strategien der Konfliktvermeidung. Die Konfliktvermeidung wird (in der Regel) nicht als ein den Familienangehörigen bewußter Wert genannt, sondern die Konflikte werden aus Sicht der Beobachter vermieden und verdeckt. Statt dessen wird nach Harmonie und einer "heilen" Familie gestrebt, bzw. versucht, einen solchen Eindruck aufrechtzuerhalten (insbesondere in den Magersuchtfamilien). Die Analysen von insgesamt vierundzwanzig Genogrammen bestätigen die These, dass neue Lebensanforderungen und die in diesem Zusammenhang entstehenden Konflikte von den Familien nicht konstruktiv gelöst werden können. Die Essstörung bietet dann eine Möglichkeit von den vorhandenen Konflikten abzulenken und stabilisiert so familiäre Situation.

Die angesprochenen Konfliktvermeidungen schließen Streit und Auseinandersetzungen über ein „angemessenes Essverhalten“ und Probleme beim Essen nicht mit ein. Über dieses Thema wird in den Familien, auch in den Magersuchtfamilien, durchaus gestritten. Diese Konflikte führen jedoch zu keinem produktiven Ergebnis, d.h. aus Sicht der Eltern zu einem „vernünftigen“ Essverhalten. Auch in den Familien der Magersüchtigen war mit Druck eine "Essenszufuhr", wie es eine Klientin bezeichnete, nicht zu erreichen. Nach der Analyse der Genogramme ist davon auszugehen, dass der Streit über das Essen oftmals der Konfliktumleitung dient. Statt über die „eigentlichen“ Probleme zu streiten und die anstehenden Anforderungen zu bewältigen, entwickelt sich bei einem Familienmitglied ein Symptom, hier die Essstörung der Tochter. Mit diesem Symptom trägt die Tochter dazu bei, dass die „eigentlichen“ Konflikte innerhalb der Familie nicht eskalieren.

Erneut zeigen sich die massivsten Konflikte, gemessen an der Häufigkeit der Gewaltausübung¹, in den Familien der Klientinnen mit Multiplen Süchten. Sie berichten, ihre Eltern würden einerseits viel streiten, andererseits Konflikte vermeiden und „verdecken“. Als besonders belastend wird von diesen Klientinnen neunmal geschildert, dass die Reaktionen der Familienmitglieder oftmals unberechenbar sind.

Zusammenfassung:

Die Untersuchungsergebnisse weisen auf einen unzureichenden Konfliktlösungsstil der überwiegenden Mehrheit der Familien aller Untersuchungsteilgruppen hin. Die Fähigkeit, Konflikte konstruktiv zu lösen wird den Eltern von den Klientinnen abgesprochen. Bei den Bulimieklientinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten sind die familiären Konflikte für "Außenstehende" sichtbarer, während bei den Magersuchtfamilien die Konflikte verdeckter sind und die Fassade einer harmonischen Familienatmosphäre länger aufrechterhalten werden kann. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen die Forschungen von MINUCHIN (1993) und G. SCHMIDT (1989).

Im Rahmen dieses komplexen familiären Geschehens bietet die Entstehung einer Essstörung die Möglichkeit, von den Konflikten „abzulenken“, indem die vorhandenen Konflikte auf einen Symptomträger projiziert werden. Die Familienmitglieder beschäftigen sich dann mit dem Symptom der Essstörung, statt die familiären Konflikte zu lösen. Die Beschäftigung mit dem Symptom trägt letztlich zu weiteren familiären Dysfunktionen bei. In diesem Zusammenhang ist nach der Analyse der Genogramme zu betonen, dass die Klientinnen einerseits wenig Mitsprachemöglichkeiten erleben, sie andererseits jedoch den machtvollen Ausdruck ihres Symptoms und die damit verbundenen Einflüsse auf die Familie nicht wahrnehmen. Die Übernahme eines Symptoms, hier die der Essstörung der Tochter, ermöglicht der Familie zunächst, familiäre Strukturen zu „bewahren“, weitere Eskalationen zu reduzieren und so die Gefahr eines Auseinander-

¹ In drei Bulimiefamilien und sechs Familien der Klientinnen mit Multiplen Süchten führen Familienstreitigkeiten zu gewaltsamen Eskalationen, bei denen das Jugendamt oder die Polizei informiert wird.

brechens der Familie zu bannen. Den „Preis“ für diese mangelnde Konfliktbewältigung trägt mittelfristig die Symptomträgerin, aber letztlich die gesamte Familie.

8.3.3 Familiäre Regeln

In diesem Kapitel sollen die Untersuchungsergebnisse der Analysen der familialen Regeln vorgestellt werden. Im Mittelpunkt des Interesses stehen Untersuchungsergebnisse über die Adaptabilität der Familie an neue Anforderungen. Mit dem Begriff der „Regel“ werden die Verhaltensoptionen der Familienmitglieder beschrieben; er ermöglicht, immer wiederkehrende Verhaltensweisen auf einer höheren Abstraktionsebene zu beschreiben¹. Die in dieser Untersuchung angesprochenen Familienregeln haben einen unterschiedlichen Charakter. Manche Regeln werden von den Klientinnen explizit verbalisiert, z. B. "erst die Arbeit, dann das Vergnügen", während andere nicht so einfach verbalisierbar sind und einen eher impliziten Charakter haben. Solche impliziten Regeln werden meist erst deutlich und formulierbar, wenn sie übertreten werden und dies von jemandem als ein Problem bewertet wird. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die impliziten Regeln keinesfalls weniger wirksam sind als die expliziten. Eine Analyse der Regeln ist mit der verwandten Methodik, d.h. ohne eine direkte Beobachtung, nur eingeschränkt aussagefähig. Zudem verändern sie sich im Lebenszyklus und mit den Beziehungen der Familienmitglieder untereinander. Ich beschränke mich daher bei der Auswertung der Berichte der Klientinnen auf wenige Bereiche.

Von den magersüchtigen Klientinnen werden die Regeln: "Wir sind eine harmonische Familie" und "Nach außen hin wird kein Streit sichtbar" siebenmal genannt. Eine implizite Regel bei den Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen ist in vielen Fällen: "Gefühle dürfen nicht ausgedrückt werden" und "Sexualität ist ein Tabu". Hier werden transgenerationale Vermächtnisse und Traditionen sichtbar.

¹ Regeln sind Beschreibungen eines Beobachters, der Rückschlüsse zieht, wie sich die Mitglieder eines Systems darauf geeinigt haben, die Wirklichkeit zu definieren und wie sie Verhalten bewerten. Der Regelbegriff bezieht sich hierbei auch auf den Umgang der Familie mit Tabus, Geheimnissen, Konflikten, Rollen u.a..

Bei der Erstellung des Genogramms wird die **Anpassungsfähigkeit** der Familie (Adaption) an neue Anforderungen des Lebens und damit sich verändernde Regeln - in der Polarität "flexibel" versus "sehr rigide" – abgefragt. Hier ist als ein prägnantes Untersuchungsergebnis festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit der Klientinnen die Anpassungsfähigkeit der Familie an neue Regeln, Situationen und Anforderungen als sehr problematisch (rigide) beurteilt. Eine flexible Anpassung an neue Anforderungen ist nicht gegeben. Dieser Befund lässt sich für die einzelnen Untersuchungsteilgruppen differenzieren: Bei den mager-süchtigen Klientinnen schätzt nur eine Klientin die Anpassungsfähigkeit der Regeln an neue Familienphasen in ihrer Familie als gut, d.h. angemessen, ein. Von fünfzehn Bulimieklientinnen wird die Anpassungsfähigkeit der Regeln ebenfalls als sehr unzureichend (rigide) eingeschätzt. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten beschreiben ebenfalls mehrheitlich (19) eine Rigidität. Nur drei dieser Klientinnen beschreiben eine flexible Anpassung.

8.3.4 Hierarchien

Bei der Erstellung des Genogramms werden die Klientinnen gefragt, wer die Familienhierarchie in der Herkunftsfamilie und der Verwandtschaft anführt, wer am wenigsten „zu sagen hat“ und wie die Machtaufteilung zwischen den Geschlechtern geregelt ist. In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass eine „rigide Hierarchie“ zu einer Blockierung von flexiblen Aufgabenteilungen in den Familien führt, während „unklare Hierarchien“ zu Grenzverletzungen und der Bildung von Substituten (siehe Kap. 8.3.6) führen. Die Interpretation der familiären Hierarchie erfolgt hierbei im Kontext der Rollen von Frauen und Männern in der Gesellschaft.

Zunächst werden der Interpretation der Untersuchungsergebnisse typische Beispiele vorangestellt:

Hille: "Die Mutter wollte alles wissen". Dabei habe sie "getrickst" und dadurch die Macht in der Familie gehabt. Andererseits sei die Rücksichtnahme aller Familienmitglieder für die Stimmungen des Vaters wichtig gewesen.

In Ankes Familie kann sich der Vater gegenüber der Mutter überhaupt nicht durchsetzen.

Bärbel beschreibt die Aufteilung der Macht wie folgt: "Die Großmutter traf die Entscheidungen. Erst danach traf Vater weitere Entscheidungen".

Gerda berichtet, die Mutter sei dominant, alle anderen "in der Familie waren flügellahm".

In vielen Fällen, wie in den folgenden, ist die Einschätzung der größten Macht nicht eindeutig vorzunehmen:

Gerda berichtet, dass ihr Vater die Entscheidungen traf, " die Mutter von unten korrigierte".

Brigitte gibt an, dass die Mutter die Entscheidungen traf, bei "handfesten Dingen" jedoch der Vater.

Ella berichtet, dass ihr Vater die Entscheidungen nach außen vertrat. Die Mutter "habe hierunter gelitten, im Haushalt habe sie jedoch einen entscheidenden Einfluß gehabt".

Nach Angaben der Klientinnen, hier zunächst der Bulimieklientinnen (N = 24), hat in acht Familien die Mutter die größte „Macht“, in sechs Familien der Vater und in fünf Familien insgesamt die Männer. Bei den magersüchtigen Klientinnen sind sieben der Ansicht, dass der Vater die größte Macht hätte, bei dreien die Mutter und bei zwei Klientinnen die Großmutter. Nach Einschätzung der Klientinnen mit Multiplen Süchten hat der Vater (20x) die größte Macht. In dieser Untersuchung werden insgesamt in 42 Familien (N= 65) Väter bzw. Männer als Personen mit der größten Machtfülle bezeichnet. Von sieben Klientinnen wird die Mutter als „Oberhaupt“ der Familie bezeichnet.

Die Mütter der Klientinnen haben, obwohl sie die Hauptlast der Kindererziehung tragen, nicht unbedingt die „Hauptmacht“ oder die Entscheidungsgewalt. In vielen Familien scheint der Vater der letzte Entscheidungsträger zu sein, während die Mutter mehr die täglichen Dinge entscheidet. Nach SPERLING (1982) und MASSING, REICH u. SPERLING (1992) kommt in Familien mit magersüchtigen Mitgliedern der Großmutter eine besondere Machtfülle zu. Es fällt auf, dass nur einige wenige Klientinnen die Großeltern als „mächtig“ innerhalb des Verwandtschaftssystems bezeichnen. In keinem Fall benennen die Klientinnen sich selbst oder eines ihrer Geschwister als mächtig. Die Klientinnen schätzen ihren Einfluß

als zu gering ein. Durch die Nahrungsverweigerung haben besonders die Mager-süchtigen ein starkes Machtmittel, das von ihnen nicht als solches wahrgenommen wird.

8.3.5 Rollen

Durch die Mitgliedschaft in einer Familie werden bestimmte Rollen (Mutter, Vater, Großmutter u.a.) festgelegt. Diese formalen Rollen sind zu unterscheiden von informellen Rollen, die durch eine Rollenzuweisung zustande kommen (z.B. schwarzes Schaf, Außenseiter u.a.). Eltern benötigen entsprechende Kompetenzen, um eine bestimmte familiäre Rolle ausfüllen zu können. Im Rahmen dieses Kapitels soll die Bedeutung der informellen Rollen für das familiäre Leben eruiert werden, um zu erörtern, ob Zusammenhänge mit dem Auftreten der Essstörungen bestehen.

Um die Bedeutung der informellen familiären Rollen beurteilen zu können, werden einige Beispiele, zunächst der Bulimieklientinnen vorgestellt:

Helga berichtet, dass sie in der Familie die Rolle des schwarzen Schafes und des Sündenbocks gehabt habe, da sie häufiger anderer Meinung gewesen sei und sich nicht angepasst habe. Ihr kleiner Bruder sei der Familienliebling gewesen.

Elke vermittelt zwischen Mutter und Großmutter.

Gerda berichtet, dass die Mutter sehr "fürsorglich", sie selbst das "schwarze Schaf" und der "Sündenbock" gewesen sei und der Vater ein "Außenseiter" - er sei von allen als "böse" angesehen worden.

Silke berichtet, die Schwester sei "Liebling" der Familie gewesen, insbesondere von Mutter; eine weitere Schwester habe in der Familie intrigiert; ein Bruder sei "Außenseiter" gewesen.

Karin berichtet, dass ein Kind immer der "Sündenbock" in der Familie gewesen sei, ein zweites habe sich immer rausgezogen und das dritte habe den "Sündenbock" unterstützt. Diese Rollen seien austauschbar gewesen. Die Mutter wird von Karin als "Verfolgerin" beschrieben.

Brigitte erläutert, dass besonders auffällig gewesen sei, wie ihre Mutter immer in der Familie vermittelt. Die Schwester sei der Familienliebling gewesen und habe

zeitweise die Rolle der "Aufopfernden" übernommen. Sie selbst sei das "schwarze Schaf" und eine Außenseiterin gewesen.

Für fast jede Familie beschreiben die Klientinnen klare Rollenbeschreibungen, bzw. Rollenzuweisungen. Insgesamt sehen die Bulimieklientinnen ihre Mutter nicht als ein Vorbild für eine positiv besetzte Frauenrolle. Neun Klientinnen sehen ihre Mutter in der Rolle der "Aufopfernden". Zehnmal nennen die Klientinnen für sich die Rollen "schwarzes Schaf" und "Sündenbock" und sechsmal vermitteln sie zwischen den Angehörigen. Der Vater ist nach diesen Beschreibungen achtmal in einer negativ besetzten Rolle. Anders als in der Untersuchung von SCHMIDT (1989) erleben sich die Bulimieklientinnen nicht in der Rolle des Musterkindes. Die Rollen des Musterkindes, des Beliebten und des Stars werden einem Geschwisterteil zugeordnet.

Die Anorektikerinnen benennen folgende Rollen. Beispiele:

Almut beschreibt, sie sei "Vermittlerin und Außenseiterin" gewesen, Vater und Mutter habe sie als "Familiencyrannen" erlebt.

Gerry beschreibt den Bruder als "Familienliebling", die Schwester habe vermittelt. Sie selbst sei das "schwarze Schaf" und eine "Außenseiterin".

Birgit berichtet, die Mutter sei sehr "fürsorglich", sie selbst das "schwarze Schaf" und der "Sündenbock" und der Vater ein "Außenseiter" gewesen.

Jane beschreibt ihre Rolle als "Vermittlerin und Außenseiterin". Vater und Mutter habe sie als "Familiencyrannen" erlebt.

Kordula beschreibt, dass der "Bruder Familienliebling" gewesen sei, die Schwester habe vermittelt.

Margret berichtet, dass sie in der Familie die "Sündenbockrolle" gehabt habe, sie habe vermittelt und sei z. T. das "schwarze Schaf" gewesen. Ein Bruder sei der "Liebling aus Sicht der Eltern und aus ihrer Sicht der Familiencyrann", ein weiterer Bruder der "Außenseiter" gewesen. Es habe eine strikte Rollenzuweisung zwischen den Geschlechtern gegeben, "die Mädchen seien benachteiligt worden".

Die Anorexieklientinnen geben häufig eine vermittelnde Rolle (5) und die "negativen" Rollen (8) des "schwarzen Schafes" oder des "Sündenbocks" an.

Auch für die Klientinnen mit Multiplen Süchten sollen zunächst Beispiele dokumentiert werden:

Silke berichtet, dass die Schwester der "Liebling" gewesen sei, sie selber habe vermittelt, sei "schwarzes Schaf" und "Sündenbock" gewesen; der Vater der "Familiencyrann".

Anke erläutert, dass der Bruder der "Liebling" gewesen sei, sie selber sei von der Familie verstoßen worden.

Christa berichtet, der Vater sei der "Liebling und Vermittler" gewesen, gleichzeitig "Familiencyrann" und "schwarzes Schaf"; er habe sehr wechselnde Rollen gehabt. Die Mutter habe vermittelt und sei, wie die Schwester, sehr hilfsbedürftig gewesen.

Sabine berichtet von einer Spaltung zwischen den Frauen und den Männern. Die Frauen seien die "Dienerinnen" der Männer gewesen. Die Männer hätten die Leistungen der Frauen der Familie bewertet; die Frauen hätten sich angepasst und aufgeopfert. Die Schwester sei, da sie sich anpasste, der Liebling gewesen, Sabine sei das "schwarze Schaf". Ihren Vater beschreibt sie als "Familiencyrann".

Die Mehrheit der Klientinnen (19) mit Multiplen Süchten sieht sich in negativ besetzten Rollen (der Außenseiterin, des "schwarzen Schafes" und "Sündenbocks". Siebenmal wird ein Geschwisterteil als Familienliebling gesehen. Sechsmal wird der Vater als Tyrann beschrieben.

Zusammenfassung und Diskussion:

In den Familien sind die Mütter für Beziehungen, Kindererziehung und Haushalt zuständig. Eine strikte Aufgabenteilung wird deutlich. Die Klientinnen beschreiben für sich vielfach negative Rollen. Typischerweise vermitteln oft die Mütter und ein Geschwisterteil ist der Familienliebling. Die Magersüchtigen sehen sich häufig in einer vermittelnden Rolle. Diese Ergebnisse entsprechen den Untersuchungsergebnissen von MINUCHIN u. a. (1983), die für die Anorexiaklientinnen typischerweise die Sündenbockrolle beschreiben und den Studien von GAST (1985), die die Klientin in der Rolle der Vermittlerin sieht. EDWARDS (1989) beschreibt den Vater lediglich als einen Bestandteil des patriarchalen Systems. Diese Beschreibung ist bei weitem nicht ausreichend, seine Rolle ist im Rahmen eines zirkulären Prozesses komplexer. Der Vater ist in das Familiendrama mit

meist negativ besetzten Rollen einbezogen. Nach KLESSMANN u. KLESSMANN (1989) ist der Vater in der Rolle des Gegenspielers einer dyadischen Koalition zwischen der Anorektikerin und der Mutter. Es können jedoch auch Vater-Tochter-Dyaden gebildet werden (wo die Mutter die zweitbeste sei). Diese Beschreibungen finden sich bei den Klientinnen dieser Studie in drei Fällen, häufiger wird die bereits erwähnte „vermittelnde Rolle“ zwischen Vater und Mutter, aber auch zwischen einem Elternteil und Großelternteil genannt. Die beschriebenen Rollenzuweisungen helfen, die Homöostase in den Familien aufrechtzuerhalten. Eine Rollenumkehr zwischen den Eltern und den Kindern, eine Parentifikation, die als dysfunktional anzusehen ist, ist bei den Klientinnen mehrfach zu beobachten (siehe das nächste Kapitel).

Nach den Ergebnissen dieser Studie fehlt vielen Mitgliedern der Eltern- und Großelterngeneration aller Untersuchungsteilgruppen die Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken, Probleme anzusprechen und sie konstruktiv zu lösen. Die Eltern können daher häufig ihre Elternrolle nicht angemessen wahrnehmen. Hierdurch kommt es zu psychisch belastenden Situationen, die die Entstehung des Symptoms Essstörungen begünstigen. Erschwerend kommt hinzu, dass häufig wichtige Rollenträger, die Großeltern und zum Teil der Vater, „real“ fehlen. Da oft andere Personen zwischen den Eltern stehen (siehe Kap.: 8.3.6 „Substitute und Koalitionen“) und eine Abgrenzung der Eltern von ihren Eltern nicht genügend gegeben ist, werden häufig die Paar- und Generationsgrenzen verletzt (siehe das Kap. 8.3.7: „Systemgrenzen“). Hieraus ergibt sich mehrfach ein Rollenkonflikt für die Tochter, da sie den Eltern nicht gleichzeitig als Kind und als Partnerin/Rivalin begegnen kann. Dies führt bei den Betroffenen zur Verunsicherung darüber, wie die Rollen auszufüllen sind.

Die Analyse der familiären Rollen zeigt, dass im Rahmen einer multiperspektivistischen Sichtweise nicht nur den familienspezifischen Rollen große Bedeutung zukommt, sondern dass auch geschlechtsbedingte Rollen stark verankert sind. Dieses Untersuchungsergebnis weist über den engen Kontext der Familie hinaus.

Nach der Analyse der Genogramme erweisen sich die inhaltlichen Rollendefinitionen angesichts fälliger Entwicklungen und Wandlungen als zu sehr

festgelegt und erstarrt. Sie dienen oftmals einer Konfliktumleitung. Die Zuweisung der familiären Rollen erfolgt im Rahmen der elterlichen Versuche, eigene Konflikte zu bewältigen und führt zur Bildung von Substituten. Im nächsten Kapitel wird hierauf näher eingegangen.

8.3.6 Substitute und Koalitionen

Das Auftreten von Substituten in familiären Systemen ist ein Merkmal familiärer Dysfunktionen, d.h. pathogener Strukturen. Substitute sind, wie Koalitionen, Formen der Triangulierung, einer Erweiterung einer konflikthaften Zweierbeziehung um eine dritte Person, die einen Konflikt verdeckt und damit entschärft¹.

In der Analyse der Genogramms wird deutlich: Jede Klientin schildert jeweils mindestens eine Form eines **Substituts** für ihre Familie schildert. Beispiele:

Sabine ist ein Substitut für einen gewünschten Jungen.

Anke ist der Ersatzpartner für ihre Mutter; sie soll als ein Substitut des idealen Selbst fungieren.

Marlies ist für ihre Mutter im Zusammenhang mit einem delegierten Auftragskonflikt ein Ehegattensubstitut.

Petra ist ein Mutterersatz für ihre Mutter und ein Ehegattenersatz für ihre Großmutter.

Susanne ist für ihre Mutter ein Ehegattenersatz und ein Abbild für das ideale Selbst. Gleichzeitig ist sie in der Familie ein umstrittener Bundesgenosse.

Kerstin ist ein Substitut für die Ehefrau des Vaters, mit einer Tendenz zur Rolle der "Geliebten". Die Mutter ist für den Vater ein Mutterersatz und in späteren Jahren, nachdem sie nicht mehr seine Anforderungen erfüllt, ein Substitut für die negative Identität. Für die Mutter ist Kerstin eine umstrittene Bundesgenossin.

In Hedwigs Familie wird der Großvater zum Ehegattensubstitut für die Mutter. Später wird statt Hedwig der Vater ein Ehegattensubstitut für die Großmutter. Hedwig wird aus ihrer Sicht dazu benutzt, die Rivalität in der Familie zu stärken. Sie „steht immer zwischen den Männern und den Frauen“ .

¹ Im Kapitel 3.6.4: "Rollen, Aufgaben und Substitute" wurden die einzelnen Formen der Substitutsbildung erläutert.

In Geeskes Familie ist die Schwester ein Substitut für eine Freundin der Mutter. Der Vater ist Vaterersatz für seine Schwester. Dies führt zu einer Konkurrenz zwischen Mutter und Schwester des Vaters und geht mit einer damit verbundenen Kränkung für die Mutter einher. (In diesem Fall bietet nach meiner Analyse die Magersucht für Geeske eine Möglichkeit, "sich aus der Familie rauszuhalten", ohne die Mutter zu verlassen. Sie kann den Gesetzen der Großfamilie "entkommen und trotzdem drinbleiben", wie Geeske formuliert. Diesen Kampf trägt sie jedoch nur indirekt, mit ihrem Körper, aus.)

Die Analyse der Genogramme zeigt unterschiedliche Formen der für die familiären Strukturen problematischen Substitute. Am häufigsten ist eine Form zu analysieren, nach der die Klientin ein Ehegattenersatz für ihre Mutter (15) ist; hingegen ist sie nur dreimal für ihren Vater ein Ehegattenersatz und einmal ein Ersatz für eine Geliebte des Vaters. Bei elf Klientinnen ist ein Substitut festzustellen, in dem sie für ein Elternteil als „ideales Selbst“ dient und in zehn Fällen fungiert sie für die Mutter als ein Ersatz für die Elternfigur. In vier Fällen ist die Klientin ein Substitut für ein „negatives Selbst“, neunmal ein "Freundinnenersatz" für die Mutter und fünfmal ein "Ersatz für eine Geschwisterrolle" der Eltern. Sechs Klientinnen sehen sich in der Rolle eines Substitut des Elternersatzes für den Vater. Bei der Analyse der Substitute ließen sich für die einzelnen Untersuchungsteilgruppen keine signifikanten unterschiedlichen Formen erkennen.

Koalitionen sind wie Substitute Triangulierungsprozesse. Sie sind offene oder verdeckte, wechselnde oder stabile Bündnisse zwischen zwei oder mehreren Mitgliedern der Familie, die sich jeweils gegen eine oder mehrere Familienmitglieder richten. SIMON und STIERLIN (1984) bezeichnen solche Triangulierungsprozesse als „perverse Dreiecke“. Koalitionen werden insbesondere dann zu pathologischen Phänomenen, wenn sie zu Störungen der Grenzen zwischen den Generationen und der familiären Hierarchien beitragen. Beispiele solcher "pathologischen Koalitionen", sollen zunächst dokumentiert werden:

Birgit beschreibt eine Koalition zwischen allen Frauen, die gegen den Vater gerichtet ist,

Helga eine Koalition zwischen der Oma und ihr, ihr und dem Vater und zwischen der Mutter und den Söhnen.

Karin beschreibt eine Koalition zwischen Mutter und Schwester, die aufgrund ihrer "Ausschließlichkeit" zu "Vernachlässigungen der Geschwister" geführt habe.

Elisabeth: Ihr Bruder und sie hätten ebenso wie sie und ihre Mutter gegen den Vater koalitiert. Für einen späteren Zeitpunkt beschreibt sie eine Koalition ihrer Eltern, die gegen sie gerichtet sei.

Hedwig beschreibt eine Koalition zwischen ihrer Schwester und ihrer Oma väterlicherseits, eine Koalition zwischen der Oma mütterlicherseits und ihr und eine zwischen ihrer Schwester und ihrem Vater.

Margarete schildert eine Koalition mit ihrer Großmutter, die sich gegen die Mutter richtete; des Weiteren eine Koalition zwischen dem Vater und seinen Söhnen. Diese Koalitionen gehen so weit, dass mit den anderen Familienmitgliedern möglichst nicht gesprochen wird.

Christine beschreibt eine Koalition zwischen ihrer Mutter und ihr gegen den Vater.

Annette beschreibt eine Koalition zwischen Mutter und ihrem Bruder, die letztlich in einem Inzest Ausdruck findet.

Elfmal lassen sich Koalitionen mit einem Großelternteil, meistens der Großmutter, eruieren und zwölfmal Koalitionen der Klientinnen mit der Mutter gegen den Vater. Wenn es Söhne in der Familie gibt, zeigen sich nach den Berichten der Klientinnen eher Koalitionen zwischen Mutter und Sohn. Koalitionen zwischen den Geschwistern werden lediglich in sieben Berichten erwähnt. Insgesamt beschreiben circa die Hälfte der Klientinnen Koalitionen zwischen den Familienmitgliedern, die zu vermutlich einer Verfestigung unflexibler familiärer Strukturen beitragen.

Treten in Familien Substitute und verfestigte Koalitionen auf, sind diese zugleich Ausdruck gestörter Grenzbildungen. Daher sind auch Störungen der internen und externen Familiengrenzen zu analysieren.

8.3.7 Systemgrenzen

Die Grenzen zwischen den Mitgliedern einer Familie und zwischen den Familien und ihren Umwelten können verschieden funktional sein. Mit den Beschreibungen der Grenzen wird auch bestimmt, wer und auf welche Weise zur Familie

dazugehört. "Grenzverletzungen", insbesondere zwischen den Generationen, sind wichtige Merkmale dysfunktionaler Familienstrukturen.

Erneut werden zunächst typische Beispiele angeführt:

Susanne berichtet, dass besonders ihre Eltern ihre Grenzen verletzt hätten, indem sie sich "in alles einmischten".

Birgit berichtet, Grenzen seien nicht erfahrbar gewesen.

In Hildegards Familie habe es "keine Abgrenzung" innerhalb der Familie gegeben; Grenzen seien wenig erfahrbar gewesen. Auch gegenüber den Großeltern sei das elterliche Subsystem nur sehr unklar abgegrenzt gewesen.

Ella beschreibt, dass es den Eltern nicht gelungen sei, sich "nach außen" abzugrenzen. Die Großeltern seien in die Konflikte der Eltern einbezogen worden.

Birte schildert, dass die Grenzen zwischen Eltern und Kindern, nach ihrer Ansicht, gewahrt wurden, nur die Mutter habe sich schlecht von der Großmutter abgrenzen können. Zur Außenwelt wird eine deutliche Grenze gezogen. Die Familie hat einen sehr kleinen Bekanntenkreis. Aus der Nachbarschaft habe man sich "ausgeklinkt".

Sabine berichtet, dass es außerhalb der Verwandtschaftsbeziehungen fast keinerlei Außenkontakte gegeben habe. In der Familie seien Vater und Mutter „verschmolzen“.

Anne berichtet, dass die Eltern sich sehr stark von allen anderen abgegrenzt hätten, es sei fast nicht möglich gewesen, zu ihnen eine Beziehung aufzubauen.

Christine schildert, "nach außen hin sei in der Familie alles in Ordnung". Innerhalb der Familie seien die Beziehungen "sehr verstrickt". Gegenüber anderen Personen habe man sich nicht abgrenzen dürfen. Für alle Bedürfnisse habe man Verständnis aufbringen müssen. (Auch in ihrem Berufsalltag und in den Partnerbeziehungen und Freundschaften ist Christine nicht in der Lage, sich von anderen Menschen „flexibel und klar“ abzugrenzen. Besonders deutlich wird das bei einem Kontakt zu einem Mann, der sie mehrmals vergewaltigte. Sie ist trotz dieser massiven Verletzungen nicht in der Lage, den Kontakt abubrechen.)

Nach der Analyse der Genogramme können die innerfamiliären Grenzen nur in fünf Familien als „klar und flexibel“ bezeichnet werden. Am häufigsten finden sich

diffuse, verwischte Grenzen als Zeichen der Verstrickung¹ familiärer Beziehungen. Die Familienmitglieder sind miteinander eng verflochten, sie sind übermäßig miteinander beschäftigt, die interpersonalen Grenzen sind unscharf und es findet eine Vermischung von Gedanken und Gefühlen statt. Insgesamt kann in den untersuchten Familien die überwiegende Anzahl der Familienbeziehungen als verstrickt (52) bezeichnet werden. Elf Familien (zweimal Familien mit bulimischen Töchtern und neun mit Töchtern mit Multiplen Süchten) weisen Familienstrukturen auf, die als "losgelöst" bezeichnet werden können. „Lösgelöste Familienstrukturen“ sind demnach kein Kennzeichen der Familien mit Anorektikerinnen, sondern sie sind eher in den besonders belasteten Familien der Klientinnen mit Multiplen Süchten zu eruieren.

Wie die Analyse der Genogramme zeigt, ist das Subsystem der Eltern regelhaft zu wenig abgegrenzt von dem Subsystem der Großeltern und dem Subsystem der Kinder. Die für die Familienbeziehungen zu konstatierenden verstrickten Beziehungen behindern die Entwicklung einer „bezogenen Individuation“ (BOSZORMENY-NAGY (1981). Statt dessen fördern die verstrickten Beziehungen Parentifizierungen und Triangulierungen. Die häufigste Form der Triangulierung ist die Einbeziehung der Tochter in den Konflikt der Eltern in Form eines Ehegattensubstituts für die Mutter (siehe vorheriges Kapitel). Diese enge Bindung an ein Elternteil bedingt einen Ausschluß des anderen Elternteils.

Während in den meisten Familie eine zu geringe innerfamiliäre Abgrenzung zu beobachten ist, sind die Familien nach Aussage von einem Drittel (25) der Klientinnen aller Untersuchungsgruppen gegenüber ihren Umwelten zu rigide abgrenzt. Die Durchlässigkeit der Grenzen ist hier nicht gegeben. Solch ein Sachverhalt kann sich in einzelnen Fällen auch in einer deutlichen Abgrenzung der Teilfamilien zeigen. Beispiel :

Gertrud berichtet, dass bei Geburtstagen die Großmütter stets getrennt gekommen seien. Die einzelnen Teilfamilien hätten sich nicht gemocht.

¹ BOSZORMENY-NAGY (1981) bezeichnet die „Verstrickung“ (MINUCHIN 1983) in den Familien als intersubjektive Verschmelzung. WIRSCHING und STIERLIN (1982) beschreiben diese Problematik mit den Begriffen der Polarität von Isolation versus Fusion.

Die dysfunktionalen Grenzziehungen zeigen sich nach meinen Beobachtungen auch in den Beziehungen der Klientinnen zu Freundinnen und Mitgliedern von Wohngemeinschaften. Hingegen ist in vielen Fällen eine funktionale Abgrenzung in den Beziehungen zu den Geschwistern eher möglich.

Zusammenfassung:

Nach den Untersuchungsergebnissen dieser Studie ist die überwiegende Mehrzahl der familialen Beziehungen, insbesondere der Anorexie- und Bulimieklientinnen als „verstrickt“ zu bezeichnen. Diese „verstrickten“ Muster sind mehrgenerational tradiert¹. Lediglich für die Familienbeziehungen einiger Familien können klare und flexible innerfamiliale Grenzbildungen beschrieben werden. Im Unterschied zu den Bulimie- und Anorexiem klientinnen sind bei einem Teil der Klientinnen mit Multiplen Süchten „aufgelöste“ Familienbeziehungen und –strukturen zu konstatieren. In fast allen untersuchten Familien erfüllen die Familienmitglieder nicht das Merkmal einer „bezogenen Individuation“². Gegenüber außerfamiliären Personen kann für die Familiensysteme eine zu rigide Abgrenzung festgestellt werden.

8.3.8 Mythen

Mythen „verzerren“, wie die auch familiäre Geheimnisse und Tabus (siehe das nächste Kapitel), die „Wirklichkeit“, um Kränkungen und Konflikte innerhalb der Familie zu vermeiden. Sie stellen eine Form kollektiver Verleugnung dar, die die familiäre Funktionstüchtigkeit behindern können. Daher sind sie im Kontext dieser Studie zu eruieren.

Mythen ließen sich im Rahmen dieser Untersuchung mittels der genografischen Mehrebenenanalyse nur für einzelne Familien feststellen (Beispiele):

¹ Bei den hier untersuchten Familien ist die generelle Typisierung einer „Verstrickung“ sinnvoll, da sich die „Verstrickungen“ in allen untersuchten Lebensbereichen und Lebensphasen und nicht nur bezogen auf bestimmte Situationen, Bereiche und Lebensphasen zeigen.

² Nach VON SCHLIPPE (1987) kann dieser Sachverhalt als Unterindividuation bezeichnet werden, in der die Abgrenzung mißlingt und die Grenzen zu weich und zu durchlässig sind.

Für die Familie von Elisabeth, einer Bulimieklientin, die in einem Geschäftshaushalt aufwuchs, ist wichtig, dass nach außen hin alles in Ordnung scheint. Die Kundschaft muss immer freundlich und zuvorkommend behandelt werden, die vorhandenen Meinungsverschiedenheiten dürfen nie deutlich werden. Die Notwendigkeit den Mythos einer glücklichen Familie zu leben, wird von Elisabeth dadurch begründet, dass die Familie in einem kleinen Dorf zu Hause sei.

In Christels Familie (Multiple Süchte) wird ebenfalls Wert darauf gelegt, "in einer guten, harmonischen Familie" zu leben. Den Familienmitgliedern ist jedoch bekannt, dass der Vater jahrelang eine Geliebte hat. Nach außen hin wird eine „schöne Fassade“ aufgebaut.

Margarete schildert, dass es für ihre Familie sehr wichtig sei, im Dorf einen guten Status zu haben. Dieser sei auf jeden Fall aufrechtzuerhalten gewesen. Probleme habe es gegeben, als Margarete den Mythos einer erfolgreichen Familie in der Schule nicht aufrechterhalten kann, da sie im Gegensatz zu ihren Geschwistern mit ihren Schulleistungen nicht das Gymnasium besuchen kann.

In Freyas Familie existiert folgender Mythos: Die Großmutter habe bei einer Frühgeburt ihr erstes Kind verloren, nachdem sie von ihrem Bruder mit einem Laken erschreckt worden sei. Mit diesem Mythos wird in der Familie das negative Gefühl diesem Bruder und seinem Sohn gegenüber erklärt.

Nach der Analyse der Genogramme finden sich besonders in Magersuchtfamilien sogenannte „Harmoniemythen“, mit denen versucht wird, das Bild einer glücklichen Familie zu vermitteln. Bis auf diese Harmoniemythen lassen sich Mythen mit Hilfe der verwandten Untersuchungsmethoden nur unzureichend eruieren. Da sie sich dem Beobachter eher im Rahmen einer längerfristigen Beobachtung der gesamten Familie erschließen, können hierzu keine weiteren Angaben gemacht werden.

8.3.9 Geheimnisse und Tabus

Themen, die in einer Familie stark mit Angst und Schuld besetzt sind, können tabuisiert und zu einem Familiengeheimnis erklärt werden. Tabus und Geheimnisse dienen dazu, die Angehörigen einer Familie zu schützen und stellen eine Art gemeinsame interpsychische Verleugnung dar. Die „Geheimnisse“ sind oft nicht

wirklich geheim, es gilt jedoch die Verpflichtung zu absolut diskreter Behandlung. Treten familiäre Geheimnisse und Tabus auf, weisen diese möglicherweise auf familiäre Dysfunktionen hin, die die Entstehung von Essstörungen und Multiplen Süchten begünstigen. Daher sollen diese Zusammenhänge erörtert werden.

Zunächst werden Beispiele aus den Analysen der Genogramme vorgestellt:

Franziska erfährt erst mit 13 Jahren, beim Tod des Vaters, dass er eine uneheliche Tochter hat.

Edith erfährt erst als Erwachsene, dass in ihrer Verwandtschaft ein Schwager "was mit ihrer jüngeren Schwester hatte". Weiterhin ist generell „Sexualität“ in der Familie tabuisiert.

Heike erfährt im Alter von fünfzehn Jahren von einem unehelichen Kind ihres Vaters. Neben „Sexualität“ ist der Nationalsozialismus und die Bevorzugung einer Schwester tabuisiert.

Gudrun berichtet, dass neben der Sexualität Konflikte tabuisiert gewesen seien.

Carolin berichtet, die „Nazizeit“ sei tabu gewesen.

In Margrets Familie sind „Sexualität, der Krieg und Emotionen“ tabu.

Silke berichtet, dass der Vater und der Großvater "voyeurhafte Hobbys" gehabt hätten, über die nicht gesprochen werden durfte. Tabu seien in der Familie weiterhin frühere Diebstähle von Silke und "ihre sexuellen Spielereien". "Es habe keiner was vom anderen richtig gewußt. Andererseits habe ihr Vater regelmäßig ihr Tagebuch gelesen und ihre Briefe geöffnet".

Hilde berichtet, dass in ihrer Familie der Suizid des Großvaters tabu gewesen sei.

In der Familie von Sabine ist tabu, dass der Großvater unehelich und ein Nazi war.

„Opas Schwierigkeiten in der damaligen DDR“ sind in Utes Familie tabu,

Tabuisiert ist in Birgits Familie, dass ihre Schwester einen anderen Vater hat.

In Ullas Familie ist Vaters Suizidversuch ein Familiengeheimnis,

in Karins Familie ist Vaters erste Frau ein Tabuthema.

Familiengeheimnis in Yvones Familie sind das intime sexuelle Verhältnis zwischen ihrer Mutter und ihrem Bruder und die Homosexualität eines Onkels.

Die erste Ehe der Mutter von Katharina wird „totgeschwiegen“, ebenfalls der "Zustand" der Ehe der Großeltern (väterlicherseits). Über Sexualität wird nicht gesprochen, ebenso über die Todesursachen der Eltern der Mutter.

Unterschiedliche spezifische Tabus und Geheimnisse sind für die Klientinnen der drei Untersuchungsteilgruppen nicht zu eruieren. Die meisten (48) der Klientinnen benennen für ihre Familien Tabus oder Familiengeheimnisse. Das größte Tabu ist die Sexualität (25) und das Ausleben von Emotionen (19), einschließlich Zärtlichkeit und körperlicher Nähe. Dies schließt in der Regel körperliche Berührungen mit ein. Weiterhin werden uneheliche Geburten (6), sexuelle Nebenbeziehungen (3) und der Nationalsozialismus (21) tabuisiert.

Nach der Analyse der Genogramme kann davon ausgegangen werden, dass die von den Klientinnen berichteten Tabus und Geheimnisse zur Entwicklung der familiären Funktionsstörungen und somit der Essstörungen und Multiplen Süchte beitragen. Eine genauere Analyse ist mit dem verwendeten Instrumentarium nicht möglich.

8.3.10 Vermächtnisse und Delegationen

Vermächtnisse werden an die Angehörigen der nächsten Generation "delegiert"¹. Führen sie zu Auftragskonflikten oder Loyalitätskonflikten tragen sie zu familiären Dysfunktionen bei. Daher ist ihr Auftreten zu untersuchen.

Zunächst werden erneut typische Beispiele angeführt:

Birgit soll wie der Vater ein Literaturstudium absolvieren.

Gudrun soll Mutters Studienwunsch erfüllen, dieser war der Mutter verwehrt worden.

Sabine: Ihr Vermächtnis der Eltern und Großeltern ist, im Beruf "die Beste" zu sein.

Frauke hat widersprüchliche Vermächtnisse ihrer Mutter und Großmutter zu erfüllen. Für ihre Mutter soll sie ins Leben hinausgehen, "denn sonst kriegst du

¹ Kinder sind auf Grund ihrer Loyalitätsbindung gehalten, die Aufträge und Delegationen zu erfüllen. Sie werden häufig von den Kindern als Verpflichtung erlebt. Delegationen haben den "Charakter von Prophezeiungen" (KAISER 1989), für deren Erfüllung die Kinder als Adressaten zuständig sind, Delegationen können als "Verträge" zwischen den Generationen aufgefasst werden. Belastend wirken Vermächtnisse, bzw. Delegationen, die nicht realisierbar oder widersprüchlich sind.

nie einen Mann ab." Von ihrer Großmutter hört sie: "Nimm dich in acht vor den Männern, sonst geht es Dir wie mir".

Gerda: In ihrer Familie ist es Tradition gleich mit dem ersten Mann, den eine Frau kennenlernt, zusammenzuleben. Sie erlebt dies als ein Vermächtnis.

Die Analyse des Genogramms von Susanne, dem nächsten Beispiel, weist auf Zusammenhänge zwischen einer Delegation und dem Symptom der Magersucht hin:

Petra älterer Bruder verstirbt als Kleinkind. "Aus ihm sollte etwas Besonderes werden". Petra soll die Nachfolge antreten. Einen Ausdruck für dieses Vermächtnis ist der Name, der von den Eltern für sie vorgesehen ist. Sie soll in Erinnerung an den verstorbenen Bruder (Peter) Petra heißen.

Nach der Analyse des Genogramms ist dieses Vermächtnis mitverantwortlich für Petras geringes Selbstwertgefühl. Sie fühlt sich nicht um ihrer selbst willen geliebt und „reagiert“ mit Depressionen, Selbstverletzungen und Hungern. Die Entwicklung der Anorexie ist möglicherweise eine Rebellion gegen diese Delegation.

Die folgenden Beispiele dokumentieren die Belastungen, die ein Vermächtnis für das Lebenskonzept eines Menschen bedeuten kann:

Ankes Vermächtnis von ihrer Mutter und bereits deren Mutter sei, immer darauf zu achten, ob "etwas zu tun sei, ob es Abwasch gebe, oder ob etwas gebügelt werden müsse." Dieser Druck habe für sie bedeutet, dass sie z.B. morgens um 6.00 Uhr, bevor sie zur Schule geht, bügelt. Ihr sei wichtig gewesen, die Mutter auf keinen Fall zu enttäuschen.

Christine berichtet von ihrem Vater, er habe "tausend Erwartungen" gehabt. Er habe gleichzeitig gewollt, dass sie eine spießige Beziehung habe und dass sie berufstätig sei; dass sie viel im Haushalt lebe und Fußball spiele. Sie solle „Frau werden und wiederum auch nicht.“ (Diesen vielfältigen, sich widersprechenden Erwartungen kann sie nicht entsprechen. Die widersprechenden Erwartungen führen zu einem Loyalitätskonflikt; sie hat das Gefühl, es keinem recht machen zu können.)

Monika schildert, sie "habe früh mitbekommen, dass Frau sein nicht toll ist". Gegenüber den Brüdern steht sie in einem Auftragskonflikt. Beispielhaft soll sie im Auftrage ihrer Eltern dafür sorgen, dass ihre Brüder nicht angetrunken Auto

fahren. Führt sie diesen Auftrag aus, bekommt sie massiven Ärger mit den Brüdern.

Claudia: Für ihre Mutter seien Anpassung und Gehorsam, für ihren Vater Intelligenz und Schönheit erstrebenswert. Sie habe Angst, ihre Mutter zu verlieren, wenn sie "schön" sei. In ihrer Phantasie habe ihre "Mutter sie dann nicht mehr lieb". Gleichzeitig habe sie die Befürchtung, ihr Vater möge sie nicht mehr, wenn sie "dick und gehorsam" gegenüber der Mutter sei.

Claudia befindet sich in einem Auftrags- und Loyalitätskonflikt. Sie hat die Befürchtung, nicht sehr gut sein zu dürfen, denn dann könne sie die Mutter in den Schatten stellen und würde von ihr angegriffen werden. Als Folge dieses Auftrags- und Loyalitätskonflikts hat Claudia in ihren sozialen Beziehungen immer Angst, etwas "Verkehrtes" zu tun. In ihrer Reaktion auf diese Angst versucht sie, sich möglichst gut anzupassen und bereits Anpassungsleistungen zu erahnen.

Solche Auftragskonflikte, die einen Beitrag zu der Entwicklung der Essstörung leisten, können für siebzehn Klientinnen eruiert werden. Besonders belastend für die Klientinnen wirken sich Delegationen und Vermächtnisse aus, die sich auf die Frauenrolle beziehen und von elf Klientinnen geschildert werden. Beispiel:

Für Helga sind zwei Delegationen prägend. Von ihrem Vater bekommt sie den Auftrag, den Hof zu übernehmen, obwohl sie "nur Tochter ist". Da der Bauernhof weiter geführt werden soll, soll sie früh einen Mann heiraten. Eine Delegation von ihrer Mutter vermittelt ihr, "die Frau ist immer die Dumme, wenn sie sich auf Männer einlasse und hoffen würde, einmal den Richtigen zu kriegen".

Mit der Entwicklung der Magersucht versucht Helga, sich für Männer "unattraktiv zu machen". Sie wird der Delegation ihres Vaters gerecht, indem sie sich selbst aufgrund ihrer (vermeintlichen) männlichen Körperformen als Mann erlebt. Mutters Delegation entspricht sie, indem sie keine Beziehung mit einem Mann eingeht, nachdem eine Beziehung scheiterte.

Mit den Schilderungen der Vermächtnisse und Delegationen berichten die Klientinnen oftmals zugleich von mehrgenerationalen familiären Traditionen. Beispiele: *In Kerstins Familie spielt der Wert Sauberkeit über Generationen eine besondere Rolle.*

In Hedwigs Familie gibt es die traditionelle Idee, dass "schicke Leute" nicht in die Familie gehören. Eine weitere Tradition über mehrere Generationen ist, dass in ihrer Familie alles der Reihe nach geht, d.h. die älteren Geschwister bekommen alles immer zuerst, heiraten zuerst usw.

In Helkes Familie ist Tradition, dass alle Familienmitglieder Erfolg haben. Bedingung, um akzeptiert zu werden, ist, zumindest das Abitur zu schaffen, möglichst jedoch Ärztin zu werden. Da Helke diesen Anforderungen nicht genügt, fühlt sie sich minderwertig.

In Gieselas Familie „opfern“ sich alle Frauen in mehreren Generationen in der Pflege von Angehörigen auf.

In Gabis Familie ist wichtig, dass über Generationen die jeweiligen Partner trotz massiver Ehekrise zusammen bleiben ("bis der Tod euch scheidet").

In Sandras Familie ist Vermächtnis und Tradition, dass die Frauen dafür sorgen, dass es den Männern gutgeht.

Zusammenfassung:

Die Klientinnen aller Untergruppen berichten mehrheitlich (48) von Vermächtnissen und Delegationen ihrer Eltern und Großeltern. Diese Vermächtnisse können über mehrere Generationen (16) tradiert sein. Bei den magersüchtigen Klientinnen zeigen sich belastende Delegation vermehrt (11) im Leistungsbereich. Hier unterstützen und fördern die Eltern die Ausbildung der Klientinnen in einem extremen Maße und erhoffen sich so eine Erfüllung der mehrgenerationalen Vermächtnisse. Insgesamt berichten 25 Klientinnen von Vermächtnissen und Delegationen, die von ihnen als „destruktiv“ erlebt werden und so zu der Entwicklung der Essstörungen und der Multiplen Süchte beitragen.

8.3.11 Loyalität

Loyalität kennzeichnet ein Gefühl der Verbundenheit, das die Klammer zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen eines sozialen Systems und dem Denken, den Gefühlen und Motivationen des einzelnen Familienmitgliedes herstellt¹. Da

¹ Loyalität ist eine Form einer Bindung, mit der die Familie ihre Kontinuität und Kohärenz wahrt und Wertvorstellungen, Delegationen und Vermächtnisse tradiert (siehe SIMON u. STIERLIN 1984). Insbesondere durch belastende Vermächtnisse und Delegationen kann

auch Loyalitätsverpflichtungen zu familiären Dysfunktionen beitragen, werden bei der Analyse der Genogramme die Loyalitätsgefühle der Klientinnen gegenüber der Herkunftsfamilie abgefragt.

Die meisten Klientinnen beschreiben familiäre Erwartungen, mit denen in einem besonderem Maße an ihre Loyalität appelliert wird. Die verschiedensten, z.T. widersprüchlichen Erwartungen, werden durch Loyalitätsdruck vermittelt und führen zu oftmals Loyalitätskonflikten. In einem typischen Loyalitätskonflikt wollen die Klientinnen einerseits nach ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen leben, fühlen sich aber andererseits aufgrund ihrer mangelnden inneren Ablösung den Eltern verpflichtet, die ausgesprochenen oder nur vermuteten Anforderungen zu erfüllen. Auf Nachfrage wird ersichtlich, dass viele Klientinnen mit dem Gefühl leben, ihren Familien noch Dank, Loyalität und Anpassung zu schulden.

Beispiele:

Gabi berichtet von einem besonderen Zusammenhalt ihrer Familie durch die regelmäßig stattfindenden Familienversammlungen, bei denen niemand fehlen dürfe.

In Fraukes Familie ist der Wert "Gerechtigkeit" sehr wichtig. Alle Kinder erhalten in Abständen große Geschenke und erleben sich hierdurch in starker Verpflichtung den Eltern gegenüber. Aufgrund dieser Verpflichtungen darf keine Kritik geäußert werden.

Fünfzehn Klientinnen berichten von massiven, sie bedrängenden und in ihrer Entwicklung einengenden Loyalitätsgefühlen gegenüber ihren Angehörigen. In diesen Fällen kann nach der Analyse der Genogramme von einem ursächlichen Beitrag zum Auftreten der familiären Dysfunktionen ausgegangen werden.

es zu schweren Loyalitätskonflikten kommen. Nach BOSZORNENY-NAGY (1981) ist Loyalität ein Schlüssel zum Verständnis der Delegation. Loyalität sorgt dafür, dass Familiengeheimnisse bewahrt werden.

8.4 Kritische Lebenssituationen der Familienmitglieder im Lebenslauf

Traumatische Ereignisse, Verluste und langandauernde Defizite sind kritische Lebenssituationen, die sich vielfältig auf die Funktionstüchtigkeit von Familien auswirken und eine nachteilige Wirkung auf die Gesundheit von Personen und familiären Systemen haben. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen auf Familien mit einem essgestörten Mitglied erörtert. Mit Hilfe der Genografischen Mehrebenenanalyse wurden die folgenden Bereiche und deren Auswirkungen auf die familiäre Situation analysiert:

- Verlust eines Angehörigen,
- Scheidungen,
- Krieg und Verfolgung,
- Gewalt und
- frühe Überforderungen.

Der **Verlust eines Angehörigen** ist für das Leben eines Menschen eines der schwerwiegendsten kritischen Lebensereignisse. Er hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit der Familienangehörigen und auf die familiäre Struktur und Funktionstüchtigkeit¹.

Auffallend viele der in dieser Studie untersuchten Klientinnen wuchsen ohne Vater auf. Von den Bulimieklientinnen, Magersuchtklientinnen und den Klientinnen mit Multiplem Suchtgeschehen verloren jeweils drei ihren Vater durch Tod. Bezogen auf die Größe der Untersuchungspopulation geben daher besonders häufig die Magersuchtklientinnen den Tod von Elternteilen, aber auch von anderen nahen Verwandten an (zweimal der Tod eines Bruders). Dieser äußerst schmerzliche Verlust wirkte prägend auf die Lebensgeschichte der Klientinnen.

Die Analyse der Genogramme zeigt, dass noch häufiger die Mütter und Väter der

¹ Ein Verlust von Angehörigen kann auch eine zeitweise Abwesenheit eines Elternteils in der Kindheit einschließen. Hiervon berichten zwei Klientinnen, deren Mütter länger im Krankenhaus waren.

Klientinnen einen Elternteil¹, meist den Vater, früh verloren. Dieser Befund bestätigt die Untersuchungsergebnisse von WEBER und STIERLIN (1989), nach denen viele Familien schwere Verluste, oftmals über Generationen, erleiden.

In drei Fällen, in denen der Vater verstarb, übernahmen die Klientinnen dessen Position in der Familie. Mit der Übernahme dieses Partnersubstituts sollte die Funktionsfähigkeit der Familie wiederhergestellt, bzw. unterstützt werden. Dies führte jedoch zu einer Überforderung der Töchter.

Drei Klientinnen berichten vom Tod eines Bruders. Für Sigrid hat der Tod der Schwester prägenden Einfluß.

Die ältere Schwester starb kurz nach der Geburt. Birgit sollte ihren Platz einnehmen und bekam den Namen, der für das gestorbene Kind vorgesehen war. Birgit meint noch als Erwachsene, sie sei nicht erwünscht.

Nach der Analyse der Genogramme erschwert das Zusammentreffen von Geburten und Todesfällen in vier Fällen ein Einlassen der Eltern auf das Neugeborene. Die Familiengeschichte von Gerda zeigt eine solche zeitliche Verknüpfung:

In der Familie von Gerda (Magersucht) wurde jeweils, über mehrere Generationen, im selben Monat ein Kind geboren, in dem ein Großeltern teil starb.

Von drei Klientinnen wird der Tod eines Freundes als ein sehr belastendes Ereignis angegeben, welches ein Auslöser für die Essstörungen gewesen sei. Besonders belastend sind nach der Analyse der Genogramme für sieben Familien die Häufung von Todesfällen innerhalb kurzer Zeit, die das soziale Netzwerk und das Unterstützungssystem dieser Familien entscheidend schwächen. Nach Meinung der Klientinnen wird über diese Verluste in den Familien nicht gesprochen, so dass diese Lebenskrisen vermutlich nicht bewältigt sind. Aufgrund dieses Untersuchungsergebnisses kann die folgende in einer weiteren Untersuchung zu überprüfende These aufgestellt werden: Die hinterbliebenen Angehörigen haben durch die nur teilweise vorhandenen personalen und familialen

¹ Über den vielfachen frühen Tod der Großeltern der Klientinnen ist bereits im Kapitel 8.2.3: "Die Beziehungen zu den Großeltern" berichtet worden.

Ressourcen zu wenig die Kompetenz erworben, die Trauer konstruktiv zu bearbeiten.

Scheidungen: Für die BRD ist davon auszugehen, dass jede dritte bis vierte in den achtziger Jahren geschlossene Ehe geschieden wird. Von den Klientinnen dieser Untersuchung ließen sich nur die Eltern einer Bulimieklientinnen und fünf Elternpaare von Klientinnen mit Multiplen Süchten scheiden. Diese Anzahl von nur sechs Scheidungen ist im Vergleich zur Scheidungsrate der gesamten Bevölkerung gering. Auch bei den Großeltern trennten sich nur drei Paare¹. Aus diesem Untersuchungsergebnis kann jedoch nicht auf eine funktionelle Paarbeziehung der Eltern geschlossen werden. Da die Ehen der Eltern, wie ausgeführt², auch bei massiven Konflikten fassadenhaft aufrechterhalten werden, weist eine geringe Scheidungsquote in diesen Fällen nicht auf stabile Familienstrukturen hin.

Gewalt: Auf die häufigen sexuellen Gewalterfahrungen ist bereits (siehe das Kap. 8.1.9.; "Die Klientinnen als Opfer von sexueller Gewalt") eingegangen worden. Von Mißhandlungen nichtsexueller Art innerhalb der Familien berichten zwölf Klientinnen, davon zehn Klientinnen mit Multiplen Süchten. Dieses Untersuchungsergebnis ist nochmals ein Hinweis auf die desolante familiäre Situation in den Familien der Klientinnen mit Multiplen Süchten.

Krieg und Verfolgung: Die meisten Familien der Klientinnen stammen aus dem Oldenburger Raum, so dass Flucht und Vertreibung, Verlust von Hab und Gut nach Aussagen der Klientinnen nur in elf Familien von Bedeutung waren. Zwanzig Klientinnen berichten von einer Kriegsteilnahme und Gefangenschaft ihrer Großväter. Über Todesfälle von Angehörigen im Krieg berichten 16 Klientinnen. Allein aus diesen Angaben lassen sich keine besonderen Belastungen für die untersuchte Population ableiten. Um die Bedeutung des zweiten Weltkrieges und seine Folgen für die Familienmitglieder genauer analysieren zu können, müssten die Eltern und Großeltern in weitere Untersuchungen einbezogen werden.

¹ Für einen weiteren Vergleich wird auf eine Untersuchung von KAISER (1989) verwiesen, der die Lebensgeschichte von 44 Helferfamilien untersuchte. Bei diesem Personenkreis kam es zu 68 Scheidungen/Trennungen in der Eltern- und Großelterngeneration.

² Siehe Kap. 8.2.2: "Die Ehe der Eltern".

Von **frühen Überforderungen** berichten, wie bereits erwähnt¹, einzelne Klientinnen. Oftmals (20 mal) wird von frühen hohen Anforderungen, die an die Eltern gestellt wurden, berichtet. Beispiele:

Silke berichtet, dass ihre Mutter auf dem Bauernhof schon sehr früh den Vater mit ersetzen musste und zusätzlich für die Erziehung der kleineren Geschwister zuständig war.

Gabriele berichtet, dass ihr Vater bereits sehr früh im Geschäft aushelfen musste.

Bei der Interpretation dieser Angaben über die Nachkriegssituation ist zu berücksichtigen, dass die geschilderten Überforderungen für die damalige Zeit als "üblich" und „normal“ anzusehen sind. Aus diesem Befund allein kann kein ursächlicher Bezug für die Entwicklung der familiären Dysfunktionen und der Essstörungen, bzw. der Multiplen Süchte abgeleitet werden.

Bei der Analyse von dreizehn Genogrammen fiel ein zeitliches Zusammentreffen mehrerer kritischer Lebensereignisse auf. Eine Klientin drückt dies so aus: „Ein Unglück kommt selten allein.“ Nach der Analyse der Genogramme kann davon ausgegangen werden, dass die Kumulierung von krisenhaften Ereignissen erheblich zu den beobachtbaren familiären Dysfunktionen beiträgt. Dieser Befund lässt sich theoretisch in ein Belastungs-Bewältigungs-Paradigma² (vgl. HURRELMANN 1998) einordnen.

Zusammenfassung:

Besonders belastende Lebensereignisse sind für die Klientinnen nach diesen Untersuchungsergebnissen der Tod des Vaters oder das Erleben von sexueller Gewalt. Ein Drittel der Klientinnen mit Multiplen Süchten berichtet von körperlicher Gewalt innerhalb der Familie. Kritische Lebensereignisse führen insbesondere in Koinzidenz mit gestörten Paarbeziehungen der Eltern, persönlichen Belastungen der Eltern aufgrund ihrer Biographie und der Unfähigkeit Konflikte und Anforderungen konstruktiv zu bewältigen zu familiären Krisen. Zudem fehlen

¹ Siehe das Kapitel 8.2.1: „Die Eltern-Kind-Beziehungen“.

² Dieses Modell geht von einer hohen Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von gesundheitlichen Störungen und Erkrankungen aus, wenn belastende Risikofaktoren die salutogenen Faktoren überwiegen.

Unterstützungspersonen, wie Großeltern und andere Verwandte, die die Defizite der Eltern ausgleichen können. In solchen Situationen reichen die Copingstrategien der Familienangehörigen nicht mehr aus, um die kritischen Lebensereignisse zu bewältigen. Da die Mittel und die Kompetenzen für eine konstruktive Bewältigung der Krisen fehlen, dient die Essstörung eines Familienmitgliedes dazu, die Gefühle nicht wahrzunehmen, sich nicht mit den kritischen Ereignissen zu beschäftigen und sich statt dessen mit dem „Essen – Nicht-Essen“ abzulenken.

8.5 Die Krankheiten in den Familien

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit der Analyse der Krankheitsgenogramme der Klientinnen und ihrer Familien, um zu eruieren, ob ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit auftretender Erkrankungen, der Generationenfolge und krisenhaften familiären Ereignissen zu erkennen ist.

Die folgende Tabelle gibt beispielhaft die Auswertung der Daten des allgemeinen Fragebogens der Bulimieklientinnen (N=19) wieder:

	ges.	O- ma	Opa	O- ma	Opa	Va- ter	Mut- ter	Ge- schw	Selb.
Depressionen	28	0	1	2	4	4	4	4	9
Magen	28	0	1	1	1	8	5	4	8
Nieren/ Blase	18	1	1	1	1	2	6	1	6
Krebs	12	6	2	1	2	0	0	1	0
Herz, Kreislauf	30	5	2	0	5	4	6	2	6
Galle	9	0	1	1	0	0	4	1	2
psychosomatis. Störungen	14	0	1	0	0	1	4	3	5
Psychosen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atemwege/ Asthma	22	3	2	1	2	1	4	3	7
Epilepsie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schwanger- schaftsko.	9	0	0	0	0	0	3	5	1
Rheuma	6	0	2	0	0	1	2	1	0
Augen	13	1	1	1	1	3	1	3	2
Schlaganfall	4	1	2	0	0	1	0	0	0
Hautleiden	7	0	0	0	1	0	1	1	5
Rückenleiden	13	0	1	0	0	4	3	2	3
Darm	7	1	0	0	1	1	0	1	3
Verstopfung	13	0	1	0	0	3	4	5	0
Schlafstörungen	15	0	1	0	1	3	7	3	0
Kopfschmerzen Migräne	14	0	0	0	0	4	4	4	2
Leber	6	0	0	0	1	2	0	1	1
Allergien	10	0	0	0	0	2	2	2	4
Häufige Erkältungen	9	0	0	0	0	1	1	5	2
Diabetes	6	0	1	0	3	0	0	0	2
Bluthochdruck	15	1	3	0	3	3	3	2	0

Tab. Nr. 16: Krankheiten der Bulimieklientinnen und ihrer Angehörigen

Die Bulimieklientinnen geben für ihre Angehörigen am häufigsten Herz- und Kreislaufkrankheiten, Depressionen, Erkrankungen des Magens, der Atemwege und Asthma an. Psychosen werden nicht angegeben. Für die Väter werden am häufigsten Erkrankungen des Magens angegeben, bei den Müttern verteilen sich die Nennungen auf viele Erkrankungen. Je 37 mal geben die Bulimieklientinnen (N=19) Erkrankungen beim Vater und bei der Mutter an. Bei den Geschwistern geben sie 29 Krankheiten an. Für sich selbst nennen die Klientinnen 60

Erkrankungen (hauptsächlich Depressionen, neurotische Störungen, Magenerkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Asthma).

Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeit der angegebenen Krankheiten pro Familienmitglied an. Die Angaben über die Klientinnen, Väter, Mütter und Geschwister werden differenziert für die drei Untersuchungsteilgruppen dargestellt:

	Klientinnen	Väter	Mütter	Geschwister
Bulimie (N=19)	3,2	1,9	1,9	1,5
Anorexie (N=10)	2,5	2,5	1,9	2,6
Mult. Süchte (N=22)	2,8	2,1	1,9	2,2

Tab. Nr. 17: Anzahl der Krankheiten der Familienmitglieder

Die Angaben der Klientinnen im Allgemeinen Fragebogen zu diesem Fragenkomplex sind unvollständig¹. Die Auswertung dieser Daten ist zudem durch ein unterschiedliches Verständnis der Klientinnen über die Bedeutung der einzelnen Krankheit erschwert. Beispielsweise kann mit einer Herz- und Kreislaufkrankheit ein niedriger Blutdruck gemeint sein oder ein mehrfacher Herzinfarkt. Während der Analyse der Genogramme war es nur zum Teil möglich, dieses unterschiedliche Verständnis offenzulegen. Die Untersuchungsergebnisse zu dieser Fragestellung sind daher nur sehr beschränkt aussagekräftig.

Die Bulimieklientinnen geben im Unterschied zu den anderen Untersuchungsteilgruppen für sich selbst die meisten Krankheiten an. Für die Väter und die Geschwister geben die Anorexieklientinnen die meisten Erkrankungen an. Für

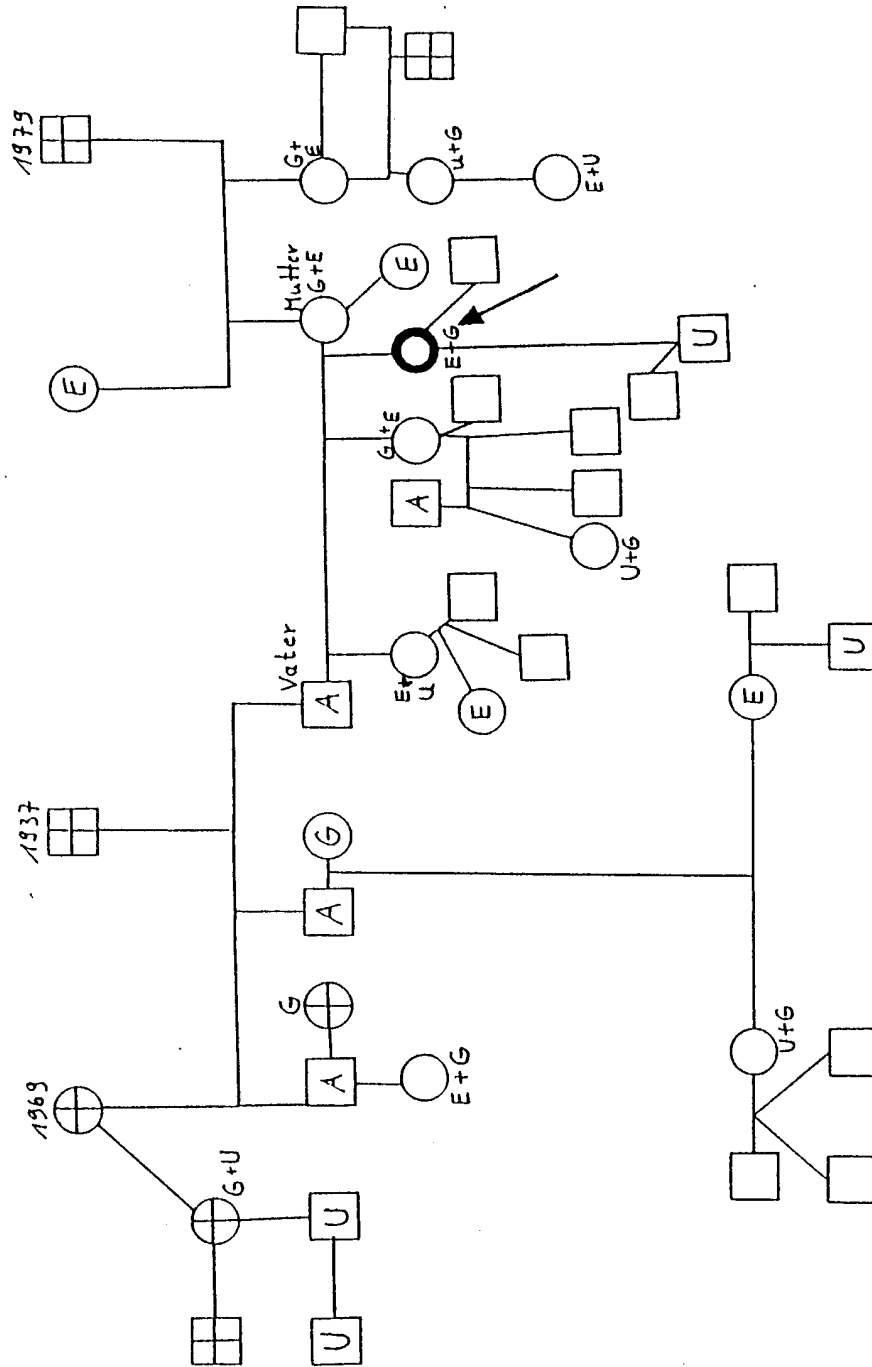
¹ Auswertbar sind die Fragebögen von zehn Magersuchtklientinnen, von neunzehn Bulimieklientinnen und 22 Klientinnen mit Multiplen Süchten. Vier Klientinnen schildern, das Ausfüllen dieser Tabelle sei ihnen zu mühsam gewesen, zwölf geben an, die Krankheiten der Angehörigen nicht genau benennen zu können. Insbesondere liegen über die Krankheiten der Großeltern nur unvollständige Aussagen vor. Die Angaben über weitere Verwandte sind aufgrund des mangelnden Interesses der Klientinnen und der großen Unvollständigkeit der Angaben nicht ausgewertet worden.

eine qualitative Interpretation dieser Daten sind die in den Familien auftretenden Krankheiten in einen Zusammenhang mit den familiären Beziehungen und Strukturen zu stellen. Zunächst werden zwei typische Kurzbeschreibungen vorgestellt:

Sigrid beschreibt, ihre Mutter habe immer dann Kopfschmerzen, "wenn Stress in der Familie angesagt sei und es Ärger mit ihrem Mann gebe". Nach Sigrids Vermutung stehen Mutters Kopfschmerzen mit dem Familiengeschehen in ursächlicher Verbindung, dies sei jedoch in der Familie nicht besprechbar.

Annette hat den Eindruck, dass ihre „Eltern sie nicht mehr haben wollten“. Sie ist ein "Nachkömmling" und nicht der gewünschte Sohn. Nur wenn sie krank war, habe sie Zuwendung bekommen. (In der Anamnese gibt sie vielfältige Kinderkrankheiten und Verhaltensstörungen an.)

Das Verfahren der Genografischen Mehrebenenanalyse ermöglicht, auftretende Krankheiten mehrgenerational darzustellen. Beispielhaft wird das Krankheitsgenogramm von Anne vorgestellt:



- A = Probleme mit Alkohol
- E = Essstörungen
- ↖ = Indexklientin
- U = nicht ehelich geboren
- G = Geschwüre z. T. Krebs
- ☐☐ = verstorben

Abb. Nr. :17 Das Genogramm von Anne (Ausschnitt)

Die Analyse des Genogramms von Anne weist eine tragische Wiederholung der Krankheiten Krebs, Suchtgefährdung, bzw. -abhängigkeit und Essstörungen hin. In allen Familienteilen wird jeweils das erste Kind unehelich geboren. Die meisten Männer sind Alkoholiker; in zwei Fällen sterben diese nach Angaben der Klientin früh an den Folgen des Alkoholmissbrauchs. Fast alle Frauen leiden unter Essstörungen und Unterleibserkrankungen, in der Regel an Krebs. (Dies wird der Klientin Anne erst in den Gesprächen bewußt. Sie stellt in einer genaueren Analyse Parallelen im Umgang der Familienangehörigen mit Konflikten fest und erkennt, dass es in ihrer Familie „dazugehört“ an den genannten schweren Krankheiten zu leiden. Anerkennung erhalte man über die Krankenrolle.)

Die Analyse von sieben Genogrammen zeigen den prägenden Einfluss chronischer Erkrankungen der Großeltern auf die Familiensituation. Beispiel:

Ullas Großvater war kriegsversehrt und seitdem herzkrank. Mit dieser Krankheit habe er die Familie "terrorisiert".

In sieben Fällen ist nach den Berichten der Klientinnen ein Zusammenhang zwischen den Krankheiten der Angehörigen und kindlichen Entbehrungserfahrungen der Eltern zu vermuten. Beispielsweise mussten zwei Väter bereits als sehr junge Männer den Bauernhof übernehmen. Frühe Entbehrungen und Überforderungen und eine geringe soziale Unterstützung führten nach Meinung der Klientinnen in fünf Fällen zu chronischen Erkrankungen eines Familienmitgliedes.

In zwölf Fällen zeigt sich eine Kumulierung von Belastungen vor Ausbruch einer Krankheit, bzw. bei den Klientinnen zu Beginn der Essstörungen. So berichtet z.B. Sandra:

"Als ich 15 Jahre alt war (Beginn der Essstörungen), zog meine ältere Schwester aus dem Elternhaus aus und die Großmutter, zu der ich eine enge Beziehung hatte, verstarb."

Insgesamt geben die Klientinnen für fast jede Familie schwere körperliche Erkrankungen an. Da ein Vergleich der im Allgemeinen Fragebogen erhobenen Daten mit anderen Populationen nicht möglich ist, können aus diesen Daten keine weiteren Schlußfolgerungen gezogen werden. Die Analyse vieler der Krankheits-

genogramme zeigt, dass mit zunehmender Zahl und Intensität familialer und persönlicher Probleme und Belastungen und mit Abnahme der positiven Ressourcen, das Erkrankungsrisiko von Familienangehörigen zunimmt. Mehrfach zeigen sich in der Analyse des Genogramms „mehrgenerationale Transmissionen“ (HILDENBRAND 1998) des Krankheitsgeschehens, indem sich bestimmte Krankheiten, u.a. Essstörungen, in den Generationen wiederholen.

8.6 Das Essverhalten in den Familien

Familiale Strukturen, so ist die These, bilden sich zum einem in den Esskulturen der Herkunftsfamilien ab, zum anderen tragen die jeweiligen Esskulturen zu der Entwicklung der Essstörung bei. In diesem Kapitel sollen die Esskulturen der Herkunftsfamilien analysiert werden und mit dem aktuellen Essverhalten der Klientinnen in einen Zusammenhang gestellt werden.

Zur Dokumentation dieser Zusammenhänge werden zunächst drei typische Beispiele vorgestellt:

Monika: Mit Essen seien besondere Leistungen belohnt worden. Die Mutter habe sich gefreut, wenn es geschmeckt habe und mehr verlangt wurde. Sie sei dann sehr lieb gewesen und habe gelacht. Monika berichtet, sie sei eifersüchtig auf ihre Brüder gewesen, die nach der schweren Arbeit auf dem Hof besonders gut mit Essen versorgt worden seien. Später habe sie diese Versorgungsaufgabe übernehmen müssen. Sie habe es sehr gehaßt, für die Brüder zu kochen. Insgesamt habe das Essen möglichst wenig Zeit und Aufwand kosten sollen. Von der Mutter sei dies "Selbstbedienung" genannt worden. Nie sei der Tisch gedeckt worden, jeder habe sich selbst am Herd versorgen müssen. Gemeinsam gegessen worden sei nur in der frühen Kindheit und später an Feiertagen. Mit der Zeit habe Monika am liebsten allein gegessen, dabei sehr schnell, denn sie habe befürchtet, von der Mutter aufgefordert zu werden, die Brüder zu versorgen. Bei Anwesenheit von Verwandten hätten die Kinder häufig in ein anderes Zimmer gehen und dort essen müssen, „bis der Teller leer“ war. Typische Redewendungen der Eltern seien gewesen: "Heute machen wir Selbstbedienung", oder "Magst Du noch etwas? Du kannst es vertragen".

Hildegard: *Der Stellenwert eines guten Essens sei in der gesamten Familie sehr hoch. Die Frauen hätten ihre Fähigkeiten beweisen können, "indem sie gut kochten oder es Sonntags mehrere Torten gab". Die Familie müsse immer möglichst schnell versorgt werden. Für diese Mühe habe es jedoch wenig Anerkennung gegeben. Mutter habe immer wieder neue Diäten ausprobiert.*

Sandra : *Für ihren Vater sei wichtig gewesen, in einer "intakten Familie" zu leben. Hierzu hätten die gemeinsamen Mahlzeiten gedient. Er sei der "Familienboß" gewesen, dem alle zu gehorchen hatten. Es sei sehr schnell gegessen worden. Oft sei beim Essen getadelt worden. Wer nach Ansicht der Eltern zuviel gegessen habe, sei maßlos und willensschwach. Dicke Menschen seien verachtenswert. Der ältere Bruder und Sandra seien als "verfressen" bezeichnet worden. Wenig zu essen und Disziplin seien wichtige Werte gewesen. Die Eltern hätten betont, dass sie als Kinder hungern mussten, die Kinder hingegen hätten das viele Essen nicht verdient. Die Eltern hätten sehr auf die Form der Ernährung geachtet. "Vater tat sich hiermit groß, wie er es mit allem tat, worauf er Wert legte". Für die Mutter habe dies bedeutet, dass sie sich sehr für die Familie einsetzen musste (z.B. beim Kochen). Essen sei als ein Erziehungsmittel eingesetzt worden. Die Kinder hätten z.B., bei Ungehorsam ohne Essen ins Bett gemusst,. Was auf den Teller kam, musste gegessen werden. Die Mutter habe Liebe und Trost mit der Vergabe von Süßigkeiten gezeigt. Oft hätten Sandra und ihr älterer Bruder um Süßigkeiten gebettelt. Auf Probleme mit dem Essen sei tadelnd und mißbilligend reagiert worden. Mutter habe oft eine neue Diät ausprobiert.*

Die vorgestellten Beispiele zeigen beispielhaft für viele der Herkunftsfamilien der Klientinnen ein "auffälliges" Essverhalten. Achtzehn Klientinnen berichten von häufigen oder ständigen Diäten der Mutter. Nach den Angaben der Klientinnen wird das Essen von den Eltern in ca. der Hälfte der Fälle als pädagogisches Erziehungsmittel eingesetzt. Mit der Vergabe oder den Entzug von Nahrungsmitteln werden in vielen Familien gute Leistungen belohnt, Zuwendung geregelt, getröstet und Konkurrenzen ausgehandelt.

Im Essverhalten der Klientinnen können sich auch die nicht gelösten Autonomiekonflikte und die ungelösten familiären Konflikte ausdrücken. Das folgende Beispiel soll dies dokumentieren:

Die magersüchtige Klientin Sandra schildert, sie habe immer dann keinen Appetit, wenn ihre Familie esse. Oft löse dies heftige Streitereien aus. *Ein Vergleich der Essenszeiten ihrer Familie, dem Auftreten eines Hungergefühls und dem Zeitpunkt der Einnahme ihrer eigenen, geringen Essmengen, zeigt, dass ein Hungergefühl erst nach den gemeinsamen Essenszeiten der Familie „einsetzt“, sie jedoch meist "gezwungenermaßen" bereits mit der Familie ißt. Die Analyse des Genogramms lässt einen Autonomiekonflikt vermuten, da Sandra nicht in der Lage ist, sich von der Familie zu lösen, denn dies würde ihren Eltern weh tun. Die Beziehungen der Familienmitglieder sind „verstrickt“, jeder denkt für den anderen mit und beteuert, dass er es nur gut meint. Im Essverhalten drückt Sandra ihren Anpassungskonflikt aus. Die nicht erfolgte emotionale Ablösung von den Eltern trägt zum Auftreten der Essstörung bei.*

Die Autonomiekonflikte der Klientinnen werden an einem weiteren Aspekt ihrer Nahrungsaufnahme deutlich. Die Art und Weise der Ernährung kennzeichnet nicht nur das Essverhalten der Herkunftsfamilie, sondern prägt auch das spätere Essverhalten der Klientinnen, wenn sie nicht mehr im Elternhaus leben. Beispiel: *Ariane lehnt die Nahrungsmittel, die es früher bei der Mutter zu essen gab, ab. Es sei für sie z.B. schwierig, Gemüse zu essen, da es zu Hause "immer verkocht" gewesen sei. Bereits die Großmutter habe "breiig" gekocht.*

Wie von Ariane werden von vielen Klientinnen die Nahrungsmittel, die in der Herkunftsfamilie gegessen werden, abgelehnt. In ihrer eigenen Wohnung essen die Klientinnen bewußt "andere Lebensmittel" oder sie legen Wert darauf, die Nahrung anders zuzubereiten als dies die Mutter tat. Typische Nahrungsmittel der Herkunftsfamilie, wie Fleisch, Kartoffeln und Eintopf, werden besonders häufig abgelehnt¹. Fünfzehnmal berichten Klientinnen, sich mit diesem Verhalten von der elterlichen Eßkultur abgrenzen zu wollen. Während diesen Töchtern eine angemessene Individuation in vielen Lebensbereichen nicht gelingt, demonstrieren sie in dem begrenzten Bereich der Nahrungsaufnahme ihre Abgrenzung vom Elternhaus, wenn auch in Form einer "Gegenanpassung". Nach der Analyse der

¹ Diese von ihnen abgelehnte Kost nehmen mehrere Klientinnen jedoch bei Essanfällen zu sich.

Genogramme zeigt sich diese Art der Gegenanpassung besonders bei den Frauen, die die familiären Beziehungen als „verstrickt“ bezeichnen.

Die Analyse des Essverhaltens der Klientinnen schließt die Frage ein, wie die Nahrungsaufnahme erfolgt und welchen Stellenwert das Essen in den Familien erhält: Ein Drittel der Klientinnen (24, alle Untersuchungsteilgruppen) berichtet von einem Verhaltensmuster, in dem eilig und hektisch gegessen wird. Das Essen soll möglichst wenig Beachtung erfahren, es wird mit wenig Aufwand gekocht und die Kinder sollen sich selbst bedienen. Beispiele:

Marlies: Das Essen sei von allen Familienmitgliedern heruntergeschlungen worden.

Margret: *Das Essen habe in der Familie keinen besonderen Stellenwert gehabt. Nur in der Kindheit (bis ca. zwölf Jahre) sei zusammen gegessen worden, später meist nacheinander. Jeder habe selbst bestimmt, was er kochte. Es sei sehr schnell gegessen worden.*

Gabi beschreibt, das Essen sei mit möglichst wenig Aufwand zubereitet und schnell gegessen worden. Wichtig sei, den Teller leer zu essen, denn sonst sei es "Verschwendung" gewesen.

Mehr als die Hälfte der Klientinnen (39) schildern für ihre Familien ein anderes Verhaltensmuster im Umgang mit dem Essen. Hier wird dem Essen ein hoher Stellenwert eingeräumt, indem viel über das Essen gesprochen wird und immer wieder neue Speisen ausprobiert werden. Das Kochen geschieht mit viel Aufwand und es wird ständig Diät gehalten.

Im Essverhalten der Klientinnen und ihrer Angehörigen zeigen sich so zwei typische Bewertungen des Essens, entweder wird ihm ein hoher oder ein geringer Stellenwert eingeräumt.

Um zu erfahren, wie die Nahrungsaufnahme von den Klientinnen erlebt wird, wurden sie um assoziative Bewertungen der Mahlzeiten innerhalb der Familie gebeten. Ein Teil der Klientinnen nennt positive Begriffe, wie "Harmonie" (11), "gute Kommunikation" (9), "Gemeinsamkeit" (10), "Familientreffpunkt" (8), während andere negative Begriffe und Assoziationen nennen. Typisch sind hier die

Äußerungen: "Es habe häufig nur Ärger gegeben" (19), "Streitereien" (18), "Das Essen sei ein notwendiges Übel gewesen" (6), "Es sei Verkrampfung gewesen" (4), "Es sei geschrien worden" (12) und "das Sonntagsessen war eine Show" (3). Zudem wird achtmal berichtet, dass beim Essen wenig geredet werden durfte und der Vater nebenbei ferngesehen habe (13). Unterschiede in den Bewertungen der Mahlzeiten und den Bedeutungen für die Klientinnen lassen sich für die einzelnen Untersuchungsteilgruppen nicht feststellen. Auffällig ist, dass die Klientinnen entweder eine positive (z.B. Harmonie, Gemeinsamkeit) oder eine negative Bedeutung (z.B. Streit) angeben.

Weiterhin sind die Klientinnen gefragt worden, wer zu Hause gekocht habe. Sie schildern, dass in der Regel die Mutter gekocht und bestimmt habe, was gegessen wird. In späteren Jahren wird das Essen von einzelnen (11) Klientinnen (mehrfach von Bauernhöfen stammend) oder ihren Schwestern zubereitet. Nur neun Klientinnen geben an, dass das Essen auch von der Großmutter gekocht worden sei, bzw. dass diese über die Auswahl der Speisen entschied.

Zusammenfassung:

Die Analyse der Esskultur der untersuchten Familien zeigt: Die familiären Probleme und Strukturen bilden sich im Essverhalten der Klientin und im Umgang mit der Ernährung der Familie ab. Signifikante Unterschiede in den Esskulturen der Familien sind für die drei Untersuchungsteilgruppen nicht zu erkennen. Die Art der Mahlzeiten und der Nahrungsmittel, die von der Mutter in der Herkunftsfamilie zubereitet werden, werden von den Töchtern abgelehnt. Sie begründen ihren Widerstand oftmals damit, dass diese Nahrungsmittel ungesund seien. Den Töchtern bietet sich mit dieser Ablehnung die Möglichkeit, sich auf einem begrenzten Gebiet von den Eltern abzugrenzen und sich ihnen zu widersetzen. Mit diesem Beziehungsmuster werden die in den Familien vorhandenen Konflikte nicht gelöst, sondern auf der Ebene des Essens agiert. Dieses Verhalten wird besonders von den Probandinnen beschrieben, in deren Familien die Beziehungen „verstrickt“ sind. So ermöglicht und unterstützt die in den Familien vorherrschende Esskultur das Ausagieren individueller und familiärer Probleme im Umgang mit dem Essen. Auch beim heutigen Essverhalten ist es den Klientinnen wichtig, sich von der Esskultur im Elternhaus deutlich abzugrenzen und auf dieser

Ebene die eigene Autonomie zu betonen. Die familiäre Esskultur trägt auch insoweit zum Auftreten der Essstörungen bei, da viele Familien im Essverhalten ein negatives Vorbild bieten. Dies betrifft z.B. das Zulassen und Vorleben häufiger Diäten und die Benutzung der Nahrungsmittel zur Belohnung einer guten Leistung oder von Wohlverhalten.

Das Essen wird selten von der Großmutter gekocht. Dieses Untersuchungsergebnis kann als ein weiterer Hinweis interpretiert werden, dass die Großmütter, anders als bei den Untersuchungsergebnissen von SPERLING (1982) und MASSING, REICH u. SPERLING (1992), keinen entscheidenden Einfluß auf die Esskultur haben.

8.7 Die Ergebnisse der angewandten quantitativen Fragebogen

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse der zusätzlich angewandten Fragebogen (Family Assessment Measure - FAM und der Fragebogen zur Messung von Essstörungen - EDI) vorgestellt.

8.7.1 Der Family Assessment Measure – FAM

Der Family Assessment Measure (FAM III) wurde als ein zusätzliches diagnostisches Verfahren eingesetzt, um die im Rahmen der genografischen Mehrebenenanalyse erhobenen Daten zu ergänzen und zu überprüfen. Im methodischen Teil dieser Untersuchung ist dieser Test bereits vorgestellt worden.

Der FAM III trifft quantifizierbare Aussagen über die Funktionalität, bzw. Dysfunktionalität von Familien. Die Klientinnen füllten den Familienantwortbogen und den Selbstbeobachtungsbogen des FAM III aus. Zunächst werden beispielhaft die Untersuchungsergebnisse der Bulimieklientinnen (N=26) vorgestellt (im Durchschnitt).

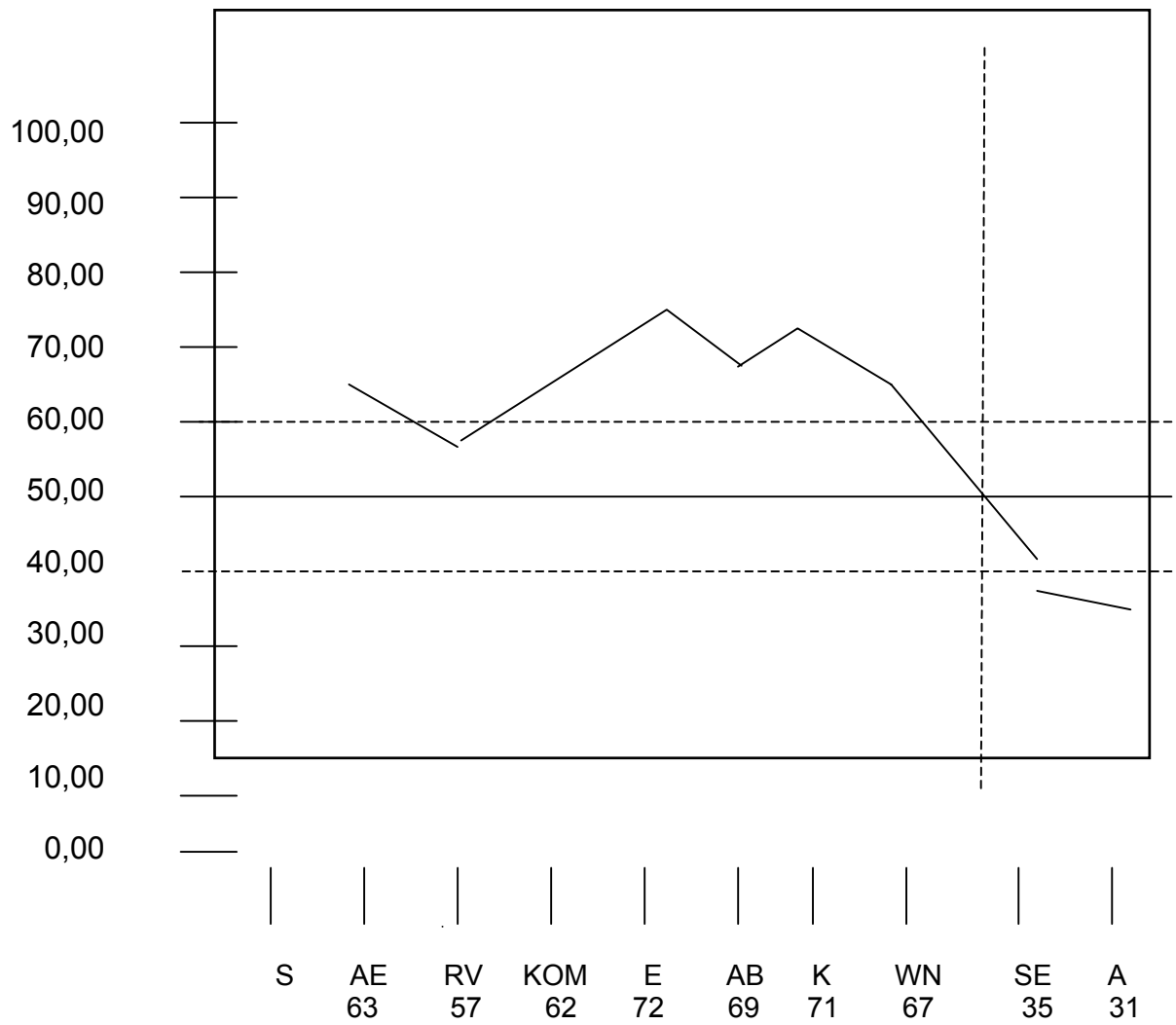


Abb. Nr. 18: Familienantwortbogen Bulimie

S = Summe

AE = Aufgabenerfüllung

RV = Rollenverhalten

KOM = Kommunikation

E = Emotionalität

AB = Affektive Beziehungsaufnahme

K = Kontrolle

WN = Wertvorstellungen/Normen

SE = soziale Erwünschtheit

A = Abwehr

60 - 100 Schwächen = negative

Werte

50 - 60 Durchschnitt

0 - 40 Stärken = positive

Werte

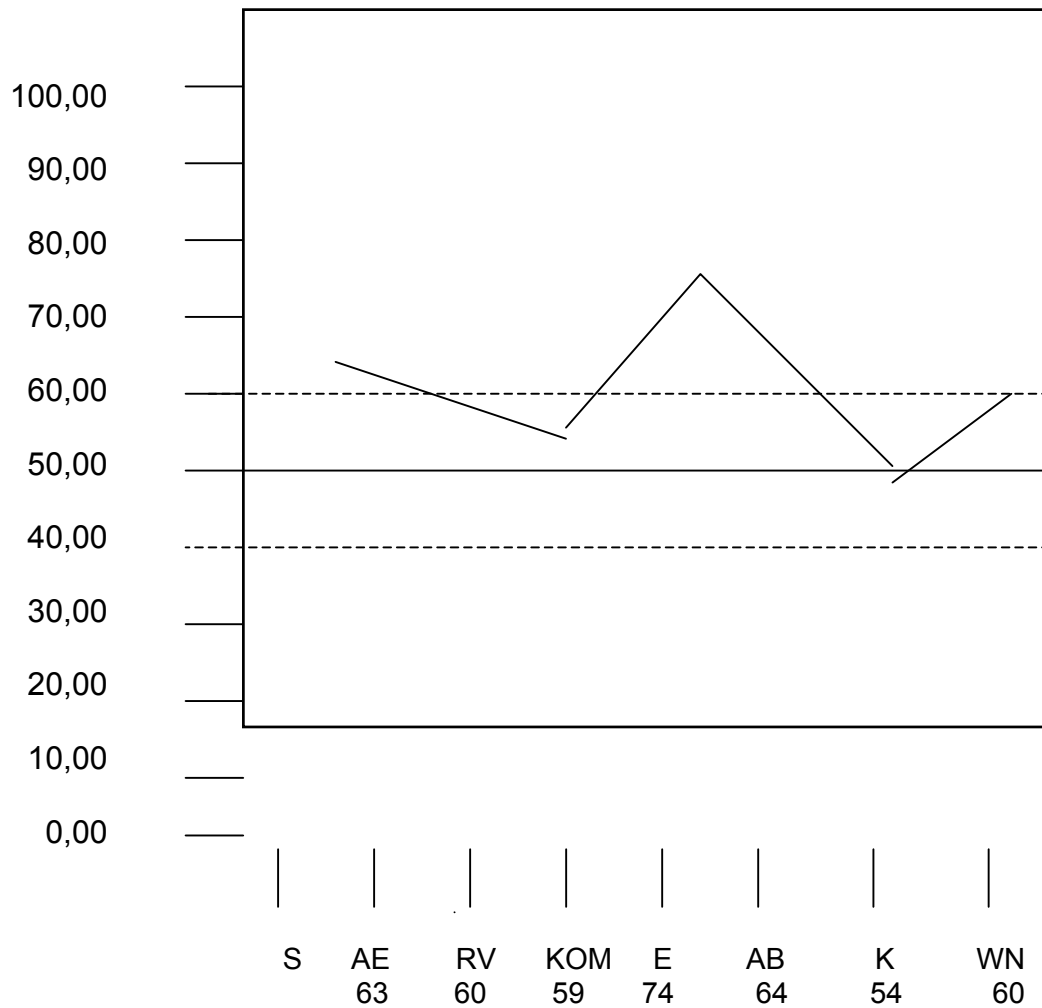


Abb. Nr. 19: Selbstbeurteilungsbogen Bulimie

Der Familienantwortbogen, in dem die Familie als Ganzes fokussiert wird, zeigt auffallend negative Werte in den Bereichen „Emotionalität“, „affektive Beziehungsaufnahme“, „Kontrolle“ und „Wertvorstellungen und Normen“. Der Mangel an Autonomie der einzelnen Familienmitglieder wird durch die Ergebnisse des Familienantwortbogens im Bereich „affektive Beziehungsaufnahme“ bestätigt. Die Ergebnisse des FAM zeigen zudem eine „Schwäche“ im Bereich „Emotionalität“. Der hohe negative Wert in der Skala „Kontrolle“ (K) kann so interpretiert werden, dass es den Familien nicht gelingt, veränderte Lebenssituationen wahrzunehmen und sich diesen anzupassen.

Nach der qualitativen Analyse der Genogramme der Bulimieklientinnen waren ebenfalls hohe negative Werte im Selbstbeurteilungsbogen zu erwarten. Die Untersuchungsergebnisse des Selbstbeurteilungsbogens bewegen sich jedoch bis auf den Wert „E = Emotionalität“, der einen Problembereich anzeigt, im Grenzbereich zwischen "Durchschnitt" und dem Bereich "Schwächen" (d.h. es sind Problembereiche vorhanden). Der Selbstbeurteilungsbogen bestätigt insofern nicht die qualitativ erhobenen Untersuchungsergebnisse, aus denen, wie im Familienantwortbogen, auf familiäre Dysfunktionen geschlossen werden kann.

Der Selbstbeurteilungsbogen weist bei den Anorektikerinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten ebenfalls nur Werte im Durchschnittsbereich auf. Der Familienantwortbogen weist hier auf allen Skalen, außer auf der Skala „Rollenverhalten“, Werte im Bereich „Schwäche“ auf. Anders als die Bulimieklientinnen schätzen die Magersuchtklientinnen und die Klientinnen mit Multiplen Süchten die Kompetenzen der Familien besonders negativ im Bereich „Kommunikation“ (KOM) ein. Hingegen zeigen die Ergebnisse für die Anorektikerinnen im Kontrollbereich (K) ein durchschnittliches Ergebnis. Bei insgesamt achtzehn Klientinnen dieser Studie (alle Untersuchungsteilgruppen) zeigen alle Skalen Werte über 60 („Schwäche“) an. In diesen Fällen ist von einer gravierenden Familienpathologie auszugehen.

Diese Untersuchungsergebnisse entsprechen im Wesentlichen den Ergebnissen der Untersuchungen, die CIERPKA (1987) anführt, nach denen Anorexieklientinnen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, Schwierigkeiten in den Bereichen Aufgabenbewältigung, Rollenverhalten, Kommunikation und Emotionalität aufweisen¹.

¹ Die Validität der Skalen des FAM III ist als gegeben anzunehmen, da bei allen Klientinnen die Werte in den Skalen soziale Erwünschtheit und Abwehr im Bereich Stärke liegen.

8.7.2 Der Fragebogen zur Messung von Essstörungen - Eating Disorder Inventory (EDI)

In diesem Kapitel wird die Auswertung des angewandten Essfragebogens „Eating Disorder Inventory“ (EDI, von MEERMANN u. a. 1987) vorgestellt. Mit dem Einsatz des EDI wird überprüft, ob die Diagnose der Essstörungen für den untersuchten Personenkreis gerechtfertigt ist¹. Die folgende Tabelle stellt die Untersuchungsergebnisse dieser Studie den Daten einer Untersuchung von MEERMANN und VANDEREYCKEN (1987, Magersucht) und einer weiblichen Vergleichsgruppe gegenüber (Mittelwerte):

	Meermann	Beushaus.	Beushaus.	Beushaus.	Meermann
	Anorexie N = 129	Anorexie N = 14	Bulimie N = 26	Multiple Süchte N = 30	Kontroll- personen N = 770
Drang dünn zu sein	15.2	9.9	10.3	8.9	5.0
Bulimie	R = 2.2 ² B = 11.2	5.0	10.16	4.0	1.8
körperliche Unzufriedenh.	R = 13.8 B = 17.4	9.6	14.61	12.82	9.8
Ineffektivität	13.9	12.3	14.65	13.2	2.1
Perfektionismus	9.9	7.7	8.33	8.0	5.6
zwischenmens. Misstrauen	7.4	9.1	9.66	9.8	2.3
interoceptive Wahrnehmung	12.3	12.4	12.88	12.71	2.3
Angst vor dem Erwachsenwer.	5.9 (b)	5.5	5.5	5.0	2.3

Tabelle Nr. 18: Auswertung des EDI

¹ Der Fragebogen wurde im Kapitel 7.3.3.3 vorgestellt.

² R = restriktive Anorektikerinnen (N = 56); B = bulimische Anorektikerinnen (N = 73). Wenn R und B keine signifikanten Abweichungen zeigen, ist nur der Gesamtmittelwert angegeben.

Wie zu erwarten, zeigen die Ergebnisse des Tests bei allen Klientinnen der vorliegenden Studie signifikant erhöhte Werte. Der EDI bestätigt somit die Diagnose der Essstörungen bei den untersuchten Frauen. Eine signifikante Differenz zwischen den Werten dieser Studie und den Werten der Untersuchung von MEERMANN und VANDEREYCKEN (1987) zeigt sich lediglich in den Faktoren "Drang, dünn zu sein" und "zwischenmenschliches Mißtrauen".

9. Die empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretischen Annahmen

Bevor in diesem abschließenden Kapitel die Untersuchungsergebnisse des empirischen Teils der Studie zusammengefasst und in den theoretisch arbeiteten Zusammenhang gestellt werden, soll zunächst nochmals der theoretische Rahmen dieser Studie, nämlich die Darstellung des Konstruktionsprozessen von Gesundheit und Krankheit im sozialem System Familie und ihrer Umwelten, resümiert werden.

Den erkenntnistheoretischen Rahmen dieser Untersuchung bilden der Konstruktivismus und die Systemtheorien. Der Konstruktivismus geht davon aus, dass es keine vom Beobachter unabhängige Wirklichkeit gibt; er macht Vorschläge zum sozialen Prozess der Erzeugung von Realitätskonstrukten (HEJL 1992). Der Konstruktivist als Forscher ist als ein „erkennendes Subjekt“, als mitwirkender Beobachter an diesem Prozess beteiligt und ist somit zugleich Bestandteil und Gestalter der Wirklichkeit dieser Untersuchung. Wahrnehmen, Verstehen und Erkennen sind in diesem Zusammenhang subjektabhängige Prozesse; was „wirklich“ gilt, wird in der Kommunikation ausgehandelt. Als „Realität“ wird im Integrativen Konstruktivismus der Bereich konsensueller, im Miteinander hervorgebrachter kommunizierter Konstruktionen verstanden, die sich historisch in der Kultur verdichtet haben. Damit an einen Die systemische Perspektive ermöglicht, allgemeine Gesetzmäßigkeiten und Prinzipien auf verschiedene Systeme anzuwenden, wobei die Familie, wie auch die einzelne Person, als Systeme gesehen werden (vgl. LUDEWIG 1999). Hierzu war es notwendig die Erkenntnisse einer Personenzentrierten Systemtheorie (SCHIEPCK 1998, LUDE-

WIG 1995, J. KRIZ 1999) aufzunehmen um das Subjekt als Berührungspunkt sozialer Systeme zu verstehen. In Verbindung mit der Systemtheorie bieten Sozialisationstheorien und Stresstheorien Erklärungsansätze an den Schnittstellen zwischen belastenden Lebensbedingungen, familiären Systemen, individuellen Bewältigungsstrategien und physiologisch, psychologisch und sozial auffälligen Phänomenen einer Person, einer Familie oder eines anderen soziales Systems an. Zur Analyse von Gesundheit und Krankheit in sozialen Systemen bieten Systemtheorien einen umfassenden theoretischen Rahmen. Die Entwicklung „problematischer“ Phänomene, seien sie als „pathologisch“ oder „gesund“ bewertet, lässt sich als eine Folge der Geschichte von Perturbationen durch die Umwelt erklären. Solche Perturbationen können körperliche Veränderungen (z.B. in der Pubertät) oder familiäre oder gesellschaftliche Veränderungen sein (SIMON 2000b).

In dieser Untersuchung werden Krankheit und Gesundheit als multifaktorielle Phänomene beschrieben, die auf soziologischen, medizinischen und psychologischen Ansätzen gründen. Gesundheit und Krankheit werden als subjektiv erlebte, bewertete, sowie als external wahrnehmbare genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibes und seiner Lebenswelt definiert (H. PETZOLD 1993, HURRELMANN 1993). Dabei ist der gesunde Mensch (eher) in der Lage, im Wechselspiel von protektiven Faktoren und den Risikofaktoren entsprechend seiner Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcen, kritische Lebensereignisse und Probleme zu handhaben, zu regulieren und sich als personale Existenz zu erhalten¹. Auf dieser Grundlage ist er in der Lage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Möglichkeiten konstruktiv zu entfalten. Gesundheit und Krankheit werden vom Kontext und Kontinuum der aktuellen, historischen und prospektiven Rahmenbedingungen des Individuums und der Gesellschaft bestimmt und spiegeln zugleich die subjektive Verarbeitung gesellschaftlicher Prozesse wider. Gesundheit und Krankheit als Kontinuum sind also kulturspezifisch hervorgebrachte und sozial vermittelte Phänomene. Gesundheit wird nicht passiv erhalten, sondern ist ein aktuelles

¹ Gerade in diesen Bereichen haben kranke Menschen ihre Defizite.

Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der Aktionsfähigkeit des Individuums.

Eine Beeinträchtigung der Gesundheit ist gegeben, wenn sich im objektiven und subjektiven Befinden einer Person, im physischen, psychischen, geistigen und sozialen Bereich oder in mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die in „Ko-respondenz“ (PETZOLD 1993) mit der Umwelt in der jeweiligen Phase des Lebenslaufes und der allgemeinen Lebensbedingungen nicht bewältigt werden können. Diese Beeinträchtigung kann sich in den verschiedensten Symptomen, in sozialen, körperlichen, leiblichen, geistigen, affektiven oder psychischen Auffälligkeiten manifestieren. Auch die gesellschaftliche Einbindung, die Teilhabe an der Gesellschaft, bestimmt mit, wie krank sich eine Person fühlt. Die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend und werden immer wieder neu definiert. Die Betroffenen „entscheiden“ von Situation zu Situation von neuem, ob sie ein "Phänomen" zur Kenntnis nehmen, ignorieren oder ob sie etwas dagegen tun. Es bilden sich aber im Lebenslauf zunehmend vordefinierte, kontextabhängige Regeln nach denen sich jemand jeweils „krank“ oder „gesund“ empfindet. Entsprechend werden die jeweiligen Handlungssets aufgerufen.

Aus der Perspektive des Konstruktivismus ist zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit Kommunikation und in der Regel eine weitreichende Übereinstimmung in der Bewertung des Phänomens notwendig. Bei dieser Unterscheidung ist ein lediglich subjektives Empfinden des einzelnen, die Selbstdefinition, ein ebenso unzureichendes Kriterium, wie die alleinige Fremddefinition von "Fachleuten"¹. Gesundheit und Krankheit sind „relative“ Begriffe. Dabei gelten als "krank" Abweichungen von „Normalitätskriterien“, über die in einer gegebenen Gesellschaft zu einem gegebenen Zeitpunkt Konsens herrscht. Krankheit ist immer zugleich ein soziales, körperlich-leibliches, psychisches und geistiges Phänomen².

¹ Auch Fachleute beschreiben und bewerten mit ihrer Indikationsmacht auftretende Phänomene verschieden.

² Daher benennt der Begriff Psychosomatik diesen Prozess nicht angemessen, er läßt die notwendige Offenheit für alle Ebenen nicht zu und ist daher nur noch aus einer historischen Perspektive eine sinnvolle Beschreibung.

Der Familie kommt bei der Konstituierung von Gesundheit und Krankheit eine besondere Bedeutung zu. Sie sorgt als Sozialisationsinstanz der Gesellschaft für die organische, psychische und soziale Überlebensfunktion und ermöglicht die „gesellschaftliche Inklusion ganzer Personen“ (SIMON 2000a). Die Familie trägt einerseits zur Gesundheit des Menschen in einem erheblichen Maß bei, andererseits kann sie den Einzelnen belasten und so zu einem problematischen Lebenskontext beitragen, der möglicherweise die Familie oder einzelne Familienmitglieder überfordert. Funktionierende Familien- oder familienähnliche Institutionsbeziehungen stellen einen wirksamen Schutzfaktor gegenüber Stress und Belastungen dar. Familienangehörige sind im Allgemeinen die wichtigsten Bezugspersonen in gesundheitsrelevanten Netzwerken. Die Familie kann somit sowohl ein stützendes Netzwerk als auch ein Stressfaktor sein. Daher ist im Rahmen eines umfassenden multiperspektivischen Theorieentwurfes die Bedeutung der Familie für die Gesundheit, die Krankheitsprävention und für den Umgang mit Krankheiten und chronischen Belastungen zu betonen.

Eine Störung der Gesundheit, zu deren Entstehung in besonderem Maße familiäre Faktoren beitragen, sind die häufig auftretenden Essstörungen und Multiplen Süchte. An Hand dieser Problemfelder ließ sich der Prozess der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit beispielhaft aufzeigen. Dieser Konstituierungsprozess zeigt: Die Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte können nur multiperspektivisch mit einem umfassenden multifaktoriellen integrativen Erklärungsansatz erfasst werden, der systemische, soziokulturelle, psychoanalytische und geschlechtsspezifische Ansätze integriert. Die systemischen Ansätze fungieren hier als ein Bindeglied zwischen der individuellen, familiären und soziokulturellen Referenzebene.

Die gesellschaftliche Kultur bestimmt mit ihrer Ernährungsweise und ihren Ernährungsideologien, was als „richtige“ und „gesunde“ Ernährung gilt. Dabei sind die Mitglieder moderner Industriegesellschaften widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt, z.B. wird einerseits für kalorienreiche Nahrung und Genußmittel geworben, andererseits wird Schlankheit, Fitneß und körperliche Aktivität als Ideale von Schönheit und Gesundheit betont. Obwohl die meisten Menschen den gesellschaftlich vermittelten Schönheitsidealen nicht entsprechen, schaffen diese

die normativen Setzungen für den Lebensvollzug. Hierbei sind Frauen den widersprüchlichen, vielschichtigen, offenen und verdeckten Anforderungen am intensivsten ausgesetzt, da das zentrale Leitbild gelungener Weiblichkeit den „Wert“ der eigenen Person besonders häufig am Gewicht, der Figur und dem Aussehen messen lässt¹. Sie genügen oft nicht den eigenen, gesellschaftlich vermittelten Schönheitsidealen und sind, was ihre Körperlichkeit angeht, das eindeutig unzufriedenere Geschlecht (ORBACH 1987). Verstärkt treten Essstörungen dann auf, wenn übersteigerte Fixierungen auf das jeweilige sozial vermittelte Geschlechtsideal² beobachtet werden. Essstörungen treten daher hauptsächlich bei Frauen auf.

Essstörungen weisen mit dem Phänomen einer stofflichen Abhängigkeit so viele Gemeinsamkeiten auf, dass sie in dieser Arbeit, wie im FÜNFTEN FAMILIENBERICHT (1995), als eine Suchtform mit deutlich gesundheitsschädlichen Wirkungen betrachtet werden. Da keine der bisher vorhandenen diagnostischen Klassifizierungen ausreicht, die häufig auftretende Problematik von Klientinnen mit Essstörungen und einer zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit zu beschreiben, wurde für diesen Personenkreis der Begriff der „Multiplen Süchte“³ eingeführt. Die Kriterien des DMS IIR, bzw. des DMS IV und des ICD 10 erfassen nicht das Störungsbild der Klientinnen mit Multiplen Süchten. Die Diagnose einer alleinigen Essstörung ist für diesen Personenkreis nicht angemessen, da sich die Frauen mit Multiplen Süchten (in ihrer Persönlichkeitsstruktur und mit ihrem Familienhintergrund) von anorektischen, und bulimischen Klientinnen deutlich unterscheiden. Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (z.B. einer Borderlinepersönlichkeitsstörung oder einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung) oder das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) trifft nur auf einzelne Klientinnen zu. In diesen Fällen handelt es sich um zusätzliche

¹ Diese subklinische Körperstörung findet sich bei sehr vielen Frauen. Subklinisch meint hier all die Personen, bei denen strittig ist, ob bereits eine pathologische Essstörung vorliegt. Dies sind z. B. Personen, die untergewichtig sind oder über Jahre immer wieder neue oder andauernde Diäten praktizieren.

² Die Geschlechterzugehörigkeit wird verkörpert, d.h. in körperlichen Zeichen und Darstellungen symbolisiert (BILDEN 1991). In diesen sozialen Praktiken wird der Körper bearbeitet und geformt und führt so zu einer Konstruktion von Weiblichkeit (BORDIEU 1998).

³ Bei der „Multiplen Sucht“ besteht neben der stoffgebundenen Abhängigkeit eine begleitende, vorausgegangene oder nachfolgende Essstörung.

Störungen, die als alleinige Diagnose den Personenkreis der Menschen mit Multiplen Süchten nicht ausreichend beschreibt.

Nach den vorliegenden epidemiologischen Daten ist bei einem großen Teil der stoffgebundenen Abhängigen mit manifesten Essstörungen zu rechnen¹. Der Anteil von Personen mit einer manifesten Essstörung in der Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen liegt nach Schätzungen von BRUNNER und FRANKE (1997) bei 20 –30 %. Demnach ist davon auszugehen, dass das Phänomen der „Multiplen Süchte“ quantitativ für eine relativ große Personengruppe von Bedeutung ist. Um die Größe dieser Population zu beziffern, kann von einer Population von 650.000 alkoholabhängigen Frauen ausgegangen werden. Geht man davon aus, dass 20 % der Frauen mit Multiplen Süchten zusätzlich manifeste Essstörungen aufweisen, ist von einer Prävalenz von 130.000 Personen auszugehen². Epidemiologisch ist somit die Population der betroffenen Personen mit Multiplen Süchten größer als die der Abhängigen von sogenannten „harten illegalen Drogen“³.

Der in dieser Studie vorgestellte multiperspektivische Ansatz, der auf einem "Integrativen Konstruktivismus" (S.J. SCHMIDT 2001) und den Systemtheorien gründet, bildet nicht nur den theoretischen Rahmen, sondern auch die Grundlage für den methodischen Ansatz des empirischen Beispiels der Studie, die umfassende qualitative, subjektorientierte Untersuchung von Essstörungen und Multiplen Süchten⁴. Bestimmend für diesen Forschungsansatz ist die Erkenntnis, dass der Forscher kein außenstehender Beobachter, sondern Teil der Beobachtung ist

¹ Vgl. HÄNSEL (1985), T. HABERMAS u.a. (1987), BACHMANN (1990), BRUNNER u. FRANKE (1997).

² Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie weisen zudem bei einer größeren Anzahl von Frauen mit Essstörungen auf einen zusätzlichen stoffgebundenen Missbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit hin (siehe das Kapitel 8.1.2: „Weitere Abhängigkeiten der Klientinnen und der Familienmitglieder“).

³ Im fünften Familienbericht der Bundesregierung (1995) wird die Zahl der Abhängigen von „harten Drogen“ mit 100.000 angegeben.

⁴ Mit den Perspektiven eines „Integrativen Konstruktivismus“ im Spektrum systemtheoretischer Ansätze lassen sich Gesundheit und Krankheit und das System Familie und seine Umwelten als soziale Konstruktionen begreifen. Auf dieser Grundlage lässt sich das Spannungsverhältnis zwischen Person, Familie und den Umwelten nur interdisziplinär erfassen.

und das er das, was er beobachtet, „mitproduziert“ und so zu der Erschaffung einer „neuen Wirklichkeit“ beiträgt¹ (WATZLAWICK 2001).

Konstruktivistische empirische Forschung stellt von der traditionellen Referenz auf „die Realität“ und den Beobachter erster Ordnung, auf Wissen und theoretisch-methodisch kontrolliertes Erfahrungsmachen um² (S.J. SCHMIDT 1998). Die Durchführung der Forschung erfolgt auf der Praxisebene in Form einer Fakten-, bzw. Datenproduktion. Auf dieser Ebene der Beobachtung erster Ordnung werden die Methoden "schulgerecht" angewendet, obwohl deutlich ist, dass Faktenproduktion aus der Perspektive der Beobachtung zweiter Ordnung kontingent³ ist. Durch eine methodische Explizitheit wird der Erwerb und die Kommunikation gewonnenen Wissens, von der Bindung an Einzelpersonen gelöst und die kommunikative Herstellung von Intersubjektivität ermöglicht. Innerhalb dieses Forschungsrahmens kann die interne Konsistenz der Aussagen und ihre Plausibilität dadurch gesteigert werden, dass sich der Forschungsprozess an geregelten Verfahren der Überprüfung orientiert (G. ROTH 2001). Der Forscher gelangt so zu viablen Annahmen. Der Forschungsansatz ist durch einen Prozess des Unterscheidens und Bezeichnens gekennzeichnet, der auf einer „doppelten Deutung“ (GERHARD 1991) beruht, d.h. einerseits deuten die Klientinnen in ihren Berichten ihre Lebenswelt, andererseits leistet der Interviewer als Adressat der Ereignisdarstellung eine weitere Deutung, wobei es sich jeweils um die Konstruktionen von Beobachtern handelt.

Die vorliegende Studie umfassend angelegt werden. Sie bezieht systemische, soziostrukturelle und psychoanalytische Modelle ein und verbindet so intrapsychische mit sozialen, bzw. strukturellen Faktoren. Zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie ermöglicht der umfassende

¹ In diesem Forschungsrahmen wird davon ausgegangen, dass „nicht-triviale Systeme“ aufgrund ihrer Kontingenz nicht berechenbar sind.

² Empirisches Forschen ist so eine spezifische Art und Weise der Wirklichkeitskonstruktion (S.J. SCHMIDT 1998).

³ Der Begriff der Kontingenz bezieht sich auf die einem System in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehenden Operationsalternativen und bezeichnet das Maß an Freiheitsgraden der Selbststeuerung. Kontingenz beinhaltet die Möglichkeit, dass etwas auch anders als erwartet ausfallen kann. Jedes psychische und soziale System erfährt die Kontingenz anderer Systeme als ein Problem mangelnder Erwartungssicherheit.

theoretische Rahmen dieser Studie die Integration der Erkenntnisse verschiedenster wissenschaftlicher Ansätze. Jedoch kann auch diese multiperspektivistische Sichtweise, die ebenfalls ein Konstrukt ist, keine umfassende Gültigkeit beanspruchen. Sie präsentiert einen Kontext von dem aus geforscht und konzeptualisiert werden kann. Bei der konkreten Durchführung der empirischen Studie mussten jedoch Schwerpunkte gesetzt werden, um ihre Machbarkeit zu gewährleisten. Diese Schwerpunkte liegen aufgrund der besonderen Bedeutung der Sozialisationsinstanz Familie auf der Analyse der familiären Strukturen und Beziehungen und deren Beiträge bei der Entstehung von gesundheitsbeeinträchtigenden und krankmachenden Phänomenen, wie den der Essstörungen und der Multiplen Süchte eines Familienmitgliedes.

Im empirischen Teil dieser Untersuchung wurde der Familienhintergrund und die Lebenssituation der Untersuchungsteilgruppen Bulimie, Anorexie und Multiple Süchte miteinander verglichen. Der Familienhintergrund der größten Untersuchungsteilgruppe „Multiple Süchte“ wurde hier erstmals analysiert. Die angewandte Untersuchungsmethode - die Genografische Mehrebenenanalyse (Genogramm) – ermöglichte eine umfassende Analyse der familiären Beziehungen und Strukturen und von Teilen der Umwelten der Klientin. Mit Hilfe des subjektorientierten qualitativen Forschungsinstruments konnte aus Sicht der Klientinnen ein differenziertes Bild der Herkunftsfamilien, einschließlich der Großelterngenerationen erstellt werden. Die erhaltenen Informationen lassen Schlüsse für jetzige und künftige Situationen zu. Methodisch bewährte sich der Einsatz des Genogramms im Rahmen des qualitativen Untersuchungsansatzes. Der erkenntnistheoretische konstruktivistische und systemische Hintergrund dieser Studie erwies sich zugleich als sinnvoll und nützlich für ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit im sozialen System Familie als eine soziale Konstruktion und als methodischer Rahmen der theoretischen und empirischen Untersuchung. Insgesamt war es mit dem verwandten Verfahren möglich, die Konstruktionen zu beschreiben, die aus Sicht der Klientinnen maßgeblich zu Essstörungen und Multiplen Süchten im sozialen System Familie und ihrer Umwelten beitragen. Es wurden Wege gefunden, wie mit einem konstruktivistischen Ansatz, wenn auch unter Einschränkungen, empirische Forschung möglich ist. Wenn so der formulierte Zielanspruch nicht ganz zu erfüllen war, gibt jedoch auch eine „relative

Nichtbewältigung“ der empirischen Probleme wichtige Hinweise für den theoretischen Diskurs und die praktische Arbeit.

Nicht alle Fragestellungen der empirischen Studie konnten mit dem verwendeten Instrumentarium beantwortet werden. Einschränkungen durch die verwendete Methodik liegen zum einen darin, dass nur eine begrenzte Analyse des sozialen Umfeldes möglich war und zum anderen in der Beschreibung der familiären Strukturen (z.B. bei der Analyse der familiären Mythen, Rollen, Regeln und Hierarchien) durch nur ein Familienmitglied¹.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des empirischen Teils der Untersuchung zusammenfassend dargestellt. Es werden hierbei die Ergebnisse hervorgehoben, die über den bisherigen Informationsstand zu diesem Thema hinausweisen und in besonders prägnanter Art und Weise auf den von mir gewählten Bezugsrahmen verweisen. Damit soll der theoretische Ansatz dieser Arbeit besonders betont werden. Da es keine kausale Erklärungen, d.h. eindeutige Verbindungen zwischen Ursachen und Folgen geben kann, lassen sich begünstigende Bedingungen für das Auftreten von Essstörungen und Multiplen Süchten nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit anführen.

Die empirischen Untersuchungsergebnisse zeigen: Zur Entstehung der Essstörungen und der Multiplen Süchte tragen vielfältige Dysfunktionen der familiären Strukturen bei². Diese entwickeln sich in einem Konstruktionsprozess in der Spannung zwischen familialer Desorganisation und subjektiver Bewältigungspraxis. Die familiären Dysfunktionen zeigen sich im Besonderen in den verstrickten, unklaren inner- und außerfamiliären Grenzen, den auftretenden Rollenumkehrungen und durch eine mangelnde Anpassungsfähigkeit an zu erfüllende Lebenserfordernisse, neue Lebensphasen und kritische Lebenssituationen. Die familiären Beziehungsgestaltungen und Strukturen heutiger und

¹ Für eine noch umfassendere Beschreibung dieser Sachverhalte müsste in einer nachfolgenden Untersuchung die gesamte Familie in die Untersuchung einbezogen werden.

² Die im theoretischen Teil dieser Studie entwickelten Kategorien der Beschreibung des sozialen Systems Familie und seiner Umwelten erwiesen sich als sinnvolle Konstruktionen für die empirische Analyse.

früherer Generationen nehmen über die Konstituierung von Beziehungsstrukturen, Traditionen, Vermächtnissen und Delegationen einen maßgeblichen Einfluß auf die Familien der Klientinnen, die psychische Befindlichkeit der Klientinnen, das Selbstbild und den Umweltbezug. Die familiären Funktionsstörungen tragen maßgeblich zur Entstehung der Essstörungen und der Multiplen Süchte bei. Die Analyse der Genogramme zeigt, dass die Töchter als Symptomträger einer gestörten Funktionstüchtigkeit der Familie fungieren. Das Auftreten der Essstörungen, bzw. der Multiplen Süchte kann so als Folge von fehlgeschlagenen Bewältigungsversuchen der individuellen, familiären und gesellschaftlich vermittelten Problemlagen verstanden werden.

In der folgenden Tabelle (Nr. 19: Übersicht der "Familienmerkmale") werden in einer Übersicht Merkmale, die in den Familien der Untersuchungsteilgruppen wenig (-), gehäuft (+) und sehr gehäuft (++) auftreten, zusammengefaßt:

Familiale Merkmale	Anorexie	Bulimie	Multiple Süchte
mangelnde Adaptabilität an neue Situationen und Lebensphasen	++	++	++
intergenerationale Grenzüberschreitungen	++	++	++
Hierarchieumkehrungen und Substitutsbildungen	++	++	++
hohe Leistungsanforderungen der Eltern	++	+	+
belastende Delegationen	++	+	+
"Machtfülle" der Großmutter in Bezug auf die Essstörungen	+	-	-
unterstützende geschwisterliche Kontakte	-	-	-
verstrickte Beziehungen	++	++	+
losgelöste Beziehungen	-	-	+
offene Konflikte	-	+	++
familiäre körperliche Gewalt	-	+	++
Opfer von sexueller Gewalt	+	+	++
häufige Suchterkrankung der Eltern u. Geschwister	-	+	++
Trennung und Scheidung der Eltern	-	-	+
Suizidgedanken u. eigene Suizidversuche	+	+	++
Suizidversuche der Angehörigen	+	+	++
mangelnde Gefühlswahrnehmung und -ausdruck in den Familien	++	++	++
sozial integriert	+	+	-
arbeitslos (Klientinnen)	-	-	++
Partnerschaft der Klientinnen vorhanden	-	+	+
Sexualität wird "praktiziert"	-	+	+
Schulbildung der Klientinnen hoch	++	+	-

Eine Aufschlüsselung dieser Tabelle zeigt: Im Laufe der Lebensphasen kommt es nicht zu den notwendigen Veränderungen in der Wandlungs- und Anpassungsfähigkeit der familiären Beziehungen und Strukturen. Als besonders problematisch erweist sich in den untersuchten Familien die dysfunktionale Gestaltung der Systemgrenzen. Diesen Familien gelingt es nicht, auf der horizontalen und vertikalen Ebene, klare, flexible Systemgrenzen zu gestalten. Vielmehr handelt es sich um diffuse, verwischte Grenzen, mit einer mangelnden Abgrenzung zwischen den Familienmitgliedern. Auf der vertikalen Ebene, wird dies zwischen den Generationen reproduziert und führt zu intergenerationalen Grenzüberschreitungen und Hierarchieumkehrungen. Die unklaren, diffusen Grenzen innerhalb der Familien, einschließlich der Beziehungen zu den Großeltern, sind ein Merkmal der „verstrickten“ Beziehungen der Familienmitglieder und verhindern geradezu eine Autonomie. In diesen Systemen werden kognitive und affektive Fähigkeiten eingeschränkt, Trennungsangst ist typisch. Die „verstrickten Familien“ wenden sich in einem Übermaß sich selbst zu und schaffen ihren eigenen Mikrokosmos. Die direkte Kommunikation ist blockiert¹. Gegenüber ihren Umwelten sind hingegen zu starre Abgrenzungen seitens der Familien festzustellen.

Die Klientinnen sehen sich selbst eher in "negativ bewerteten" **Rollen** (schwarzes Schaf, Außenseiterin, Sündenbock). Die Klientinnen mit Multiplen Süchten sehen sich besonders häufig in der Rolle einer Außenseiterin und erleben den Vater oftmals in der Rolle eines Tyrannen. Nach der Analyse der Genogramme erweisen sich die inhaltlichen Rollendefinitionen angesichts fälliger Entwicklungen und Wandlungen als zu sehr festgelegt und erstarrt und dienen zentral einer Konfliktumleitung. Der Familienzusammenhalt ist extrem starr organisiert, undurchlässig und „verstrickt“. Diese Faktoren bewirken eine Überforderung eines oder mehrerer Familienmitglieder und wirken sich störend auf die Persönlichkeitsentwicklung aus.

Die Zuweisung der familiären Rollen erfolgt im Rahmen der elterlichen Versuche,

¹ Diese Verstrickungen lassen sich auch als intersubjektive Verschmelzung oder als mangelnde "bezogene Individuation" (BORSZOMENYI-NAGY 1981) bezeichnen.

ihre eigenen Konflikte zu bewältigen und führt zur Bildung von **Substituten**. Über Jahre finden einseitige Rollenzuschreibungen statt, das Kind wird zum Erfüllungsgehilfen der eigenen nicht erreichten Lebensziele (Delegationen) und zum "Sündenbock" (Prenzifizierung) im Prozess von Konfliktumleitungen (Triangulierungen). Vielfach werden die Kinder durch die Übernahme von Substitutsrollen, insbesondere des Mutter- oder Ehegattenersatzes, überfordert. Dieses trifft, soweit es sich mit dieser Untersuchungsmethodik beurteilen lässt, bereits auf die Elterngeneration zu. Die häufigste Substitutsform (zu ca. einem Drittel) ist die des Ehegattenersatzes für die Mutter¹. Die Klientinnen vermitteln häufig zwischen Mutter und Großmutter und erhalten und übernehmen so zu viel Verantwortung. Sie werden als Kommunikationsträger zwischen Angehörigen der Elterngeneration auch dann eingesetzt, wenn sie nicht mehr zu Hause leben. Damit erfüllen sie einerseits eine wichtige stabilisierende Funktion für die elterliche Paardyade, andererseits stehen die Klientinnen in Bezug auf die Machtstruktur innerhalb der Familien - zumindest in Teilbereichen – auf gleicher oder auf höherer Ebene als ein Elternteil. Die Klientinnen selbst sehen eher selten ihren Einfluß und ihre Macht innerhalb ihrer Familie, insbesondere den Einfluß, den sie mit der Essstörung auf das Familienleben ausüben. Typisch ist weiterhin eine Form der Triangulierung, in der die Tochter in den Konflikt der Eltern einbezogen wird (z.B. in der Rolle einer Vermittlerin zwischen den Eltern). Auch hieraus entstehen für die Klientinnen häufig nicht zu bewältigende Überlastungen.

Die elterlichen **Delegationen** belasten die Klientinnen und tragen zu den familiären Funktionsstörungen bei. Die Klientinnen erleben sich gegenüber den Familienangehörigen in einem Auftrags- und Loyalitätskonflikt. Problematische Delegationen der Eltern und Großeltern finden sich in vielen Lebensbereichen (bei den Magersüchtigen besonders im Leistungsbereich.) Durch die Bildung von **Mythen** (besonders in den Familien mit magersüchtigen Mitgliedern mit den sogenannten Harmoniemythen) und durch ausgeprägt vorhandene **Tabus** wird dieser dysfunktionale Prozess unterstützt. Tabu ist in fast allen Familien das Thema Sexualität, das Ausleben von Emotionen und Gefühlen, der Austausch

¹ Hierbei fungiert die Tochter als Ersatzpartner für ein nicht vorhandenes bzw. nicht präsenten Elternteil.

von körperlichen Berührungen und Zärtlichkeiten und besonders in den Familien mit magersüchtigen Klientinnen das „Zugeben“ familiärer Probleme.

Nach den Untersuchungsergebnissen sind die Familien aller drei Untersuchungsteilgruppen nicht in der Lage, die in den verschiedenen Lebensphasen und –situationen auftretenden **Konflikte** zu erkennen, offen auszutragen und konstruktiv zu lösen. Die Kompetenz, auftretende Probleme und zu bewältigen, wird den Eltern von den Klientinnen (aller Untersuchungsgruppen) abgesprochen. In einer solchen familiären Situation lernen die Klientinnen nicht, mit Konflikten konstruktiv umzugehen. Nach der Analyse der Genogramme werden in den Familien der Bulimieklientinnen und derjenigen mit Multiplen Süchten die Konflikte gewaltsamer (d.h. mit mehr Gewaltandrohungen und realer Gewalt zwischen den Familienmitgliedern) ausgetragen als in den Familien der magersüchtigen Klientinnen.

Besonders die Eltern der Magersüchtigen versuchen lange eine Fassade aufrechtzuerhalten. Sie betonen nach Ansicht der Töchter, in einer harmonischen und heilen Familie zu leben, zugleich berichten die Magersuchtklientinnen¹ aber von vielen Streitigkeiten zwischen den Eltern, die jedoch bagatellisiert oder auf einzelne Familienmitglieder projiziert werden. In diesem Prozess kann mit dem Auftreten der Essstörung eines Familienmitgliedes von den anstehenden Problemen abgelenkt werden. So wird dann, obwohl sonst Konflikte vermieden werden, über Probleme und Schwierigkeiten im Umgang mit der Ernährung gestritten. Über das Symptom der Essstörung wird diskutiert, aber ohne eine Lösung zu erreichen. Dies führt letztlich zu körperlich bedrohlichen Situationen für die Töchter, da sie während der Streitereien weiterhin abnehmen und/oder zusätzliche körperliche Begleiterkrankungen entwickeln und damit zu einer permanenten Krise des gesamten Familiensystems.

In den Familien, die von **Todesfällen** betroffen waren, zeigte sich die mangelnde Wandlungs- und Anpassungsfähigkeit der familiären Beziehungen und Strukturen

¹ Auch in diesen äußerlich „intakten“ Familien finden sich problematische Beziehungs- und Kommunikationsmuster.

an veränderte Lebensbedingungen und an auftretende **Lebenskrisen** in einem besonderem Ausmaß. Dies betrifft die Familien, in denen die Töchter früh ihren Vater verloren¹ und in denen das zeitliche Zusammentreffen von einer Geburt und einem Todesfall das Einlassen auf das Neugeborene erschwerte (fünf Fälle). Den hinterbliebenen Angehörigen gelang es durch die Vielfalt der Belastungen und die nur teilweise vorhandenen personalen und familialen Ressourcen nicht, die Trauer konstruktiv zu verarbeiten. Besonders belastend war für neun Familien die Häufung von Todesfällen² innerhalb kurzer Zeit, die das soziale Netzwerk und das Unterstützungssystem der Familie entscheidend schwächten und zur Bildung der bereits erwähnten Substitute beitrugen. Als ein "Ausweg" aus der Vulnerabilität des familiären Systems tragen diese Faktoren entscheidend zur Ausprägung der Essstörung bei.

Von **Trennungen und Scheidungen** ihrer Eltern berichten nur einzelne Klientinnen. Generell sind die Paarbeziehungen der Eltern, davon kann nach der Analyse der Genogramme ausgegangen werden, dauerhaft gestört; obwohl diese vielfach bemüht sind eine funktionsfähige Familienfassade aufrechtzuerhalten. Die Töchter „durchschauen“ dies, leiden jedoch unter den zerrütteten Ehen ihrer Eltern. Die mangelnde psychische Ablösung der Eltern von ihren eigenen Eltern trägt zu den Konflikten in der Partnerschaft der Eltern bei. Da die Töchter nicht „wollen“, dass sich die Eltern trennen, tragen sie mit dem Auftreten des Symptoms der Essstörung zu einer scheinbaren Stabilität der Familie bei.

Die akuten Essstörungen und die beschriebene Dysfunktionalität der familiären Strukturen führen zu einer erheblichen Suizidgefährdung und zu **Suizidversuchen**. Ca. die Hälfte der Bulimieklientinnen gibt an, schon einmal ernsthaft an Suizid gedacht zu haben, ein Viertel gibt an, einen oder mehrere Selbstmordversuche begangen zu haben. Von den Klientinnen mit Multiplen Suchtstörungen gibt die Mehrheit einen Suizidversuch an. Konflikte werden so vielfach selbstschädigend und autoaggressiv im Umgang mit dem eigenen Körper ausgetragen.

¹ Elf der 74 Klientinnen wuchsen zumindest zeitweise ohne Vater auf.

² In vier Fällen (nach Angaben der Klientinnen) führte der Tod eines Freundes zu kritischen Lebenssituationen, die zu einem „Auslöser“ der Essstörungen wurden.

Insgesamt kann festgestellt werden: Je mehr **Risikofaktoren** (z.B. die Suchterkrankung eines Angehörigen, früher Verlust durch Tod) eine Person ausgesetzt ist und je weniger positive Ressourcen (z.B. unterstützende Personen, hohes Selbstwertgefühl) zur Verfügung stehen, desto größer ist das Erkrankungsrisiko. Während generell die Familie das wichtigste Beziehungsgefüge für die Krisenbewältigung¹, trägt sie bei der hier untersuchten Population aufgrund der bereits beschriebenen familiären Funktionsstörungen zum Auftreten der Essstörungen und der Multiplen Süchte der Töchter bei. Diese wiederum begünstigen die Entwicklung der familiären Dysfunktionen. Den Familien gelingt es nicht, auftretende Probleme zu lösen und die Entwicklungsanforderungen neuer Lebensphasen und kritischer Lebenssituationen zu bewältigen. Für die mangelnde Problemlösung sind auch Defizite in der familialen Kommunikation mitverantwortlich.

Kommuniziert wird in der Regel in den Familien vielfach übereinander und nicht miteinander. Die spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Töchter werden von den Eltern nicht ausreichend wahrgenommen und auf diesem Hintergrund erst recht nicht akzeptiert. Den Familienmitgliedern fehlt die Kompetenz, Konflikte kommunikativ sachlich und emphatisch zu regeln. Diese Befunde können als gravierende Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie interpretiert werden. Sie erschweren nicht nur das Wahrnehmen und Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse², sondern tragen auch zu einer Verschiebung der Affekte in den Leib³ bei und so u.a. zur Entstehung der Essstörungen und der Multiplen Süchte. In solchen Familiensystemen mit diffusen unklaren Beziehungen, bietet das Symptom der Essstörung subjektiv die vermeintliche Möglichkeit, wenigstens über den eigenen Körper Autonomie⁴ zu gewinnen. So wird der Leib, als ein soziales Phänomen, zum Ort des Geschehens, zu einem Ausdrucksort des Symptoms.

¹ Siehe das Kapitel 3.7: "Familiale Funktionstüchtigkeit in kritischen Lebenssituationen", KAISER (1989) und den Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren und Jugend (1997): "Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie".

² Menschen, die Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu ihren Gefühlen aufzunehmen (Alexithymie), sind besonders gefährdet, krank zu werden.

³ Siehe hierzu CIOMPI (2000), FURSLAND (1989), PETZOLD (1993) und VARELA (1991).

⁴ In dieser Lebensphase ist das Erreichen der Autonomie sowieso schon eine schwer zu bewältigende Aufgabe.

Die Familien sind nicht ausreichend auf einen Umgang mit einer zunehmenden Unübersichtlichkeit und der damit einhergehenden Kompliziertheit des Lebens, mit unsicheren Zukunftsperspektiven und dem vielfältigen Spielraum für moralische Grundkonzepte vorbereitet. Die von diesen Familien vermittelten Orientierungen und Zukunftsperspektiven sind für die sich ständig wandelnde gesellschaftliche Wirklichkeit nicht flexibel genug. Die Folgen sind Orientierungsschwierigkeiten der Töchter, die in diesen Familien nicht kommunizierbar sind. Damit entfällt die Chance auftretende Probleme zu lösen, auch dies trägt zum Auftreten der Symptome Essstörungen und Multiple Süchte bei.

Ein eigenes tragendes **Wertesystem** ist bei den Klientinnen (noch) nicht vorhanden, sie sind auf der Suche nach eigenen Werten, insbesondere nach einer angemessenen Identität als Frau. Diese Lebensunsicherheit zeigt sich in für viele Klientinnen¹ typischen "Alles-Oder-Nichts-Mustern" in vielen Lebensbereichen und Wertvorstellungen (z.B. in den Bereichen ehrlich - unehrlich, dünn - dick, gut -böse). Die Eltern erweisen sich bezüglich der Aufstellung und dem Vorleben bestimmter Werte als unzureichende Modelle. Die Kinder werden nicht ausreichend unterstützt, ihre eigenen Rechte und Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen. Auffällig oft wird von den Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen der Wert "Gerechtigkeit", im Sinne von "Gleichsein" und "gleich viel bekommen", betont. Die Betonung dieses Wertes scheint diese Familien zu kennzeichnen. In den Familien aller Untersuchungsteilgruppen zeigt sich zudem ein gestörtes Verhältnis zu den Gefühlen. Eine wichtige unausgesprochene **Norm** in fast allen Familien ist: Gefühle dürfen nicht ausgedrückt werden. Diese Regel findet sich, soweit mit den hier verwandten Methoden hierüber Aussagen gemacht werden können, bereits in der Generation der Großeltern.

Die beschriebenen familialen Dysfunktionen lassen sich auch als Ausdruck von **Sozialisationsstörungen** begreifen. Dies bedeutet, die Vorgehensweisen der

¹ Inwieweit sich dieses „Alles-Oder-Nichts-Muster“ bei den Angehörigen und deren Beziehungen innerhalb der Familie zeigt, konnte mit dem verwandten Instrumentarium nicht beurteilt werden.

wichtigsten Sozialisationsinstanzen bei der Ausgestaltung und Interpretation der Sozialisationsziele und bei der Erfüllung der Sozialisationsaufgaben sind inadäquat oder widersprüchlich. Insbesondere gelang es den Familien nicht, die Entwicklungsanforderungen und Aufgaben, die die Pubertät des Mädchens stellt, zu bewältigen. Die nicht bewältigten Anforderungen, z.B. das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung, der Erwerb der weiblichen Rolle, die Schaffung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern, der Erwerb von neuen reiferen Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts und der Aufbau eines neuen Wertesystems für das eigene Verhalten, tragen erheblich zu den Lebensproblemen der Klientinnen und ihren Familien in der späteren Lebensphase des frühen Erwachsenenalters bei. Diese Untersuchungsergebnisse weisen auch auf die besondere Bedeutung der Adoleszenz im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Essstörung oder einer Multiplen Sucht hin. Eine Gefährdung des Sozialisationszieles ist zudem gegeben, wenn die Töchter die von der Familie als positiv bewerteten Verhaltensziele, Verhaltensweisen und Normen und Werte zwar übernehmen, ihnen aber aufgrund der familialen Strukturen die Möglichkeiten fehlen, die für die Zielerreichung notwendigen Handlungsressourcen zu entwickeln.

Eine Analyse der Kontakthäufigkeit der Klientinnen zu den Eltern ergibt keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Die problematische Beziehung zu den Eltern wird aber in einer qualitativen Auswertung der Kontakte deutlich. Die Analyse der Genogramme zeigt eine mangelnde psychische Ablösung der Klientinnen von ihren Eltern. Die Klientinnen erhalten wenig Unterstützung für ein selbständiges und autonomes Verhalten. Eine Beziehungsgestaltung im Sinne einer „bezogenen Individuation“ (BOSZORMENYI-NAGY und SPARK 1981) wird nicht entwickelt. Nach den Beschreibungen der Beziehungen zwischen Eltern und Großeltern haben sich auch die Eltern der Klientinnen nur mangelhaft von ihren Eltern abgelöst. Die Klientinnen „wiederholen“ also das Bindungsverhalten der Eltern. Auch diese Befunde weisen auf die **mehrgenerationalen Einflüsse bei der Entstehung der Essstörung** hin.

Die Beschreibungen der **familiären und außerfamiliären Beziehungen** der Klientinnen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Für die Kindheit, Jugend und

Gegenwart schildern die Klientinnen distanzierte oder auch sehr enge, aber fast immer emotional ambivalente Geschwisterbeziehungen, die besonders zu den Schwestern durch massive Konkurrenzen geprägt sind. Die Klientinnen verbringen wenig Freizeit mit ihren Geschwistern. Insgesamt besteht bei der untersuchten Population ein Defizit an unterstützenden geschwisterlichen Kontakten. Während viele Klientinnen für die frühe Kindheit von intensiven und guten Kontakten zum Vater berichten, wird das Verhältnis zwischen Vater und Tochter in der Pubertät sehr konfliktreich. Die Töchter erhalten nicht das erforderliche Maß von Nähe und Distanz. Die Analyse der Genogramme lässt vermuten, dass viele der Eltern, besonders die Väter, aufgrund ihrer eigenen frühen Erfahrungen, emotional nicht ausreichend präsent waren, um die pubertären Konflikte konstruktiv zu lösen. Die wichtigste Bezugsperson, die Mutter ist für die Tochter kein Vorbild, statt dessen werden ihre Werte (z.B. die „Opferbereitschaft“), ihr weibliches Rollenverständnis, ihr körperliches Aussehen, die materielle Ausrichtung u.a. abgelehnt. Sie können es den Töchtern „nicht recht machen“. Im Kontakt zu den Großeltern berichten nur einzelne Klientinnen von wichtigen vertrauensvollen Kontakten zu einem Großelternanteil. Der großelterliche Kontakt ist nach den Berichten der Klientinnen eher „belastend“, als denn hilfreich und unterstützend. Die Großeltern¹ sind in der Regel nicht in der Lage die elterlichen Defizite auszugleichen, in kritischen Lebenslagen Verantwortung zu übernehmen und hilfreich zur Seite zu stehen.

Im **schulischen Umfeld** sind die Klientinnen aller Untersuchungsteilgruppen während der Kindheit und Jugend sozial gut eingebunden. Die Magersucht- und Bulimieklientinnen erreichen, anders als die Klientinnen mit Multiplen Süchten, einen höheren Stand der Schulbildung als der Altersquerschnitt. Die untergewichtigen Klientinnen (Anorexiaklientinnen und die Bulimieklientinnen des anorektischen Pols) sind in der Schule „angepasster“ als die Klientinnen mit Multiplen Süchten und die Bulimieklientinnen mit einem Normalgewicht. Der überwiegende Teil der gesamten Klientinnenpopulation hatte in der Schule immer ein paar gute

¹ Nur einzelne Klientinnen und ihre Eltern wohnen in der Kindheit und Jugend mit den Großeltern zusammen; häufig leben diese jedoch am selben Ort, bzw. in der Nachbarschaft. Lebt nur noch ein Großelternanteil, wird dieser häufig von den Eltern versorgt. Innerhalb der Familien trägt dies zu erheblichen Konflikten und Überlastungen der Mütter bei.

Schulkameradinnen. Nur eine Minderheit gibt an, meistens alleine gewesen zu sein oder viel gehänselt oder ausgelacht worden zu sein. Die Mehrzahl kam mit den Lehrern überwiegend zurecht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befindet sich ein großer Teil der Klientinnen in einer erneuten Schul- oder Berufsausbildung. Im Beruf sind die magersüchtigen und bulimischen Frauen anerkannt; viele sind jedoch mit ihrer Ausbildungs- und Berufssituation unzufrieden. Die Mehrzahl der Klientinnen mit Multiplem Süchten befindet sich weder in einem Berufs- noch in einem Ausbildungsverhältnis, zu einem großen Teil sind sie arbeitslos. Anders als die Bulimie- und Magersuchtklientinnen sind die Klientinnen mit Multiplen Süchten in der Schule und im Beruf wenig sozial integriert. Vermutlich stehen diese Defizite in einem Zusammenhang mit der geringeren schulischen Leistungsmotivation der Klientinnen und ihrer Eltern. Zudem sind Einflüsse der desolateren familiären Situation (mehr Gewalt, häufige Suchterkrankungen der Eltern und Geschwister und Suizidversuche) wirksam.

Die Klientinnen verbringen die **Freizeit** in ihrer Kindheit, Jugend und der Gegenwart im Wesentlichen mit Freundinnen und Freunden. (Anders als die Probandinnen der Untersuchung von WEBER und STIERLIN (1989) geben die Klientinnen vielfältige Kontakte zu peer-groups an.) Die untersuchten Personen haben freundschaftliche Kontakte, diese sind jedoch in ihrer Qualität unbefriedigend. Insgesamt sind die Klientinnen mit der Gestaltung ihrer Freizeit eher unzufrieden. Die familiären Beziehungsstörungen spiegeln sich in diesen sozialen Kontakten; den Probandinnen fällt es im sozialen Netz schwer, Kontakte aufzubauen oder sich genügend abzugrenzen. Da zudem formelle Freizeitkontakte, z.B. in Vereinen, nur wenig vorhanden sind, ist das **soziale Netzwerk** quantitativ und qualitativ defizitär. Insgesamt ist bei der untersuchten Population ein Defizit an stützenden und förderlichen Kontakten zu konstatieren. Neben den Beziehungsstörungen zu den Eltern zeigen sich die Kommunikationsstörungen auch in den Beziehungen zu den Großeltern, den Geschwistern, den Freundinnen und Organisationen im Freizeitbereich. Während die Magersüchtigen und die Bulimieklientinnen wenigstens von stützenden Kontakten in der Schule, Studium und Beruf profitieren, fehlen den Klientinnen mit Multiplen Süchten auch diese Erfolgserlebnisse.

Da vielfach von psychischen Problemen und „psychosomatischen“ Erkrankungen der Geschwister und der Eltern berichtet wird, gibt es in den untersuchten Familien typischerweise nicht nur einen **"Symptomträger"**. Von den Klientinnen werden vielfach andere Familienmitglieder als psychisch gestört, krank, ess-süchtig, süchtig oder suizidal bezeichnet. Dieses Untersuchungsergebnis wird durch die Auswertung des Allgemeinen Fragebogens und die Analyse der Genogramme bestätigt; „psychisch gesunde“ Familien finden sich nur in der Minderheit. In mehreren Fällen beschreiben die Klientinnen eine Kumulierung von Belastungen und kritischen Lebensereignissen vor dem Ausbruch einer Erkrankung.

Auch bei der Beschreibung der **Esskultur** der untersuchten Familien zeigen sich die bisher diskutierten familiären Probleme und Strukturen: Im Gegensatz zu Untersuchungsergebnissen von SPERLING, MASSING und REICH (1982) üben die Großmütter der Klientinnen dieser Studie keinen entscheidenden Einfluß auf die Esskultur aus. So wird beispielhaft das Essen selten von der Großmutter gekocht. Hieraus hatten SPERLING u.a. eine besondere Machtfülle abgeleitet. Insgesamt trägt die familiäre Esskultur zum Auftreten der Essstörungen bei, da viele Familien im Essverhalten ein negatives Vorbild bieten. Die in den Familien vorherrschende Ernährungsweise (fetteiche Nahrungsmittel, häufige Diäten, schnelles und hastiges Essen) ermöglicht und unterstützt das Ausagieren individueller und familiärer Probleme im Umgang mit dem Essen. Die Art der Mahlzeiten und der Nahrungsmittel, die von der Mutter zubereitet werden, werden von den Töchtern abgelehnt. Begründet wird diese Ablehnung damit, dass diese Nahrungsmittel ungesund seien. Diese angebotenen Nahrungsmittel bieten den Töchtern aber auch die Möglichkeit, sich auf einem scheinbar begrenzten Gebiet von den Eltern abzugrenzen und zu widersetzen. Die in den Familien vorhandenen Konflikte werden nicht gelöst, sondern auf der Ebene des Essens ausagiert. Dieses Verhalten wird besonders von den Probandinnen beschrieben, in deren Familien die Beziehungen besonders „verstrickt“ sind. So kann nach der Analyse der Genogramme davon ausgegangen werden, dass mit der Ablehnung der Nahrungsmittel, die in der Herkunftsfamilie gegessen werden, versucht wird, zumindest in dem Bereich der Nahrungsaufnahme Autonomie zu erreichen. Auch beim heutigen Essverhalten ist es den Klientinnen wichtig, sich von der Esskultur

im Elternhaus deutlich abzugrenzen und auf dieser Ebene die eigene Autonomie zu betonen. So wie Trink- und Konsumgewohnheiten¹ des unmittelbaren Herkunftsmilieus direkte Auswirkungen auf die Einstellungs- und Verhaltensweisen haben, trägt das Essverhalten der Familie, ihre Ernährungsgewohnheiten, permanente Diäten und der Umgang mit dem Leib zur Ausbildung von problematischem Essverhalten bei, welches letztlich bei zusätzlichen individuellen und familiären Dysfunktionen auch zur Ausbildung einer Essstörung oder Multiplen Sucht führt.

Die Analyse der Genogramme zeigt, wie sich Strukturen von **Partnerschaften** der vorangegangenen Generationen bilden und sich in vielen Fällen in der Partnerschaft der Klientin fortsetzen. Die Ehe der Eltern bietet sich nicht als positives Modell einer partnerschaftlichen Beziehung an. Das Erleben dieser massiv gestörten Paarbeziehungen beeinflusst nach den Aussagen der Klientinnen die Wünsche und Fähigkeiten eigene Partnerschaften zu leben, bzw. sich überhaupt auf Paarbeziehungen einzulassen. Eine Bestätigung erhalten diese Angaben durch den Befund, nach dem im Untersuchungszeitraum nur ein Drittel der Klientinnen in einer Partnerschaft leben und fast alle Klientinnen von massiven Problemen in den Partnerschaften berichten. (Von den magersüchtigen Klientinnen leben nur einzelne in einer festen Partnerschaft. Bei den Klientinnen mit Multiplen Süchten zeigen sich diese Probleme in einem besonders problematischen Ausmaß.) Nach Ansicht der Töchter hätten viele Mütter generell Männer abgelehnt, dies trägt zu einem negativen Bild der Klientinnen über Männern bei und erschwert die Funktionalität der bestehenden Partnerschaften der Klientinnen.

Diese Beziehungsstörungen wirken sich auch im sexuellen Verhalten aus. Die Klientinnen sind mehrheitlich mit ihrer **Sexualität** "unzufrieden". Sexuelle Kontakte werden von den Bulimieklientinnen und den Klientinnen mit Multiplen Süchten signifikant häufiger angegeben als von den Magersuchtklientinnen. Die von den meisten Klientinnen berichteten sexuellen Probleme werden z.T. damit

¹ Die Medien treten dabei als Vermittler von Lebenswirklichkeit auf, sie beeinflussen die Entwicklung des Selbstwertgefühls, die Identitätsentwicklung und die Vermittlung von Vorbildern. Bezogen auf das Körperideal unterstützen sie die Bildung von subklinischen Körperbildstörungen, da ein „ideales“ Aussehen und ein Idealgewicht gefördert werden, welches oftmals bereits ein Untergewicht ist.

begründet, dass Sexualität in fast allen Herkunftsfamilien ein Tabuthema sei. Zudem erweisen sich das Erleben von sexueller (familiärer und außerfamiliärer) **Gewalt** bei einem Drittel der Bulimieklientinnen und der Anorektikerinnen als äußerst belastende Ereignisse. Die Klientinnen mit Multiplen Süchten sind sogar mehrheitlich Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt¹. Die sexuelle Gewalt erlitten einzelne Klientinnen während ihrer Kindheit, andere in der Pubertät und/oder als Erwachsene. Die Frauen, die Opfer von sexueller Gewalt wurden, berichten von besonders starken sexuellen Problemen und Autoaggressionen.

Das Erleben sexueller Gewalt trägt nach der Analyse der Genogramme zur Entstehung der Essstörungen erheblich bei, insbesondere dann, wenn die Gewalterfahrung in der Herkunftsfamilie auftrat oder die Bewältigung der Erlebnisse nicht durch die Familie unterstützt wurde. Diese Klientinnen reduzieren als Schutzfunktion ihre Körperwahrnehmung und/oder ziehen sich auf eine „orale“ Entwicklungsstufe zurück, in der sie nicht mehr „Frau sein müssen“, d.h., sie lassen sich weniger intensiv auf Beziehungen ein, gehen weniger Partnerschaften ein und leben ihre Sexualität nur reduziert.

Als ein Fazit ist festzuhalten: Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie belegen für alle Untersuchungsteilgruppen die besondere Bedeutung der Familiensituation der Klientinnen für das individuelle Wohlbefinden und deren Gesundheit. In den untersuchten Familien sind die salutogenen Ressourcen, d.h., die der einzelnen Person und der Familie innewohnenden oder auf diese Systeme wirkenden Kräfte und Fähigkeiten, gegenüber den pathogenen Faktoren unterlegen. Das engere Beziehungsnetz der Familie, Freunde und Nachbarn, welches für die Gesunderhaltung und bei Krankheiten besonders wichtig (PETZOLD 1993, HURRELMANN 1994) ist, bietet den Klientinnen nicht die für ihre Entwicklung benötigte Unterstützung. Die Klientinnen erhalten daher in ihren Familien keinen

¹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass unter sexueller Gewalt verschiedenste Erlebnisse verstanden werden, z.B. sehen viele der Frauen es als normal an, von einem Mann zur Sexualität gedrängt zu werden, obwohl sie "keine Lust haben".

ausreichenden Beistand bei der Entwicklung eines Kohärenzgefühls¹ (ANTONOVSKY 1979, BUCHHOLZ 1990, SIMON 1995a). Ihnen fehlt die Fähigkeit, die für das Überleben und Gesundbleiben wesentlichen Konstellationen zu erfassen und sich hierauf flexibel einzustellen. Die Klientinnen erlernen in ihren Herkunftsfamilien nicht die Voraussetzungen für eine angemessene Reaktion auf schwierige Lebensereignisse. Erst durch ein besseres Verständnis für innere und äußere Zusammenhänge, den Implikationen der persönlichen und familiären Lebenssituation, könnten sie ein besseres Selbstwertgefühl und eigene Werte entwickeln, die die Überzeugung vermitteln, das Leben hat einen positiven Sinn.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen für die Untersuchungsteilgruppen der Anorektikerinnen und Bulimarektikerinnen im Wesentlichen bisherige Untersuchungsergebnisse. Einige neue Erkenntnisse dieser Studie für diese Untersuchungsteilgruppen sollen nochmals betont werden: Anders als in den Studien von SPERLING u.a. (1992) werden die Großeltern der hier untersuchten Probandinnen nur selten als Personen mit besonderer Machtfülle gesehen und das Essen wird nur selten von der Großmutter gekocht. Auch die in der Literatur (MINUCHIN u.a. 1983) beschriebene besondere mütterliche Überfürsorge kann nach den Berichten der Klientinnen nicht bestätigt werden. Besondere Leistungsanforderungen der Eltern zeigen sich bei der Untersuchungsteilgruppe der Anorektikerinnen und der Bulimieklientinnen des anorektischen Pols, also bei den Klientinnen, deren Hauptmerkmal der Essstörung das Untergewicht ist. Die Bulimieklientinnen mit Normal- und Übergewicht und die Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten hingegen ca. zu einem Drittel, die Leistungsanforderungen seien minimal.

Ein weiteres neues Untersuchungsergebnis ist der oftmals von den Klientinnen beschriebene Wechsel der Form der Essstörung im Laufe der unterschiedlichen

¹ Wie im Theorieteil ausgeführt, bildet das Kohärenzgefühl eine zentrale Widerstandsressource gegenüber kritischen Lebensereignissen und Krankheiten. Dieser Begriff meint ein tief verankertes Vertrauen darauf, dass die Ereignisse des Lebens vorhersehbar und erklärbar sind und die Schwierigkeiten des Lebens sich im Prinzip handhaben lassen. Nach ANTONOVSKY wirkt dieser „Sinn für Zusammenhang“ (SOC) gesundheitsfördernd, da er unsere Selbstheilungskräfte freisetzt.

Lebensphasen. Ein typischer Verlauf war: Übergewicht in der frühen Kindheit, magersüchtige Tendenzen in der Pubertät und eine spätere Bulimie. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass bereits vielfach vor dem manifesten Auftreten einer Eßsucht, latente, subklinische Essstörungen bestanden. Diese häufig auftretenden Wechsel schließen auch einen Übergang in eine stoffliche Abhängigkeit ein. Als ein weiteres Untersuchungsergebnis ist festzuhalten, dass in den Teilgruppen der Anorexie- und Bulimieklientinnen ein Drittel der Klientinnen in Bezug auf ihren Alkohol-, Tabletten- oder Drogenkonsum als zumindest suchtfähig einzuschätzen sind. Die Untersuchungsergebnisse weisen damit auf die engen Zusammenhänge zwischen Essstörungen und Multiplen Süchten hin. Bei den Frauen mit Essstörungen besteht somit ein hohes Gefährdungspotential einer stofflichen Abhängigkeit.

Die Teilgruppe „**Multiple Süchte**“ wurde im Rahmen dieser Studie erstmalig untersucht. Multiple Süchte sind mit der Diagnose einer stoffgebundenen Abhängigkeit, einer Polytoxiekomanie, einer Posttraumatischen oder anderen Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend gekennzeichnet. Qualitativ bilden die Multiplen Süchte eine eigenständige Störungsform. Der häufige Wechsel der Suchtform, bzw. der Form der Essstörung ist ein typisches Merkmal dieser Personengruppe. Bei diesem Störungsbild liegt eine Abhängigkeit von Alkohol und eine Essstörung vor; diese können gleichzeitig oder phasenweise auftreten.

Diese besondere Form einer Störung zeigt sich auf verschiedenen Referenzebenen:

- auf der körperlichen Ebene, mit einer starken Ablehnung des eigenen Leibes,
- auf der psychischen Ebene, insbesondere mit Identitätsverlust und Abspaltungen. Die Teil-Objektbeziehungen führen bei diesen Klientinnen zur Einschränkung der Entwicklung des Ichs und seiner Funktionen. Hervorzuheben sind die Ich-Funktionsstörungen:
 1. der Spaltung,
 2. der mangelnden Wahrnehmung, insbesondere einer ausreichenden getrennten Innen- und Außenwahrnehmung,
 3. der unzureichenden Frustrationstoleranz.

- auf der sozialen Ebene mit Beziehungsstörungen und einer unzureichenden sozialen Integration,
- auf der familiären Ebene zeigen sich massive Dysfunktionen,
- auf der Ebene der Werte und Normen, insbesondere mit dem Fehlen eines Lebenssinns.

Hinsichtlich der familiären Situation weisen die Untersuchungsergebnisse grundsätzlich ähnliche familiäre Dysfunktionen wie bei den anderen Untersuchungsteilgruppen auf. Dies betrifft beispielsweise das Auftreten von Triangulierungen, Parentifizierungen, unklaren Hierarchien, mangelnden Anpassungsfähigkeiten an kritische Lebenssituationen u.a.. Das Ausmaß dieser Dysfunktionen ist jedoch bei dieser Population in vielen Bereichen noch größer als bei den Bulimie- und Anorexiefamilien.

Die markantesten Untersuchungsergebnisse der **Klientinnen mit Multiplen Süchten** sollen in Abgrenzung zu den Anorexie- und Bulimieklientinnen zum Abschluß summarisch zusammengefasst werden:

- Vater oder Mutter werden von den Klientinnen mit eindeutig negativen Attributen und Rollenbeschreibungen belegt.
- Fast alle dieser Klientinnen berichten von körperlicher (z.T. auch sexueller) Gewalt, meist des Vaters gegenüber der Mutter und gegenüber den Kindern oder von Vernachlässigung der Kinder.
- Die Ehe der Eltern wird als „äußerst problembelastet“ geschildert. Die Klientinnen berichten von der Unfähigkeit der Eltern Konflikte zu lösen.
- Besonders häufig ist ein Familienmitglied suizidal.
- Der Missbrauch von Suchtmitteln ist bei den Angehörigen dieser Klientinnen besonders ausgeprägt.
- Neben „verstrickten“ familiären Strukturen sind auch „aufgelöste“ zu beobachten“. (Dieses Untersuchungsergebnis erfährt eine Bestätigung durch ein anderes Untersuchungsergebnis, nach dem zwei Drittel der Klientinnen keinerlei Kontakt mehr zu den Eltern haben.)
- Die Schulbildung ist geringer als die der Anorektikerinnen und die der Bulimarektikerinnen.

- Auch die Klientinnen mit Multiplen Süchten berichten durchgängig von sexuellen Problemen. Im Gegensatz besonders zu den Anorektikerinnen geben sie jedoch mehr sexuelle Kontakte an.
- Zwei Drittel berichten von sexuellen Gewalterfahrungen.
- Die Partnerschaften dieser Klientinnen sind ebenfalls durch massive Konflikte und körperliche Gewalt belastet.
- Der Anteil von Klientinnen mit Suizidgedanken und –versuchen ist besonders hoch. Fast die Hälfte berichtet von mindestens einem Suizidversuch.
- Im Gegensatz besonders zu den Klientinnen der anderen Untersuchungsteilgruppen sind sie weniger im Berufs- und Arbeitsprozeß integriert, bzw. nicht mehr integriert. Mehrheitlich beziehen diese Klientinnen Arbeitslosen- oder Sozialhilfe.
- Die Klientinnen mit Multiplen Süchten sind durch einen häufigen Wechsel in der Art des hauptsächlichen Symptoms gekennzeichnet. Im Laufe des Lebens wechselt vielfach die Form der Essstörung und/oder einer stoffgebundenen Sucht. Für die Praxis bedeutet dies, dass möglicherweise keine Multiple Sucht diagnostiziert wird, da aktuell nur ein Symptom im Mittelpunkt steht.

Insgesamt kann nach diesen Untersuchungsergebnissen auf sehr desolate Familienverhältnisse mit massiven Funktionsstörungen geschlossen werden. Die Eltern bieten insgesamt für die Entwicklung der Kinder kein positives Vorbild und sind nicht in der Lage, ihre Kinder ausreichend zu stützen und zu fördern. Dieser Untersuchungsteilgruppe müsste in Forschung, Beratung und Behandlung mehr Interesse zukommen, damit die aufgestellten Hypothesen und die Untersuchungsergebnisse der untersuchten Stichprobe weiter differenziert werden können.

Durch die in dieser Studie vorgestellten Untersuchungsergebnisse werden eine Reihe von psychosozialen Ereignissen markiert, die zu der Erkrankung der untersuchten Frauen beigetragen haben. Umgekehrt kann man aus dieser Feststellung schließen, dass funktionale familiäre Beziehungen und Strukturen, stabile Partnerschaften, gute Freund- und Nachbarschaften und Anerkennung in Beruf und Ausbildung salutogene Ressourcen sind, die erhalten, bzw. aufgebaut werden müssen. Ungleichheiten im Gesundheitszustand sind auch eine Folge unterschiedlicher Fähigkeiten mit Problemen umzugehen. Das Ausmaß und die

Qualität von „Lebensbewältigungskompetenzen“ sind u.a. abhängig von den für das Individuum und der Familie zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die eigenen Ressourcen und die anderer Systeme müssen wahrgenommen, entwickelt und gepflegt werden.

Familien könnten in Abständen als Hilfe zur Selbsthilfe und mit freiwilliger Unterstützung ihre „Funktionstüchtigkeit“ überprüfen¹, um frühzeitig Dysfunktionen zu entdecken und um weitere Schäden zu reduzieren, zu beheben und präventiv zu vermeiden. Die Familienforschung könnte entsprechende Hilfen entwickeln und den Familien, speziell den von dem Auftreten einer Essstörung oder einer Multiplen Sucht gefährdeten Familien, anbieten. Die im theoretischen Teil dieser Arbeit (siehe Kap. 3: „Die Familie als soziales System“) vorgestellten Kriterien der Beurteilung einer familiären Funktionstüchtigkeit könnten hierfür verwandt werden. Weitere Forschung ist notwendig, um den Familien bereits präventiv und frühzeitig bessere Hilfestellungen anzubieten. Familien benötigen vermehrt Hilfestellungen, um verwöhnende, versagende und inkonsequente Erziehungsstile zu reduzieren und um effektivere Konfliktbewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln, damit nicht ein Familienmitglied, meist das „Schwächste“, die Last der (oftmals mehrgenerationalen) familiären Probleme zu tragen hat, indem es eine Erkrankung als Symptomträger ausbildet.

Die Fachleute, die beruflich dieses Klientel beraten und betreuen, erhalten mit diesen Untersuchungsergebnissen Hinweise, bei welchen zu vermutenden familiären Dysfunktionen und Problembereichen der Klientinnen und ihren Familien eine Unterstützung anzusetzen hat. Für die soziologische Familientheorie weisen die Untersuchungsergebnisse auf die Bedeutsamkeit der familiären Dysfunktionen bei der Entstehung problematischer Verhaltensweisen hin, die zu Essstörungen und Multiplen Süchten führen können. In der Familientheorie und Familienforschung sollte der weiteren Erforschung der familiären Dysfunktionen und ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit mehr Bedeutung zukommen. Die in dieser Studie vorgestellte theoretische Analyse und die

¹ Systemtheoretisch formuliert heißt dies: Es werden Perturbationen angeboten, um nicht den Ideen einer „Kontrollfiktion und einer „Kausalzurechnung“ (LUHMANN 2000) zu unterliegen.

Untersuchungsergebnisse machen deutlich, dass der komplexe Zusammenhang zwischen familiären, soziokulturellen und psychischen Faktoren bei der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, hier speziell bei der Entstehung von Essstörungen und Multiplen Süchten, nicht mit simplen Ursache-Wirkungsbezügen zu erklären ist, sondern nur „systemisch“ in einer multiperspektivischen Zusammenschau Sinn ergibt.

10 Anhang

10.1 Dokumentation beispielhafter Genogramme

10.1.1 Das Genogramm von Helga: Multiple Süchte

Die Großeltern väterlicherseits

Helga berichtet, die Großeltern seien Nazis gewesen. Die Großmutter habe eine wichtige Rolle in der Familie gespielt. Helga habe immer zwischen Mutter und Großmutter gestanden. Die Großmutter habe über Helga in das Familiensystem hineingewirkt. Sie sei sehr dick gewesen. Die Schwestern hätten, im Gegensatz zu ihr, mit der Großmutter häufig geschmust. Es sei für Helga sehr schlimm gewesen, wenn die Mutter gesagt habe: "Du bist wie Oma", da Mutter diese gehaßt habe. Insgesamt habe sie zur Oma ein sehr zwiespältiges Verhältnis gehabt. Für den Großvater seien Frauen Menschen zweiter Klasse gewesen. Eine Krise in seinem Leben sei sein Herzanfall gewesen. In dieser Teilfamilie sei es für die Frauen nicht auszuhalten gewesen, wenn die Männer krank waren.

Die Großeltern mütterlicherseits

Ebenso wie die Großeltern väterlicherseits seien diese kein Vorbild für sie gewesen. Der Großvater habe zwischen seiner Mutter und seiner Frau gestanden. Die Großmutter habe den Vater als Ersatzmann "verwendet". Der Großvater verstarb früh. Helga sei nach seinem Tod zum Substitut eines Ehegatten für die Großmutter geworden. Äußerlich, so sei in der Familie gesagt worden, würde Helga dort "gut reinpassen". Dies habe sich auf den männlichen Anteil in Helgas Äußerem bezogen. Helgas "männliche" Qualitäten seien von den Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits gelobt worden. Helga schildert, sie habe insgesamt zu diesen Verwandten wenig Kontakt gehabt.

Ihre älteste Schwester sei von dieser Großmutter massiv abgewertet worden.

Eltern

Helga erzählt, die Eltern hätten sich viel gestritten. Die täglichen Entscheidungen habe die Mutter getroffen, „wichtige Dinge“ habe der Vater entschieden. Für die Mutter sei der Vater der einzige Mann, den sie positiv sehen würde.

Helga beschreibt ihren Vater als eine starke Persönlichkeit. Er würde viel arbeiten, mache keine "krummen Touren", sei gutmütig, gefühlvoll, burschikos und sehr korrekt. Er wirke grob auf andere, sei gesellig und habe viele Freunde. Im Beruf sei er tüchtig.

Besonders kritisch sei für ihn der Tod seines Vaters gewesen, als er vier Jahre alt war. Mit zehn Jahren habe er bereits den Bauernhof übernommen und sei hiermit überfordert gewesen. Einen wesentlichen Teil seiner Identität mache auch heute noch der Bauernhof aus, den er jetzt aufgeben müsse. Alle hätten Rücksicht auf den Vater genommen. Die Stimmung in der Familie sei abhängig von seinem Wohlbefinden gewesen. Helga habe sich sehr bemüht, für ihre Leistungen bei der Arbeit ein "Schmunzeln" vom Vater zu bekommen. Helga meint, sie habe ihn mit ihrem Lebensstil sehr enttäuscht. Sie sei hingegen stolz auf ihn.

Ihre Mutter beschreibt Helga als sehr geschickt, tüchtig und humorvoll. Sie mache viel Aufwand bei Feiern und beim Essen. Sie würde versuchen, den "Schein zu wahren", bei Außenstehenden einen guten Eindruck zu machen und sich immer „zusammennehmen“. Die Mutter habe einen "Hang zur Selbstaufopferung", denn alle sollten sich wohl fühlen. Kritisch in ihrem Leben sei gewesen, dass sie mit einem Knecht, der auf dem Hof arbeitete, befreundet gewesen sei und von ihm ein außereheliches Kind bekommen habe. Während der Schwangerschaft sei dieser Mann von ihren Eltern verstoßen worden. Mit ihrem Vater habe sie es sehr schwer gehabt. Dieser sei beispielsweise bei der Geburt des besagten Kindes für zwei Tage fortgegangen. Helgas Mutter meint noch heute, „Männer nützten Frauen nur aus“. Sie sei sehr verbittert darüber, als Frau immer in der schlechteren Position zu sein. Ihr sei wichtig, dass die Töchter einen "richtigen, vernünftigen Mann" bekommen. Helga berichtet, mit ihrer Mutter bereits früher viel "Krach" gehabt zu haben. Ihre Freunde "hätten nichts getaugt". Noch heute habe sie das Gefühl, von ihrer Mutter abgelehnt zu werden. Bei Konflikten seien sie schreiend auseinandergelaufen, es habe keine Klärung gegeben.

Geschwister

Helga hat eine ältere und zwei jüngere Schwestern. Die älteste Schwester Andrea ist vier Jahre älter, sie "ist als uneheliches Kind mit in die Ehe gebracht worden". Zu ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester Karin habe sie den meisten Kontakt. Dieses Verhältnis habe zwischen Liebe, Haß und Konkurrenz gewechselt. Ihre dreizehn Jahre jüngere Schwester Hannelore sei für sie nicht so wichtig. Helga ist der Ansicht, ihre Schwestern seien "bevorzugt" worden. Die Schwestern meinten in einem Familiengespräch, Helga sei bevorzugt worden.

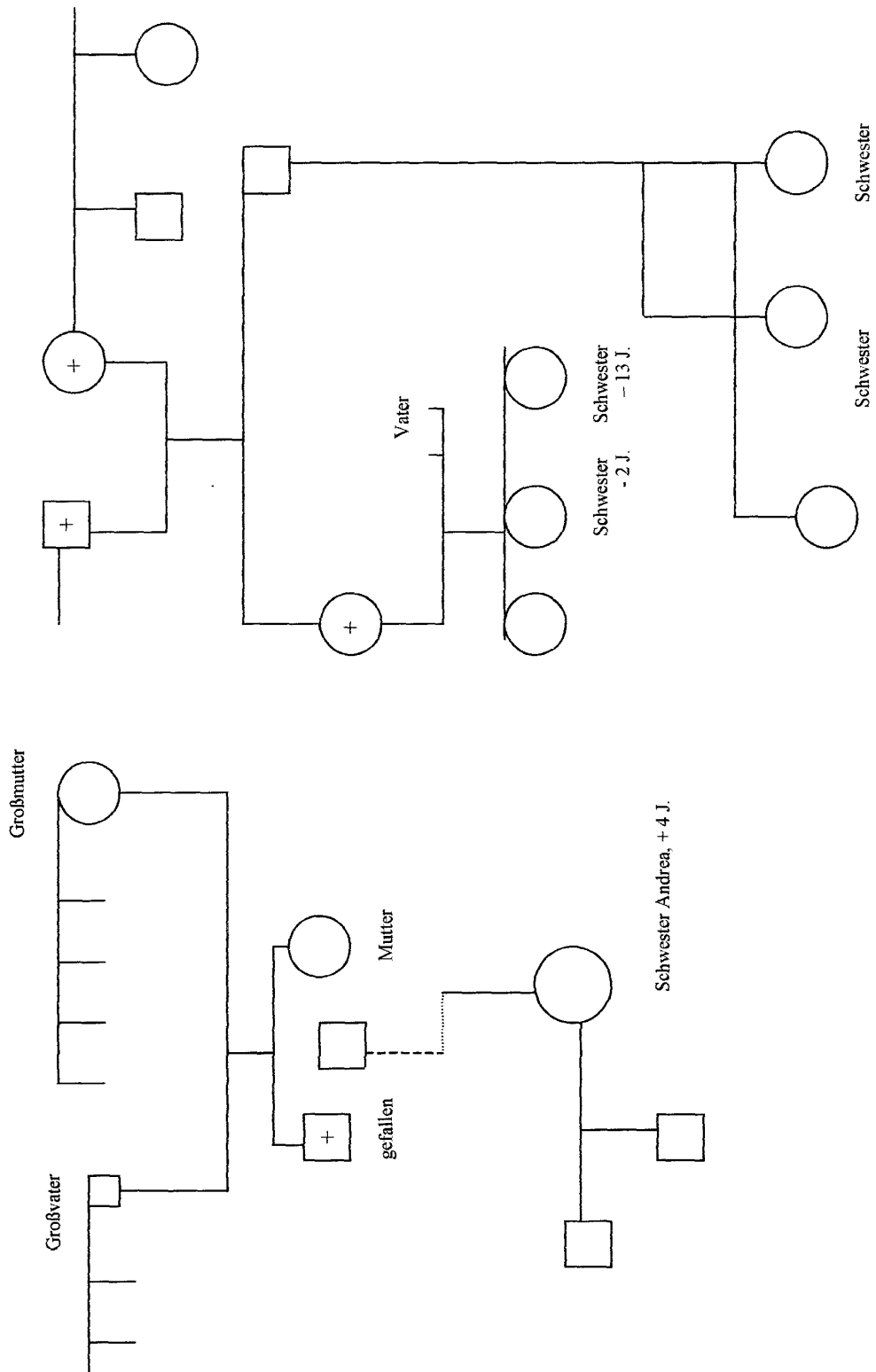


Abb. Nr. 20: Das Genogramm von Helga (Ausschnitt)

Selbstdarstellung

Helga beschreibt zusammenfassend, dass ihre Kindheit gut verlaufen sei. ("Da gab es nichts Besonderes.") Auf Nachfrage berichtet sie, Fingernägel gekaut, schlafgewandelt zu sein und nächtliche Ängste gehabt zu haben. Häufiger habe sie an Kreislaufstörungen

und Kopfschmerzen gelitten. In ihrer Schulzeit sei sie unglücklich gewesen. Sie habe sehr viel Schlimmes erlebt, wenig Unterstützung bei schulischen Angelegenheiten erhalten und wenig Erfolge gehabt. Das Verhältnis zu ihren Spielgefährten sei früher eher problematisch gewesen. Sie sei meistens allein gewesen. Die anderen Kinder, die meist älter gewesen seien, hätten sie gehänselt und ausgelacht. In ihrem Berufswunsch Grafikerin, bzw. Dekorateurin zu werden, habe sie sich von ihrer Familie nicht unterstützt gefühlt. Man habe ihr eine Lehrstelle als Bürokauffrau angeboten, in der sie sich sehr unwohl gefühlt habe. Sie habe diese Lehre beendet und später auf einen handwerklichen Beruf umgeschult. Seit zwei Jahren sei sie arbeitslos. Als Kind habe sie viel auf dem elterlichen Hof geholfen; auch in ihrem Beruf habe sie viel gearbeitet.

Sie beschreibt sich als einen Menschen, der schlecht Nähe zulassen und sich nicht fallenlassen könne. Freude und Glück könne sie nur schwer empfinden. Sowohl der Umgang mit Gefühlen, als auch sich zu entspannen, Beziehungen aufrecht zu erhalten, Interessen durchzusetzen und Aggressionen zu zeigen, falle ihr schwer. Bereits früher habe sie sich sehr minderwertig gefühlt. Sie habe manchmal Selbstmordgedanken, habe schon mehrere Selbstmordversuche unternommen und neige zu "Unfällen".

Helga erzählt, sie verbringe ihre Freizeit häufig allein und male sehr gerne. Mit ihrer Freizeitgestaltung sei sie sehr unzufrieden.

Partnerschaften

Ihre ersten Freundschaften habe sie als sehr problematisch erlebt (z. B. erlebte sie ihren ersten Kuß als sehr eklig). Sie habe über mehrere Jahre eine Beziehung zu einem Seemann gehabt, zu dem sie "aufsah" und der ihr vor sexuellen Kontakten Alkohol eingeflößt habe. Sie habe sich von diesem Mann schlecht trennen können, ihre Gefühle für ihn seien sehr wechselhaft gewesen. Dieser Mann sei Alkoholiker. Seit mehreren Jahren lebe sie ohne Partner.

Sexualität

Helga berichtet, dass es in sexuellen Dingen in der Herkunftsfamilie sehr schamhaft zugegangen sei, über Sexualität wurde nicht gesprochen. Sie habe das Gefühl, bei sexuellen Kontakten etwas Verbotenes und Schmutziges zu tun. Sie würde sich dann wertlos fühlen und meint, dass andere sich vor ihr ekeln würden. Sie schildert sich selbst als sexuell gehemmt. Bei sexuellen Kontakten erlebe sie keine sexuelle Befriedigung. In einer späteren Phase der Therapie berichtete sie, sich in ihrer Pubertät mit einem Mann auf dem Friedhof geküßt zu haben. Dort habe sie sich ausziehen lassen und sei dabei

von anderen beobachtet worden. Die folgende Bestrafung ihrer Eltern habe sie gegen sich gerichtet ausgesagt. Sie habe sich abgewertet und selbst verletzt.

Tabus, Geheimnisse

Von der gesamten Familie sei die Mutter durch die Geburt eines unehelichen Kindes abgewertet worden. Helga habe von der unehelichen Geburt dieser Schwester erst spät erfahren. Tabus seien in ihrer Familie das uneheliche Kind (die Schwester Andrea), Sexualität und die Nazizeit gewesen.

Werte

Nach "außen hin" seien die Eltern religiös; wichtig sei ihnen die Kirchenzugehörigkeit ihrer Kinder. Als Helga aus der Kirche austrat, habe es Ärger gegeben. Entscheidender Wert in der Familie sei Ehrlichkeit. Es sei wichtig, die Nachbarschaft intensiv zu pflegen.

Koalitionen in der Familie

Besonders deutliche Koalitionen gibt es zwischen ihrer Schwester Karin und der Oma väterlicherseits, der Oma mütterlicherseits und Helga, sowie zwischen Hannelore und ihrem Vater.

Anpassungsfähigkeit

Die Anpassungsfähigkeit der Familie an veränderte Situationen wird von Helga als flexibel bezeichnet.

Kommunikation

Es sei wenig „miteinander gesprochen“ worden. Den Austausch von Emotionen schildert sie als zurückhaltend. Die Familienmitglieder hätten sich gegenseitig eher abgewertet.

Konfliktvermeidung/-bewältigung

Der Vater würde bei Konflikten von der Mutter "rausgehalten". Bei schwierigen Situationen regle der Vater den Konflikt. Viele Konflikte würden jedoch nicht geklärt. Bei Streitereien sei ihr vom Vater gesagt worden: "Du bist ja vernünftig, streiten ist nur Weiberkram". Auch heute vermeide sie Streit und werte streitende Frauen ab.

Delegationen

Der Vater habe sehr bedauert, dass keine Tochter bereit war, den Hof zu übernehmen. Helga erlebt eine frühe Delegation zum „Mann-Sein“, zum Übernehmen des Bauernhofes. Eine zweite Delegation von ihrer Mutter beschreibt sie wie folgt: Aufgrund der

Familiengeschichte der Mutter "ist die Frau immer die Dumme, wenn sie sich auf Männer einläßt. Man kann jedoch hoffen, irgendwann den Richtigen zu treffen".

Krankheiten

Helga hat vielfältige Krankheiten: Alkoholabhängigkeit Magen-, Herz-, und Kreislaufkrankheiten, „psychosomatische“ Erkrankungen, Augen- und Hautleiden, Kopfschmerzen und Migräne. In der Familie treten gehäuft Herz- und Kreislaufkrankungen auf (bei der Oma mütterlicherseits, Vater, Mutter, Schwestern und bei Helga). Der Vater hatte nach einem Herzinfarkt eine Bypass-Operation, die Mutter leidet unter Herzrhythmusstörungen. Die vier Jahre ältere Schwester hat Asthma.

Gewicht und Körpergefühl

In ihrer Kindheit und Jugend war Helga übergewichtig, ab dem 12. Lebensjahr untergewichtig (in den letzten Jahren bis unter 38 kg). Zur Zeit wiegt sie 55 Kilo. Helga habe sich früher als sehr pummelig erlebt und sich nicht leiden gemocht; ihren Körper lehne sie stark ab.

Der Großvater mütterlicherseits hatte Übergewicht, die Großmutter väterlicherseits sehr deutliches Übergewicht. Ihre Mutter habe sich manchmal zu dick gefühlt, ihr Vater erlebe seinen Körper als „Werkzeug“, so Helga. Er würde sich einseitig ernähren. Das Körpergefühl ihrer Geschwister beschreibt sie wie folgt: Andrea habe keinen Bezug zu ihrem Körper, sie sei sehr steif. Karin erlebe sich als zu groß, und Hannelore sehe ihren Körper als ständige Quelle für Krankheiten und Schwächen an.

Zum Essen, den Essproblemen und weiteren Süchten

Helga hat nach ihren Angaben seit ca. vier Jahren Magersucht, Essstörungen bestünden seit zehn bis zwölf Jahren. „Essanfälle“ habe sie wöchentlich. Helga raucht ca. 25 Zigaretten täglich, sei drei Jahren sei sie Alkoholabhängig. Sie nahm „früher Drogen“. (Welche Drogen seit dem 17. Lebensjahr genommen wurden blieb offen.) Sie berichtet von „gelegentlichen kleinen Diebstählen“ und Kaufräuschen. Sie versuchte auf diese Weise "sich etwas zu gönnen". Zu Therapiebeginn wog Helga 43 kg, ihr niedrigstes Gewicht während der vergangenen Jahre sei 38 kg gewesen. Seit Jahren lebe sie Diät; Appetitzügler nehme sie seit zehn Jahren. Die von ihr benannten auslösenden Situationen für Essanfälle sind sehr vielfältig. Sie kenne Freßanfälle, bei denen sie zunächst das Gefühl habe, "jetzt ist sowieso alles egal", oder „jetzt gönne ich mir etwas Richtiges". Sie habe Angst, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können und den Bezug zu sich zu verlieren. Nach dem Essanfall erlebe sie sich als ein "ekeliges, fettiges

Tier". Eine Rettung gegen diese Gefühle sei Schlaf, evtl. mit Hilfe von Alkohol oder Drogen.

Esskultur

In einem Gespräch erinnerte sie sich, einmal gesehen zu haben, wie ihre Eltern miteinander "geschlafen" hätten. Tage später sei zu Hause ein Schwein geschlachtet worden. Sie schilderte, wie die "Männer mit groben Händen im Fleisch wühlten und die Frauen damit vergnügt umgingen". Sie habe Schweine nie leiden gemocht, fand sie ekelig und mochte deren Fleisch nicht anfassen. Zu Hause habe es oft Fleisch zum Essen gegeben, der Genuß beim Essen habe sie abgeschreckt. Das Essen in der Familie habe die Mutter gekocht. Es sei sehr schnell gegessen worden. Probleme der Kinder mit dem Essen seien nicht ernstgenommen und ins Lächerliche gezogen worden. Für die Eltern sei Essen notwendig, um „groß und kräftig“ zu werden. Belohnung und Trost habe es durch Süßigkeiten gegeben. Essen sei in der Familie ein Symbol für Harmonie und Kommunikation. Die Mutter sei verletzt gewesen, wenn jemand nicht aß.

In späteren Gesprächen war es möglich, das aktuelle Essverhalten genauer zu besprechen. Sie aß in der Regel nur mit einem Teelöffel. Da sie beim Essen fror, zog sie einen Schal, Pulswärmer und Jacke an. Das Grundgefühl war, Essen nur heimlich genießen zu dürfen, da es was Luxuriöses sei. Sie aß in der Regel morgens einen Joghurt, etwas Müsli, eine Nuß oder einen Keks und Kaffee; um ca. 15.00 Uhr noch einmal ein Müsli, abends manchmal Gemüse oder Kartoffeln¹. Einmal wöchentlich „kommt es zu Essanfällen“.

Interpretierende Anmerkungen

Nach der Analyse des Genogramms zeigten sich in der Familie "verstrickte" Strukturen. Dies zeigte sich auch an Helgas Bemühungen, über Jahre aus dem Elternhaus ausziehen zu wollen. Schließlich zog sie im zweiten Jahr der Therapie in ein Haus, in dem früher ihre Großmutter gelebt hatte. Dieses Haus musste sie nach den Wünschen ihrer Eltern unterhalten und pflegen. Hiermit konnten die engen und kontrollierenden Beziehungen aufrechterhalten werden. Helga sah ihre Eltern zu Beginn der Therapie fast täglich, später hatte sie mehrmals pro Woche Kontakt. Solche verstrickten Beziehungen zeigten sich auch in anderen Kontakten, z. B. zu Freundinnen und in der Therapiegruppe der Beratungsstelle.

Nach Helgas Einschätzung gab es in ihrer Ursprungsfamilie zwei "Lager", ein als weiblich definiertes, bestehend aus der Großmutter mütterlicherseits und den Schwestern, die sich nach ihrer Ansicht alle physisch ähnlich waren und ein "männlich" definiertes, bestehend aus der Großmutter väterlicherseits, dem Vater und der Klientin. In dieser polarisierten Familiensituation gewann Helga einen Großteil ihrer Selbstachtung daraus, dass ihre Großmutter väterlicherseits sie als erstes legitimes Kind des Sohnes bevorzugte. Helga bemühte sich, der „Junge“ zu sein, der sie nach ihrer Meinung hätte werden sollen. Durch jungenhaftes Verhalten erhoffte sie die Anerkennung der Familie zu

¹ In den Monaten nach der Befragung aß sie etwas mehr, die beschriebenen Essrituale konnte sie erst nach einem weiteren Jahr aufgeben.

erhalten. Nach ihrem Eindruck habe der Vater sie nicht als Frau sehen wollen, damit er seine Illusionen, dass sie den Bauernhof weiterführen werde, hätte behalten können. Ihre Schwestern hingegen würden eher ihre weiblichen Seiten zeigen. Von ihrer Pubertät an sei es nicht mehr möglich gewesen, das Bild eines Jungen aufrechtzuerhalten. Sie wäre dann zum "Störenfried" geworden. In der Pubertät traten zum ersten Mal Probleme hinsichtlich der männlichen und weiblichen Rollenfindung und ihrer Identität als Gymnasialschülerin einerseits und als Bauerntochter und phantasierter zukünftiger Hoferbin andererseits auf. Helga berichtete, dass sie sich jeden Morgen entscheiden müsse, sich als "Frau oder Mann anzuziehen bzw. sich als Frau oder Mann zu verkleiden". So rückte das Thema Identität als Frau in den Vordergrund der Gespräche. Sie wollte einerseits nicht mehr für den Vater der Junge sein, andererseits wollte sie, wenn sie ihren Garten pflegte, dies als "Mann" tun. Helgas Hungern und ihr Untergewicht kann als ein Versuch interpretiert werden, das alte Familiensystem, das sie als Junge sehen wollte, stabil zu halten.

Kritische Ereignisse in ihrer Pubertät waren Enttäuschungen über nicht zu realisierende Berufswünsche. In dieser Zeit zog sich die jüngere Schwester aus dem gemeinsamen Bekanntenkreis zurück und stützte vorwiegend die Mutter, während Helga mehr und mehr in Alkohol- und dann in die Drogenabhängigkeit, bzw. -gefährdung geriet. In der späteren Pubertät fand ein Rollentausch der beiden Schwestern statt. Die bislang überlegene und von der jüngeren Schwester bewunderte Klientin wurde zum beunruhigenden Sorgenkind, während die bislang "kleine Schwester" die Helferrolle für ihre Schwester und ihre Mutter übernahm. In den Gesprächen wurde ein massiver, bisher verdrängter Eifersuchtskonflikt deutlich. Auch auf die älteste Schwester war Helga eifersüchtig. Sie erinnerte sich, als Achtjährige Mordphantasien gegenüber dieser Schwester gehabt zu haben, die sie sehr erschreckten. Vermutlich waren die Eifersuchtsgefühle gegenüber der älteren Schwester „verdrängt“ worden und wurden statt dessen auf die jüngere Schwester projiziert. Insgesamt bewertete Helga weibliche Züge und ihre eigenen weiblichen Anteile sehr negativ. Sie "habe Angst davor, mehr Frau zu sein", da eine Frau mit Busen in ihrer Vorstellung auf der Suche nach einem Mann sei und dies sei schrecklich. Sie versuchte möglichst ein "Neutrum" zu sein und auch mich als männlichen Therapeuten als Neutrum zu sehen.

In einem von Helga gewünschten Gespräch mit den Eltern und den drei Schwestern schilderten die Eltern auf eindruckliche Weise, dass der Hof seit dem 15. Jahrhundert im Familienbesitz sei und wie schmerzhaft es für die Familie sei, diesen jetzt aufzugeben,

jedoch nicht in erster Linie, weil sie keinen Sohn hätten. Für Helga war dies erleichternd zu hören.

Das Thema Sexualität in einem weiteren Familiengespräch zu besprechen erwies sich als problematisch. Helga teilte der Mutter mit, diese habe vor Jahren gesagt: "dich fasse ich nie wieder an", als sie bei einem „Doktorspiel“ erwischt worden war. Die Mutter konnte sich an diese Aussagen nicht erinnern. Helga betonte die von ihr erlebte Verbindung zwischen Essen und Sexualität und schilderte, wie ihre Eltern bei "Nacktszenen im Fernsehen peinlich weggeguckt hätten und dabei immer aßen". Lust sei für sie in der Familie mit Verachtung verbunden gewesen. Die Eltern waren von Äußerungen ihrer Tochter sichtlich verwirrt.

Die Eltern wünschten ein weiteres Familiengespräch, in dem sie nochmals betonten, es sei von Helga nicht erwartet worden, den Bauernhof zu übernehmen. Helga konnte dies jetzt annehmen. Die Eltern stellten in diesem Gespräch Helgas Drogenzeit und ihre damaligen Freunde in den Mittelpunkt. Dieses Thema wehrte jedoch Helga ab. Insgesamt, so betonten die Eltern, seien Helgas Probleme eher außerhalb der Familie zu sehen. Helga sah die Ursache ihrer Problematik innerhalb der Familie. In diesem Gespräch wurde nochmals das Thema Eifersucht und die (vermeintliche?) Bevorzugung von Helga thematisiert. Alle Kinder betonten, dass diese jeweils benachteiligt gewesen seien. Diese Einschätzung relativierte insgesamt dieses Problem. Das Gespräch leistete zudem einen Beitrag zu einer "Aussöhnung" zwischen den Schwestern.

Nach meiner Interpretation konnte weiterhin mit der "Wahl" des Symptoms Magersucht in der Kindheit und Jugend unbewußt ein emotionales Druckmittel geschaffen werden, das die Aufmerksamkeit der Eltern sicherte. Helga, die als kleines Kind so stark und körperlich kräftig war, war nun schwach und vital bedroht. Einerseits wurden so aggressive Impulse seitens der Familienmitglieder ihr gegenüber gehemmt, andererseits ermöglichte die Magersucht eine Abwehr der eigenen Aggressionen.

10.1.2 Das Genogramm von Edith - Bulimie

Großeltern väterlicherseits

Die Großmutter verstarb 1990. Edith schildert, dass ihre Oma sehr fromm gewesen sei. Diese habe neun Geschwister gehabt. In Omas Familie sei der jüngste Bruder, der "trinken würde, sowie Spielschulden, Scheidungen und ähnliches" gehabt habe, das schwarze Schaf der Familie gewesen. Ihr Großvater sei verstorben, als Edith ein oder

zwei Jahre alt war. Die Oma sei im Leben „gut klar gekommen.“ Edith habe sich zu ihr mehr Kontakt gewünscht, es habe jedoch nie geklappt. Diese Familie sei „sehr arm, aber sehr fromm und sehr in sich gekehrt“ gewesen. Ihr Leben lang hätten sie viel zu kämpfen gehabt. Die Familie sei sehr musikalisch gewesen. Familiäres Geheimnis sei, dass der Großvater vermutlich Alkoholiker gewesen sei.

Großeltern mütterlicherseits

Dieser Großvater verstarb, als Edith fünf Jahre alt war. Er sei in ihren ersten Lebensjahren viel für sie dagewesen. Für sie sei dieser Großvater sehr wichtig gewesen, bei ihm habe sie keine Angst gehabt. Als kleines Kind habe sie die Großmutter gerne gemocht. Die Großmutter habe sich sehr um einen Onkel gekümmert, der viel Ärger gemacht habe, getrunken habe und sich habe scheiden lassen. In dieser Familie würden noch weitere Kinder trinken. Die Großmutter habe Asthma und Krankheiten mit psychosomatischen Anteilen gehabt. Sie sei depressiv gewesen. Nach Ansicht von Edith habe sie diese Krankheiten als Druckmittel in der Familie eingesetzt. Ihre Mutter sei immer "fix und fertig" gewesen, wenn sie wöchentlich zu ihr hinfuhr, um im Haushalt zu helfen. In der Ehe der Großeltern sei die Großmutter dominant gewesen.

Vater

Ihren Vater beschreibt sie als sehr fromm, klug, geschickt, zuverlässig, er könne sich gut durchsetzen; sei auch ängstlich und gesellig. Er ließe sich oft ausnutzen. Inzwischen ginge es ihm sehr gut. In seinem Leben habe er viel gearbeitet. In einem KFZ-Betrieb sei Meister gewesen. Früher habe er wenig Selbstbewußtsein gehabt, dies habe er sich später erst erkämpft. Insgesamt sei er mit seinem Leben zufrieden. Das Verhältnis zu ihm schildert sie wie folgt: Er habe ihr viel verboten und sie immer bestraft, wenn sie sich schlecht betrug. Zur Strafe habe er häufiger geschlagen, sei jedoch auch liebevoll und zärtlich zu ihr gewesen. Für den Vater sei wichtig, dass Edith sich hübsch angezogen habe, niedlich sei und nicht ausflippe. Häufig hätten andere Personen zwischen ihr und ihm gestanden. Edith habe heute zu ihm wenig Kontakt.

Mutter

Edith schildert, ihre Mutter habe sich nicht von ihrer Mutter gelöst, sie würde sich heute noch aufregen, wenn sie „bei Oma war“. Für die Mutter sei der Opa sehr wichtig gewesen. In dieser Familie hätten die Brüder es zu nichts gebracht., Die Mutter habe ein Gefühl des Mitleids mit ihrem nächstälteren Bruder, zu diesem sei der Großvater oft sehr aggressiv gewesen. Die Mutter sei der Liebling des Großvaters gewesen, während die beiden Brüder viel von ihrer Oma bekommen hätten. Edith beschreibt ihre Mutter als

zuverlässig, fleißig, oft wütend, aufbrausend, ängstlich, ordentlich und genau. Sie sei oft traurig gewesen, habe oft geklagt und sich nicht gegen ihre Eltern durchsetzen können, sie habe sehr viel gearbeitet und gut mit Geld umgehen können.

Das Verhältnis zu ihr beschreibt sie wie folgt: Die Mutter habe oft große Angst um sie gehabt, ihr viele Vorschriften gemacht und peinlich auf deren Einhaltung geachtet. Oft habe sie ihr etwas verboten und ständig etwas an ihr etwas auszusetzen gehabt. Sie habe ihr das Gefühl gegeben, sie nicht mehr zu lieben, wenn sie etwas Verkehrtes getan habe; sie habe dann oft hart und verständnislos reagiert und sie häufig angeschrien. Sie sei häufig kalt und feindselig gewesen und habe ihren Ärger an ihr ausgelassen. Die Mutter sei sehr mit sich selbst und ihrer Arbeit beschäftigt gewesen. An ihr könne sie kaum etwas Gutes entdecken. Ediths Mutter sei häufig krank gewesen (Kopfschmerzen, Depressionen, Menstruationsbeschwerden, Gewichtsverlust u.a.).

Ehe der Eltern

In der Ehe sei, ebenso wie bei den Großeltern, die Mutter dominant, obwohl nach Ediths Ansicht eigentlich der Vater der Überlegene sei, der sich jedoch anpassen würde. In der Familie seien nach außen hin die Entscheidungen vom Vater getroffen worden. Die Mutter habe häufig gelitten und sich als so schwach dargestellt, dass sie mit diesem Verhalten einen entscheidenden Einfluß gewonnen habe. Konflikte seien so geregelt worden, dass "Vater auf den Tisch haute und Mutter sich schwach machte". Letztlich habe keiner etwas erreicht und jeder habe das gemacht, was er/sie für richtig hielt.

Geschwister

Ediths Bruder ist ein gutes Jahr jünger. Er habe nach ihrer Ansicht keine psychischen Probleme. Ihr Gefühl zu ihm sei sehr ambivalent. In der Kindheit seien sie Verbündete gewesen.

Essen und Körper

Der Essfragebogen zeigte auffällige Werte in fast allen Bereichen. Aktuelles Mittel zur Minderung des Gewichts für Edith ist Fasten und Erbrechen, früher auch Diäten und Klistiere. Vermehrt habe sie nach der Trennung von einem Freund erbrochen, sonst bei den vielfältigsten Situationen. Als Kind habe sie Übergewicht gehabt. Auch ihre Mutter fühle sich zu dick, "da sei sie eitel". Die Großmutter mütterlicherseits lege ebenfalls großen Wert darauf, schlank zu sein. Für die Männer sei dies kein Thema.

Mit dem Essen ist für Edith Harmonie und Kommunikation verbunden. In Ediths Familie sei sehr bewußt und langsam gegessen worden. Schon als Kind sei sie „vor zu viel

Essen" gewarnt worden. Andererseits sei gemahnt worden: "Kind, du mußt doch was essen".

Die Entwicklung von Edith

In Ediths Kindheit zog die Familie siebenmal um. Der Geburtsverlauf zeigte keine Besonderheiten. Als Kind habe sie häufig Fingernägel gekaut. Sie habe „Schulleistungsstörungen“ gehabt, die Motorik sei beim Schreiben verlangsamt gewesen. In ihrer Kindheit habe sie viele Krankheiten, u. a. Eiterflechte, Bauchschmerzen mit unklaren Befunden und häufig Angina gehabt.

Von ihrer Familie habe sie in Schuldlingen wenig Unterstützung erhalten. Wichtig sei gewesen, dass es in der Schule keine Probleme gab. Sie habe Angst vor den Lehrern gehabt. Ihr Berufswunsch, wie die Mutter Krankenschwester zu werden, sei von den Eltern unterstützt worden. Edith habe die Verbote der Eltern umgangen, z.B. in der Frage der Kleidung, indem sie Kleidungsstücke versteckt habe, später habe sie offen rebelliert.

In ihrer Familie sei es in sexuellen Dingen sehr schamhaft zugegangen. Aufgeklärt worden sei sie durch die Schule und ihren Vater im Alter von zehn Jahren. Als Siebenjährige sei es zu "sexuellen Kontakten" mit einem gleichaltrigen Freund gekommen, der ihre Grenzen „deutlich mißachtet“ habe. Sie sei sich unsicher, ob sie dies als sexuelle Gewalt klassifizieren solle. Auch später habe sie häufiger sexuelle Kontakte gehabt, obwohl sie eigentlich keine Lust gehabt habe. Sie habe heute sexuelle Probleme. Zu Männern habe sie kurzzeitige Beziehungen gehabt. In ihrer Jugendzeit habe sie häufiger Haschisch, zeitweise auch Schmerzmittel genommen. Sie gibt an, dass sie häufiger Dinge kaufen würde, die sie gar nicht brauche.

Selbsteinschätzung

Insgesamt sei sie mit sich selbst sehr unzufrieden. Sie könne schlecht Nähe zulassen, sich fallenlassen, Freude und Glück empfinden, Beziehungen aufrechterhalten, Aggressionen zeigen und sich entspannen.

Tabus

Ein Tabu in der Familie sei die Sexualität gewesen; insbesondere für die Mutter sei Sexualität etwas Schlimmes und etwas, das keinen Spaß mache.

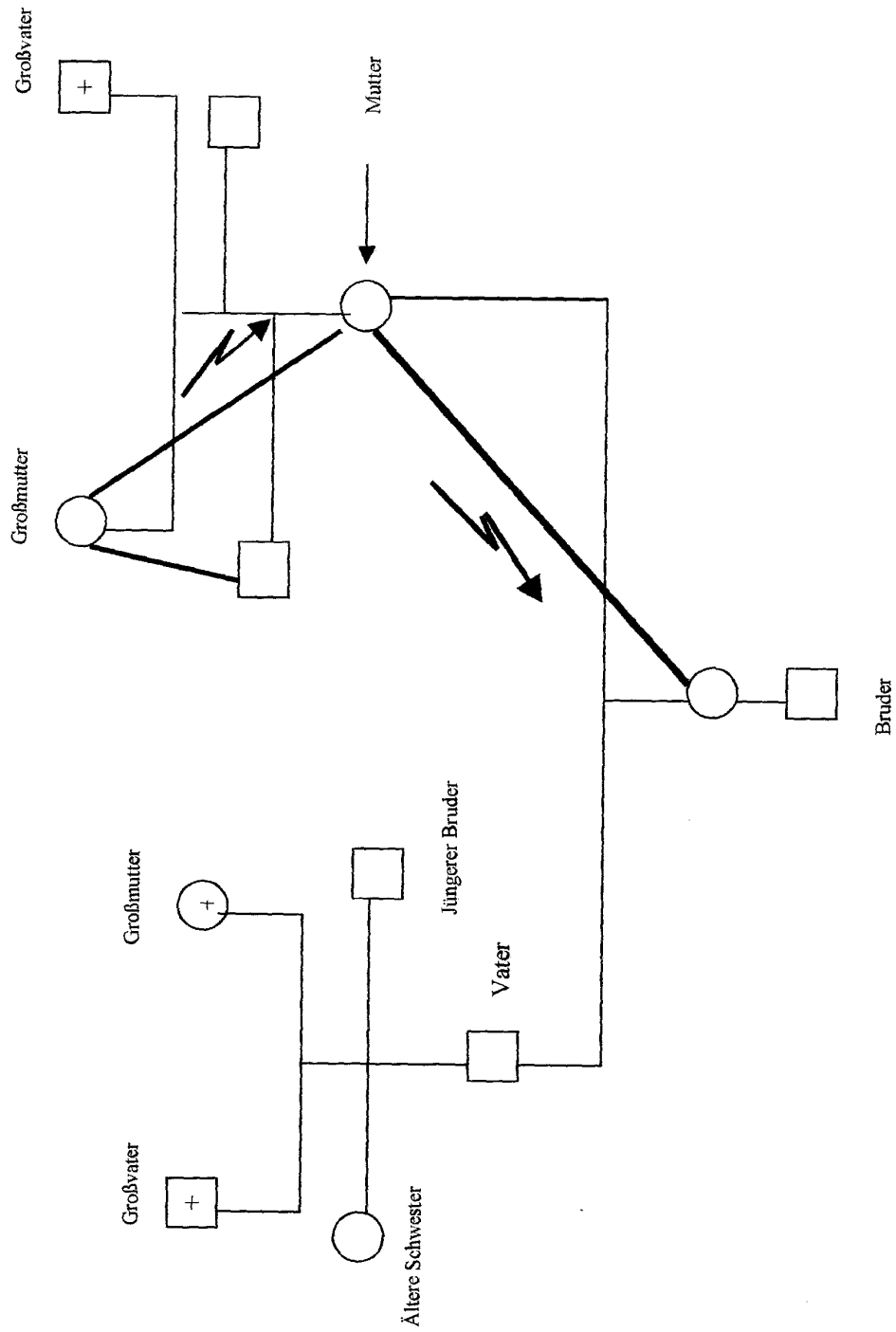


Abb. Nr. 21: Das Genogramm von Edith (Ausschnitt)

Die familale Struktur

Koalitionen hätte es zwischen Edith und ihrem Bruder und zwischen Edith und Mutter (gegen den Vater) gegeben. Heute seien die Eltern gegen Edith verbündet. Wie ein Onkel sei sie das "schwarze Schaf" der Familie. Als Kind sei ihre Mutter sehr hilfsbedürftig gewesen. Diese, ihr Bruder und Edith hätten sich aus den Familien schlecht ablösen können. Edith beschreibt, sie sei für ihre Mutter ein Substitut für einen Ehegatten gewesen. Zeitweise habe sie für die Mutter wie für eine „Freundin gesorgt“.

Leistung sei nicht so wichtig gewesen, Hauptsache, in "der Schule war es in Ordnung". Edith berichtet, kein Vorbild für ihre Geschlechtsrolle gehabt zu haben, Frauen hätten für sie nichts alleine gekonnt, würden immer nur leiden, hätten es schwer, machten sich Sorgen und müssten sich benehmen. Die Beziehungen in der Familie sind m.E. verstrickt, die Anpassungsfähigkeit an neue Situationen ist gering.

10. 1. 3 Das Genogramm von Conny - Magersucht

Conny ist 23 Jahre alt, sie ist seit dem 16. Lebensjahr magersüchtig (anorektischer Pol). Conny studiert Chemie und lebt in wechselnden Wohngemeinschaften.

Die Großeltern mütterlicherseits:

Ihr Großvater war Beamter, die Großmutter Hausfrau. Der Großvater habe eine enge Beziehung zu Connys Mutter gehabt. Er verstarb 70-jährig an einem Krebsleiden, die Großmutter lebe noch, zu ihr habe sie oft und guten Kontakt. Die Oma habe Geheimnisse bewahren können. Diese Großmutter sei der Liebling der Familie. Sie sei sehr fürsorglich und war Connys wichtigste Bezugsperson. Zu ihr habe sie Vertrauen gehabt und Verständnis erfahren.

Die Großeltern väterlicherseits

Der Großvater war der jüngste Bruder von zwei Schwestern; er war von Beruf Landwirt. Der Bauernhof musste aufgegeben werden und wurde zu einer Nebenerwerbsstelle. Ihren Großvater hat Conny nicht mehr kennengelernt. Zu ihrer Großmutter habe sie eine "Haßbeziehung". Die Großmutter ist nach Connys Schilderungen eine dominante Frau, die die Familie beherrscht. Der Großvater habe nach den Familienberichten an Asthma und unter Neurosen gelitten.

Die Mutter

Conny beschreibt ihre Mutter als "oft wütend und aufbrausend". Sie habe Unordnung und Unpünktlichkeit nicht ausstehen können. Sie zeige ihre Gefühle sehr direkt, sei oft traurig und klage viel. Sie sei gesellig und habe viele Freunde und lebe für ihren Haushalt. Sie sei in der Lage, ihre Freizeit zu genießen. Einerseits würde sie Conny laufend ermahnen, vorsichtiger zu sein und habe wenig Geduld mit ihr. Auf der anderen Seite sei sie sehr liebevoll und zärtlich. Conny sei sehr gerne mit ihr zusammen und stolz auf sie. Häufig sei die Mutter genervt. Sie habe hohe Ansprüche an Conny, die diese aber nicht immer erfüllen könne. Conny sei die wichtigste Bezugsperson für ihre Mutter.

Früher habe die Mutter ein niedriges Selbstbewußtsein besessen, sie sei häufiger depressiv gewesen. Die Mutter sei sehr leistungsbezogen und habe ein gutes Verhältnis zu ihren zwei jüngeren Schwestern. Geheiratet habe sie, um kein uneheliches Kind zu bekommen. Die Heirat sei sie aus einem Loyalitätsgefühl heraus "ihrer Familie schuldig" gewesen. Vor der Beziehung zu Connys Vater habe sie einen anderen Mann geliebt; als dieser vor ihren Eltern nicht zu ihr gestanden habe, sei die Beziehung auseinander gegangen. In späteren Jahren habe sie eine Beziehung zu einem anderen Mann gehabt. Ihr Vater habe diese außereheliche Beziehung erst spät bemerkt.

Der Vater

Bei der Geburt von Conny war er 21 Jahre alt. Conny beschreibt ihn als unsachlich, rechthaberisch, leistungsbezogen und schnell aggressiv. Er habe einerseits einen Minderwertigkeitskomplex, andererseits sei er sehr geschickt, zuverlässig und fleißig. Er habe "eine Profilneurose". Auf Conny sei er häufig wütend gewesen und voller Haß. Häufig habe er seinen Ärger an ihr ausgelassen, sie ermahnt, vorsichtig zu sein, viel verboten und kontrolliert. Zeit habe er nicht viel für sie gehabt. Andererseits sei er gerne mit ihr zusammengewesen. Er habe außer seiner Familie keine weiteren wichtigen Bezugsperson. Er leide darunter, nicht mehr aus sich gemacht zu haben. Seine Brüder hätten sich weiterentwickelt. In seiner Herkunftsfamilie sei ein Bruder der „Liebling“ und ihr Vater in der Rolle des schwarzen Schafes gewesen. Conny erzählt, dass sie bis zum Alter von elf Jahren in ihn verliebt gewesen sei. Später sei das Verhältnis zu ihm schwierig geworden. Mit ihm sei nicht zu diskutieren gewesen, und er habe sie oft "runtergemacht". In der Pubertät habe er ihr bei Auseinandersetzungen gefehlt. Sie beschreibe ihn als Familientyrannen, der immer im Mittelpunkt habe stehen wollen und der alle wichtigen Entscheidungen getroffen habe.

Connys Entwicklung

Ihre Schulzeit hat Conny überwiegend als angenehm in Erinnerung. Sie habe immer gute Freundinnen gehabt. In ihrer Kindheit habe sie unter verschiedenen Verhaltensstörungen gelitten. Ihre Eltern hätten ihren Berufswunsch nicht unterstützt. In ihrer Freizeit, dem Sport, sei sie sehr ehrgeizig.

Sexualität

In der Herkunftsfamilie sei es offen zugegangen; sie sei in sexuellen Dingen eher frei, habe ein befriedigendes Sexualleben, jedoch an Sexualität, so berichtet sie, kein Interesse. Im Laufe der Therapie wird von ihr eine mehrfache Vergewaltigung durch einen Freund angesprochen. Sie könne sich auch sonst gegenüber Männern nur schwer abgrenzen.

Sucht- und Essanamnese

Conny gibt an, sie rauche und trinke nicht. Sie habe gelegentlich Beruhigungsmittel genommen. Ab dem Alter von 16 Jahren habe sie sich bis auf 38 kg Gewicht herunter gehungert. Ihr damaliger Freund habe sie "angemacht", sie habe es ihm zeigen wollen und habe radikal abgenommen, indem sie nur vier Äpfel pro Tag gegessen habe. Bei Beginn der Behandlung erbricht sie ca. einmal pro Woche.

Selbstbeschreibung von Conny

Conny schätzt sich selbst als einen Menschen ein, der schlecht Nähe zulassen, sich nicht fallenlassen, jedoch Glück und Freude empfinden könne. Es gelänge ihr leicht, Kontakte zu knüpfen und sie sei in der Lage, Beziehungen aufrechtzuerhalten.

Körper

Sie lehnt ihren Bauch, ihre Hände, Brust und den Genitalbereich ihres Körpers stark ab. In ihrer Kindheit, so schildert sie, habe sie Normalgewicht gehabt.

Ihre Mutter habe sich immer als zu dick erlebt, und sie sei sehr eitel gewesen. Der Vater habe nicht auf seinen Körper geachtet, er habe immer eine gute Figur gehabt.

Das Essen in der Familie

Die einzelnen Familienmitglieder hätten häufig allein gegessen, aber "plötzlich sollte dann gemeinsam gegessen werden, um die Familienzugehörigkeit zu verbessern". Diese Mahlzeiten seien für Conny "Krampf" und "Falschheit" gewesen. Das Sonntagessen habe sie als "Show" erlebt. Ihr Vater habe bestimmt, was gegessen wurde, ihre Mutter habe die Mahlzeiten gekocht.

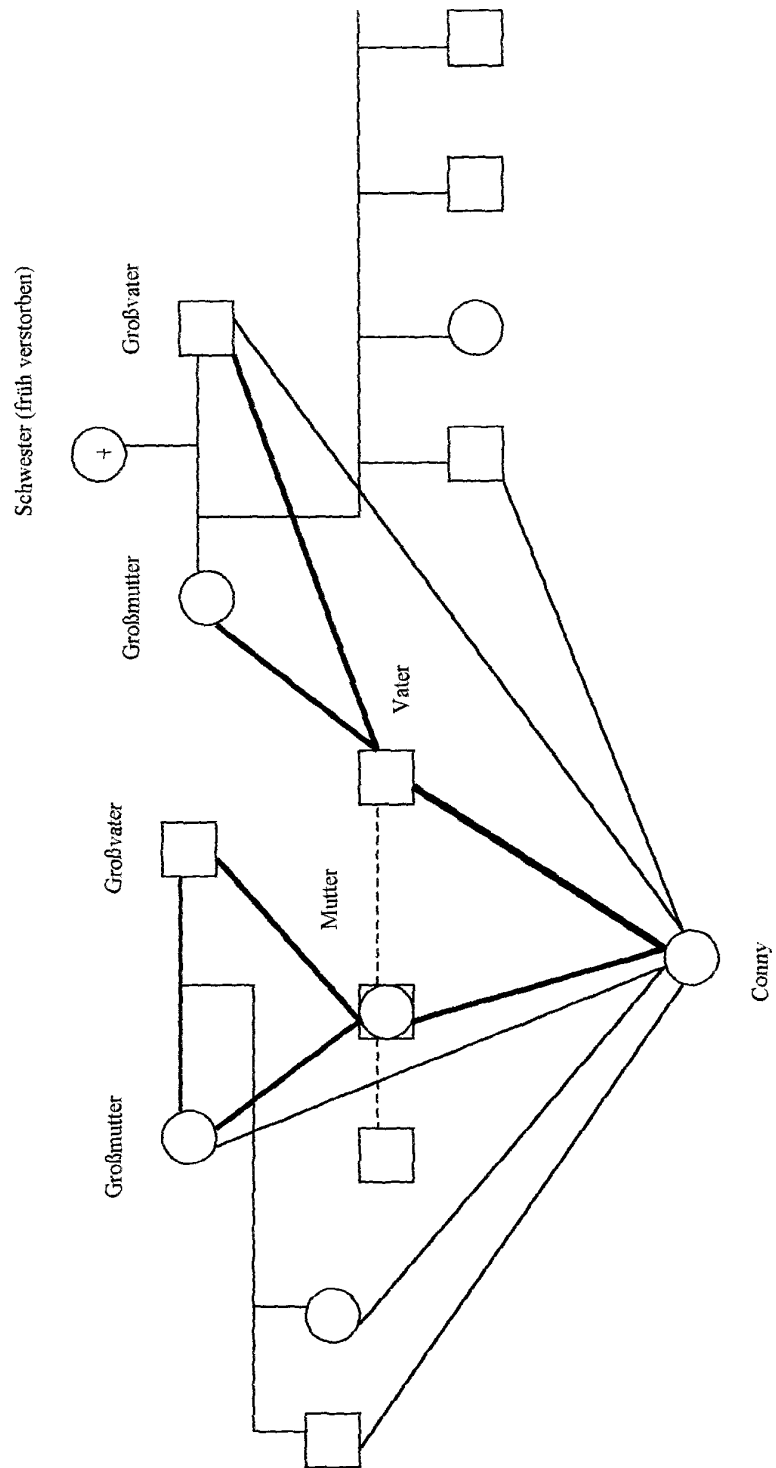


Abb. Nr. 22: Das Genogramm von Conny¹ (Ausschnitt)

¹ Das Genogramm wirkt visuell, als ob alles auf Conny zentriert sei. Die Mutter malt sie zunächst mit dem männlichen Symbol.

Zur Familie

In ihrer Kindheit habe die Familie in einer sehr engen Mietwohnung gelebt. Conny hat keine Geschwister. Sie erlebt sich als ein typisches Einzelkind und fügt hinzu, dass sie das älteste Enkelkind sei. Conny beschreibt, dass sie das Gefühl habe, manchmal kein richtiges Zuhause gehabt zu haben. Sie hätten in der Familie wenig Zeit füreinander gehabt und sich häufig gestritten. Die Ehe der Eltern sei mehrmals in Gefahr gewesen zu zerbrechen. Die Schwangerschaft ihrer Mutter sei in den Herkunftsfamilien tabu gewesen. Der Vater sei das "schwarze Schaf" der Familie gewesen. Eine wichtige Koalition habe zwischen der Mutter und Conny bestanden. Zum Teil sei Conny „überversorgt“ worden. Mit Conny seien wichtige Themen besprochen worden, die die Partnerschaft ihrer Eltern betrafen. Die Konfliktbewältigung sei in der Familie mangelhaft gewesen, Konflikte seien nicht gelöst worden. Eine gute Leistung in allen Lebensbereichen sei ein sehr wichtiges Thema in der Familie gewesen.

In allen drei Teilfamilien sei wichtig, dass nichts nach außen getragen werde. Es solle deutlich werden, dass die Familie "heil" sei. Die Frauen hätten sich von den Männern viel gefallen lassen. Dies zeige sich bereits in der Großelterngeneration. Der Austausch von Emotionen mit ihrem Vater sei sehr zurückhaltend, bei ihrer Mutter eher betont gewesen. Conny habe das Gefühl, bei ihren Eltern unerwünscht zu sein. Sie habe sich bemüht eine "ganz tolle Tochter" zu werden, indem sie besonders lieb gewesen sei und versucht habe, alle Leistungen zu erfüllen. Sie sei als Kind "nie ausgeflippt". Als Kleinkind sei sie oft bei ihrer Oma und ihren Tanten gewesen, von denen sie viel Zuwendung bekommen habe. Schon sehr früh habe sie nicht so werden wollen wie ihre Mutter. Kein Familienangehöriger sei für sie ein Vorbild gewesen. Sie habe in ihrer Familie Schwierigkeiten bei der Abgrenzung und beim Einfordern ihrer Rechte gehabt. Alle Angehörigen seien nach Connys Einschätzung - in ihrer Kindheit - überfordert gewesen. Sie beschreibt, dass ihr und allen Angehörigen der Umgang mit Aggressionen sehr schwergefallen sei. Sie habe in einem Auftragskonflikt gestanden: Für ihren Vater sollte sie auf der einen Seite eine interessante Frau werden, auf der anderen Seite sollte sie "bieder" sein. "Er wollte gleichzeitig, dass ich ausschließlich eine spießige Beziehung habe und einen Beruf erlerne." Conny konnte aus ihrer Sicht die vielfältigen Erwartungen der Familie nicht erfüllen. Eine Abgrenzung sei für sie über das Essen möglich gewesen.

Conny war nach meiner Interpretation ein Substitut für den Ehegatten ihrer Mutter. Die Beziehungen der Familie wurden von mir als verstrickt erlebt. Die Familie konnte sich m.E. nur unflexibel an verschiedene Situationen des Lebenslaufes und des Lebensalltags anpassen. In zwei mit der Familie geführten Gespräche wurde deutlich, dass möglichst

kein Familienmitglied direkt mit einem anderen Familienmitgliedern kommuniziert, sodass eine direkte Konfliktbewältigung verhindert wird.

10.2 Die visuelle Analyse des Genogramms

Die visuelle Analyse unterstützt die klinische und wissenschaftliche Genogrammarbeit, bei der ermöglicht wird, Verbindungslinien zwischen Gegenwart und Vergangenheit zu ziehen und Projektionslinien für die Zukunft zu entwerfen, sowie die Einbettung des Individuums in soziale Systeme aufzuzeigen. Dies geschieht nicht nur auf der verbalen Ebene. Für HEINL (1987/1988) stellen vor allem präverbale Kommunikationsmuster, die sich besonders in der visuellen Analyse zeigen, die Stile dar, über die eine unbewußte, unterschwellige Transmission wichtiger Konzepte (Selbst, Autonomie, Raum, Rollen und Beziehungsmodell sowie Lebenseinstellungen) von einer Generation zur anderen erfolgt.

HEINL (1988) geht davon aus, dass die Zeichnung und die Analyse eines Genogramms „Schwingungen“ auslösen, die bis tief in den Bereich früherer Lebenserfahrungen, einschließlich des vorsprachlichen Raumes, reichen können. In diesem Raum des frühen Selbst bilden sich im Zuge der Entwicklung des frühkindlichen Organismus die „unbewußten“ Substrate des "frühen" Genogramms. In der Kommunikation des Erwachsenen sind diese frühen Erfahrungen verwoben, die wahrzunehmen und zu entschlüsseln sind. Dieser sprachlose Raum findet einen Ausdruck in der visuellen Struktur eines Genogramms. Ein erstelltes Genogramm ist somit kein Zufallsprodukt, sondern eine subjektive, unbewußte Verschlüsselung von internalisierten Vorgängen. Die graphische Darstellung des Genogramms löst zudem durch das Betrachten des Bildes Assoziationen und bildhafte Metaphern aus. Mit diesen Assoziationen können wichtige familiäre Themen und Traditionen wahrgenommen und in das Gespräch gebracht werden.

Die visuelle Analyse erfolgt in der Regel über den ersten Gesamteindruck hin zu einer detaillierten Betrachtung. Eine visuelle Analyse kann die folgenden Aspekte aufnehmen und in die Kommunikation einbringen:

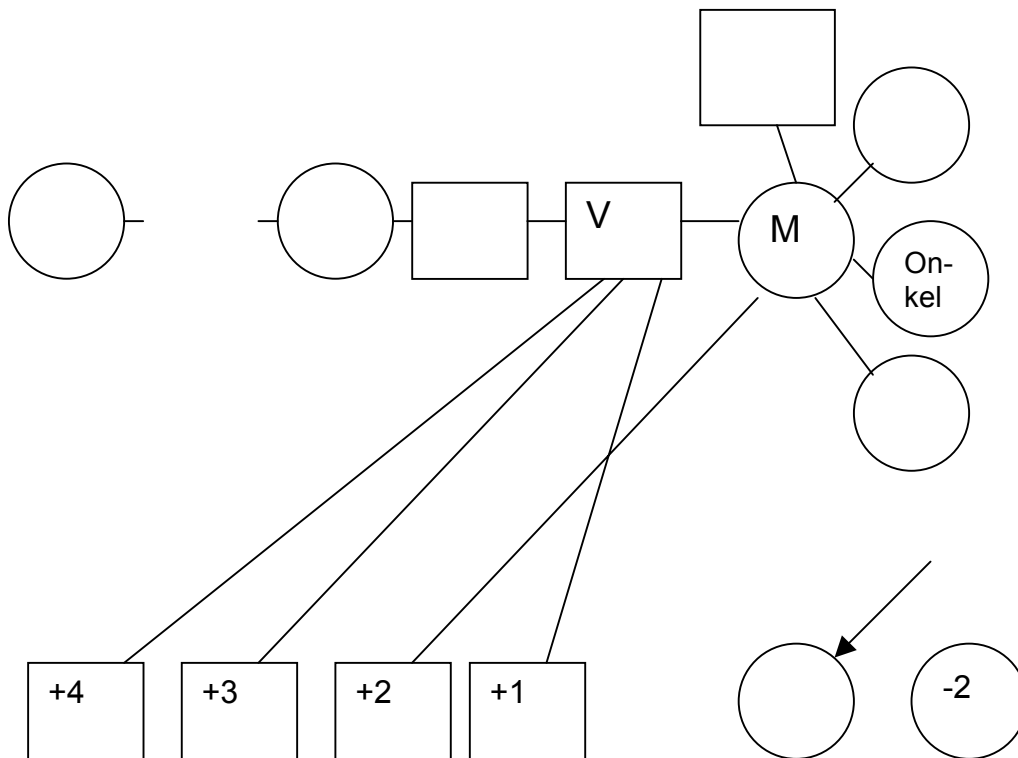
- Die Gewichtung und der Darstellungsstil des mütterlichen und väterlichen „Hauptastes des Stammbaums“ sind zu beachten.
- Subsegmente werden häufig vergrößert oder verkleinert eingezeichnet bzw. an den Rand gestellt.

- Im Genogramm spiegelt sich die Beziehung zwischen den Generationsebenen häufig im unterschiedlichen vertikalen Abstand wieder.
- Der Abstand auf der horizontalen Ebene im Bild stellt oftmals symbolisch Nähe und Distanz zwischen den Familienmitgliedern dar.
- Symbole für Familienbeziehungen werden häufig "nicht zufällig" verändert. Dies können Mehrfachlinien, fette Linien oder Auslassungen (z.B. das Fehlen von Scheidungssymbolen) u.a. sein. Diese Merkmale verdienen besondere Aufmerksamkeit.
- Die Symbole für Familienmitglieder werden häufig individuell abgewandelt. Mehrfach "passierte" es Klientinnen, dass sie sich als ein Viereck, d.h. als einen Mann malten. Möglich sind doppelte oder dreifache Darstellungen der gleichen Person, Auslassungen oder Akzentuierungen des Symbols (z.B. besondere Betonung durch Größenvariationen und "Füllen" des Symbols).
- Dem Entstehungsprozess des Genogramms kommt ebenfalls Bedeutung zu. Es ist zu beachten, mit welcher Person, welchem Familienteil, begonnen wird. Die Sequenz der Zeichnung steht oftmals für eine Bedeutungshierarchie, d.h. das erste gezeichnete Mitglied ist wahrscheinlich das „wichtigste“. Gleiches gilt für die „Äste“ des Genogramms.
- Manchmal werden Teile der Familien im Genogramm nicht miteinander verbunden.
- HEINL (1987) lässt Assoziationen und Metaphern sammeln, die das Genogramm auslöst. (Beispiele: die Metapher eines Dampfers, einer Lokomotive, eines Schmetterlings) Auch diese Assoziationen können Hinweise auf die Familienstruktur und die familiären Dysfunktionen geben.

Durch den Gebrauch von Farben kann das Genogramm differenzierter und plastischer gestaltet werden. Durch eine Lieblingsfarbe kann beispielsweise eine Person hervorgehoben werden. Die Erstellung des Genogramms kann durch weitere Methoden erweitert und vertieft werden (z. B. durch kreative Medien, Familienskulpturen und Familienfotos).

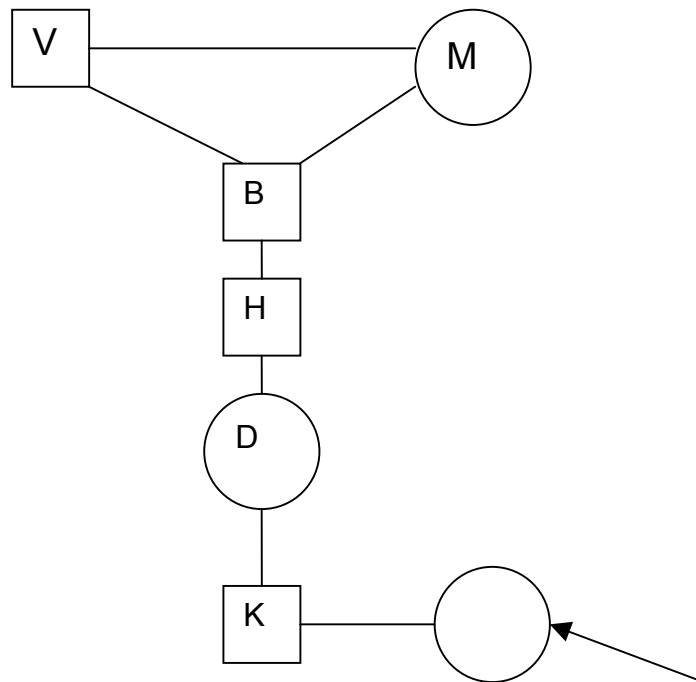
Um den Zusammenhang zwischen inhaltlicher Ebene und Gestaltung zu verdeutlichen, stelle ich zum Abschluß dieses Kapitels drei Ausschnitte von Genogrammen vor:

Beispiel 1: Das Genogramm von Marlene (Ausschnitt), Abb. Nr. 23:



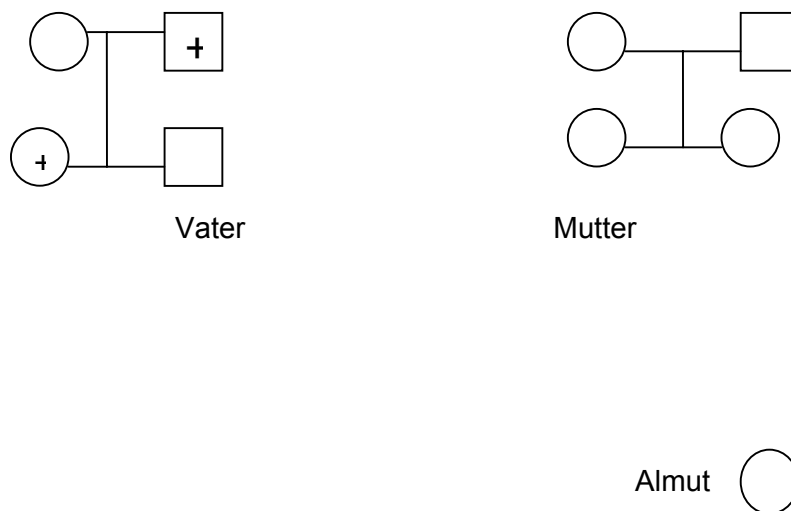
Im Genogramm von Marlene sind auf der Elternebene die Abstände zwischen den Geschwistern gering. Von Vater und Mutter gehen Verbindungslinien zu den Söhnen (nebeneinander aufgereiht unter dem Vater) und zu den Schwestern, die der Mutter zugeordnet sind. Diese Zuordnung verdeutlicht visuell die "Aufteilung" der Geschwister innerhalb der Familie. Von der Klientin Marlene (der Kreis rechts unten, ohne Bezeichnung) geht keine Verbindungslinien zum Vater oder zur Mutter. Die Zeichnung lässt eine Verstrickung der Mutter in deren Familiensystem vermuten. Auf der elterlichen Geschwisterebene fehlt eine sich später als bedeutsam erweisende Namensbezeichnung bei der Schwester des Vaters; des Weiteren wurde ein Bruder der Mutter mit dem Frauensymbol gezeichnet.

Beispiel 2: Das Genogramm von Sigrid (Ausschnitt) Abb. Nr. 24:



Das Lebensgefühl von Sigrid, der jüngsten Tochter, keinen Platz in der Familie zu haben und nicht erwünscht zu sein, drückt sich in der Zeichnung aus. In der vertikalen Reihenfolge der Geschwister ist auf dem Blatt kein Platz mehr, sodass sie sich an einen Bruder seitlich "dranhängt". Lebensgeschichtlich bedeutsam ist, dass dieser Bruder (vier Jahre früher geboren) als Kind im Alter von acht Monaten verstarb und sie sich als dessen "Ersatz" versteht.

Beispiel 3: Das Genogramm von Almut (Ausschnitt) Abb. Nr. 25:



Almuts Isolation in der Familie ist in der Zeichnung sichtbar. Almut versteht sich als nicht zugehörig zur Familie, sie bedauert dies.

10.3. Die Fragebögen

Im Folgenden werden die angewandten Fragebogen dokumentiert. (Die Auswahl und der Einsatz dieser Fragebögen wurde im Kapitel 7 begründet.) Als erstes wird das Skript zur Erstellung des Genogramms vorgestellt. Dieses Skript wurde mir von Herrn Prof. Dr. P. KAISER zur Verfügung gestellt und von mir modifiziert. Im Anschluß wird der Allgemeine Fragebogen dokumentiert. Einzelne Teile dieses Fragebogens (die Beschreibung der Eltern und der Herkunftsfamilie) wurden einem Fragebogen entnommen, der in der Fachklinik für Suchtkranke in Oldenburg zur Diagnostik eingesetzt wird. Zum Abschluß werden der Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen (EDI) und der Family Assessment Measure (FAM) von Prof. Dr. M. CIERPKA, einschließlich der Operationalisierungsskalen, angefügt.

10.3.1 Skript zur Erstellung der Genogramme

Name:

	Alter der Klientin	
Mutter	Alter bei Geburt der Kl.	
Vater	Alter bei Geburt der Kl.	
Mutter	Alter bei Geburt 1. Kind	
Vater	Alter bei Geburt 1. Kind	
Mutter	Alter bei Heirat	
Vater	Alter bei Heirat	

Familienform

Heute:

- ledig
- verheiratet, zusammen lebend
- verheiratet, getrennt lebend
- verwitwet
- geschieden

Früher:

Essprobleme:

Seit wann:

Vermehrt:

Diagnose:

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa restrictors | <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa bulimics |
| <input type="checkbox"/> Anorexie und Bulimie | <input type="checkbox"/> Bulimie mit früher Anorexie |
| <input type="checkbox"/> Latente Adipositas | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Illegale Drogen |
| <input type="checkbox"/> Politoxikomanie | |
| <input type="checkbox"/> Verschiedene Phasen von | |

Gegenwärtige Phase im Lebenszyklus

- Voreheliche Partnerschaft
- Frühe Ehe
- Erstes Kind
- Kind/er im Vorschulalter
- Kind/er im Schulalter
- Kind/er in der Pubertät
- Alleinlebend

Schule/Studium und Beruf

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in Schulausbildung | <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossen | <input type="checkbox"/> abgeschlossen |
| <input type="checkbox"/> abgebrochen | <input type="checkbox"/> abgebrochen |
| <input type="checkbox"/> keine Ausbildung | |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender | <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/Beamter | <input type="checkbox"/> mithelfender Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter | <input type="checkbox"/> Erwerbsloser |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter | <input type="checkbox"/> Schüler/Student |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosenhilfe | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |

Welche Geschwisterposition haben Sie und Ihre Angehörigen?

	Opa väterl.	Oma väterl.	Opa mütterl.	Oma mütterl.	Vater	Mutter	Sie selbst
Zahl der älteren Brüder							
Zahl der älteren Schwestern							
Zahl der jüngeren Brüder							
Zahl der jüngeren Schwestern							

Charakterisieren Sie hier kurz Ihre Angehörigen:

Angehörige Charakterisierung

wichtigste Bezugs-
Person(en) in der
Familie

Rollen/Aufg.
in der
Familie

Großeltern (v)

Großeltern (m)

Vater

Mutter

ich selbst

Angehörige	Lebenslauf	Kritische Lebens- situationen	Familienge- schichte
Großeltern (v)			
Großeltern (m)			
Vater			
Mutter			
Ich selbst			

Angehörige	Religion bzw. Weltanschauung	Familientraditionen
Großeltern (v)		
Großeltern (m)		
Vater		
Mutter		
Ich selbst		

Angehörige	Familiäre Geheimnisse	Mythen
Großeltern (v)		
Großeltern (m)		
Vater		
Mutter		
Ich selbst		

Beziehungen in der Kindheit

	Wurde hauptsächlich erzogen von	Enge Beziehung mit	Probleme mit	Grenzen verletzt durch
Klient				
Mutter				
Vater				
Geschwister				
Oma (v)				
Opa (v)				
Oma (m)				
Opa (m)				
Tante				
Onkel				
Sonstige				

Das Kind als **Substitut** für:

einen anderen Partner:

- für eine Elternfigur
- für einen Gatten
- für eine Geschwisterfigur

Das Kind als Substitut für einen Aspekt des elterlichen Selbst

- als Abbild schlechthin
- für das ideale Selbst
- für die negative Identität (Sündenbock)
- Das Kind wird ein umstrittener Bundesgenosse

Einschätzung der (Teil-)Familie:

Familiäre Regeln:

Rituale:

Loyalitäten:

Tabus:

Vermächtnisse:

Koalitionen:

Hierarchie (Macht, wichtige Entscheidungen zu treffen):

Zusammenhalt in der Familie

Anpassungsfähigkeit der Familie (Adaptabilität)

Sehr flexibel

sehr rigide

Austausch von Emotionen

Zurückhaltung

Betonung

Gegenseitige Bewertung

	Selbst	Partner	Tante	Onkel/ Onkelin	Oma	Opa	Vater	Mutter	Ge- schwist er
uneheliche Geburt									
Mussheirat									
Ungewolltes Kind									
Einzelkind									
positives Vorbild									
war Nazi									
polit. Verfolgt									
Verlust von Hab und Gut									
Paar- beziehung									
gut									
mittel									
schlecht									

Überfürsorge

Konfliktvermeidung/-bewältigung

Leistungsbewertung

Selbstaufopferung

Geschwister bevorzugt

Delegation

Auftragskonflikt

Loyalitätskonflikt

Innen- und Außenwelt

Wie wurde die Geschlechterrolle gelebt?

Wer unterstützte wen? (Pflege, finanziell, seelisch)

Sonstige Auffälligkeiten über Generationen:

Typische Kommunikationsabläufe

Hypothesen zur Funktion des Symptoms

Zu lösende Probleme

10.3.2 Der Allgemeine Fragebogen

Name:

Welchen Beruf üben ihre Angehörigen/Sie selbst aus (bitte ankreuzen)?

	Eltern Mutter	Eltern Vater	Vater	Mutter	Sie selbst	Ihr Partner
Arbeiter/einfacher Angestellter .o.ä.						
Mittlerer Angestellter/Beamter/ qualifizierter Handwerker o. ä.						
Selbständig Höherer Angestellter/ Beamter						
Leitende/Herausge- hobene Position im Beruf / freier Beruf						
Bauern						

Konfession/Religion:

Ich bin:

- protestantisch
- katholisch
- sonstige
- ohne Konfession

Religion bedeutet mir:

- viel
- recht wenig
- gar nichts

Verfassung der Mutter während der Schwangerschaft (soweit sie Ihnen bekannt ist):

Geburtsverlauf:

- keine Besonderheiten
- Zangengeburt

- Frühgeburt
- Kaiserschnitt
- Sonstiges, und zwar

Verhaltensstörungen in der Kindheit

- Stottern
- Bettnässen
- Daumen lutschen
- Fingernägel kauen
- Konzentrationsstörungen
- Schlafwandeln
- Nächtliche Ängste
- Schulleistungsstörungen
- Sonstige

Gesundheitszustand während der Kindheit

Zählen Sie die Krankheiten auf:

Gesundheitszustand während der Jugend

Zählen Sie die Krankheiten auf:

Chirurgische Operationen (welche und in welchem Alter?):

Ich habe bis zu meinem 10. Lebensjahr überwiegend zusammengelebt mit:

- Vater
- Mutter
- Geschwister
- Großeltern
- Sonstigen Verwandten
- Sonstigen Bekannten

Ich wohnte alleine oder mit meinen Angehörigen bis zu meinem 10. Lebensjahr überwiegend in:

- Einfamilienhaus
- Zweifamilienhaus
- Großer Bauernhof mit 3 und mehr Familien
- Kleiner Bauernhof mit 1 bis 2 Familien
- Mietwohnung
- Zimmer zur Untermiete
- Zimmer in Hotel/Pension
- Wohnung in Lager, Notunterkunft
- Obdachlosenasyl
- Kinder-/Jugendheim
- Sonstiges, und zwar

Bis zu meinem 10. Lebensjahr habe/n ich/wir

..... mal die Wohnung gewechselt

..... mal den Wohnort gewechselt

Beziehung zu Mitschülern und Lehrern

Folgende Aussagen treffen auf meine Schulzeit zu:

- Ich war in der Schule meistens alleine und hatte keine Freunde
- Meine Mitschüler haben mich gehänselt und ausgelacht
- Meine Mitschüler haben mich nicht gemocht
- Ich hatte immer ein paar gute Schulkameraden/Innen
- Sonstiges

Beziehung zu Lehrern

- Mit meinen Lehrern kam ich überwiegend gut klar
- Meine Lehrer gaben mir oft Strafarbeiten/Arrest
- Meine Lehrer waren oft ungerecht
- sonstiges

Insgesamt kann man über meine Schulzeit sagen:

- Ich habe sie schön und angenehm in Erinnerung
- Ich habe in der Schulzeit sehr viel Schlimmes erlebt
- Meine Eltern haben mich in Schuldingen gut unterstützt
- Ich habe wenig Unterstützung in Schuldingen erfahren
- In meiner Schulzeit habe ich viel Erfolg gehabt
- Ich habe sehr wenig Erfolge in meiner Schulzeit erlebt

Beziehungen zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule im Kindes- und Jugendalter:

Folgende Aussagen treffen auf meine Situation außerhalb der Schule (Freizeit ...) zu. (Falls sich die Situation während dieser Zeit stark verändert hat, machen Sie bitte Angaben für die letzten zwei Jahre ihrer Schulzeit.)

- Ich war meistens alleine
- Die anderen Kinder haben mich gehänselt und ausgelacht
- Die anderen Kinder haben mich nicht gemocht
- Ich hatte immer ein paar gute Freunde/Innen
- Ich war oft Mitglied einer Bande
- Ich war oft Anführer einer Bande
- Am besten kam ich mit Jungen klar
- Am besten kam ich mit Mädchen klar
- Da gab es keinen Unterschied
- Meistens waren die anderen Kinder älter als ich
- Meistens waren die anderen Kinder jünger als ich
- Im Allgemeinen waren sie gleichaltrig
- Sonstiges....

Berufswunsch

Nach der Schulzeit wollte ich eigentlich folgendes werden:

.....

Meine Eltern haben mich in diesem Wunsch

- unterstützt
- nicht unterstützt

Wohnsituation – heute:

Ich lebe:

- im Eigenheim
- in einer Mietwohnung
- zur Untermiete
- im Heim
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer therapeutisch betreuten Wohngemeinschaft

Ich habe in den letzten 3 Jahren überwiegend zusammengelebt mit:

- Vater
- Mutter
- Geschwister
- Großeltern
- Sonstige Verwandte
- Ehe-/PartnerIn
- Kindern
- Sonstige bekannte
- Wohngemeinschaft

Ich habe in den letzten 3 Jahren mit der Nachbarschaft

- viel Kontakt gehabt
- wenig Kontakt gehabt
- guten Kontakt gehabt
- schlechten Kontakt gehabt
- keinen Kontakt gehabt

In den letzten 3 Jahren habe ich (0 – x mal)

- mal die Wohnung gewechselt
- mal den Wohnort gewechselt

In den letzten 3 Jahren war ich mit Wohnung und Wohnlage

- überwiegend zufrieden
- überwiegend unzufrieden

Beschreibung der Herkunftsfamilie

Familien- atmosphäre	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch		ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch
Für meine Kindheit und Jugend trifft zu:					Problembewältigung				
▪ Ich hatte das Gefühl, dass ich nicht so recht in meine Familie gehöre	0	0	0	0	▪ In wichtigen fragen haben wir ruhig und sachlich miteinander gesprochen und vernünftige Entscheidungen gefällt.	0	0	0	0
▪ Manchmal kam es mir vor, als ob ich kein richtiges Zuhause hatte	0	0	0	0	▪ Wir waren als Familie gut imstande, größere Probleme zu bewältigen.	0	0	0	0
▪ Ich glaube, keiner von uns hatte das Gefühl, dass wir eine richtige Familie waren	0	0	0	0	▪ In unserer Familie herrschte Ruhe und Ordnung.	0	0	0	0
▪ Wir haben als Familie wenig Zeit füreinander gehabt	0	0	0	0	▪ Jeder von uns wußte, was er zu tun und zu lassen hat.	0	0	0	0
▪ Wir haben zu aufeinander gelebt	0	0	0	0					
▪ In wichtigen Fragen wurde die Meinung von jedem Familienmitglied berücksichtigt	0	0	0	0	Geschwister				
					▪ Ich habe keine Geschwister	0			
					Ich habe				
				 jüngere leibliche Geschwister				
				 ältere leibliche Geschwister				
				 jüngere Halbgeschwister				
				 ältere Halbgeschwister				
Ehe der Eltern									
▪ Meine Eltern stritten sich mehr als andere Leute	0	0	0	0					
▪ Meine Eltern waren oft nett, mitunter auch lieb und zärtlich zueinander, auch in meiner Gegenwart	0	0	0	0	▪ Wir haben uns gegenseitig meistens unterstützt.	0	0	0	0
▪ Die Ehe meiner Eltern war einmal (oder mehrmals) in Gefahr zu zerbrechen. Es war manchmal von Scheidung die Rede.	0	0	0	0	▪ Wir Geschwister haben untereinander gut zusammengehalten.	0	0	0	0
▪ Meine Eltern ergänzten sich gegenseitig gut, keiner hatte über den anderen eindeutig die Führung.	0	0	0	0	▪ Meine Geschwister haben mich häufig gehänselt und unterdrückt.	0	0	0	0
▪ Meine Eltern waren oft unterschiedlicher Meinung darüber, was ich tun und haben durfte und was nicht.	0	0	0	0	▪ Ich fühlte mich in meiner Kindheit und Jugend von meinen Geschwistern geliebt und anerkannt.	0	0	0	0
▪ Mein Vater konnte sich gegenüber meiner Mutter nicht so recht durchsetzen	0	0	0	0	▪ Ich mußte viel mit ihnen kämpfen. Ich hab mich viel über sie geärgert.	0	0	0	0
Kontakte nach außen									
▪ Wir haben wenig Kontakt zu Personen außerhalb unserer Familie gehabt.	0	0	0	0					

Mutter

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Sie ...	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch	In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Sie ...	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch
<ul style="list-style-type: none"> ▪ war klug und wußte viel ▪ war geschickt und tüchtig ▪ war zuverlässig und fleißig ▪ war oft wütend, aufbrausend ▪ konnte sich gut durchsetzen ▪ war streitsüchtig 	O	o	O	O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ war immer für mich da, wenn ich Probleme hatte ▪ war immer zuverlässig ▪ hatte wenig Geduld, wenn ich etwas nicht gleich konnte ▪ nahm sich viel Zeit für mich ▪ hat viel Angst um mich gehabt 	o	o	o	o
<p>In meiner Jugend und Kindheit trifft zu: Sie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ war ängstlich ▪ war ordentlich und genau ▪ konnte Unordnung, Unpünktlichkeit nicht ausstehen ▪ zeigte Gefühle sehr direkt ▪ war zuversichtlich und fröhlich ▪ war oft traurig, klagte viel ▪ hatte – glaube ich – häufiger Selbstmordgedanken 	o	o	o	o	<ul style="list-style-type: none"> ▪ machte viele Vorschriften, nach denen ich mich richten mußte ▪ achtete darauf, dass ich die Vorschriften einhielt ▪ kontrollierte fast alles, was ich tat ▪ verbot mir viel von dem, was ich vorhatte ▪ ermahnte mich ständig, vorsichtig zu sein 	o	o	o	o
<p>In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Sie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ war gegenüber anderen scheu, gehemmt und zurückhaltend ▪ war gesellig, hatte viele Freunde ▪ ließ sich oft ausnutzen, war sehr gutmütig ▪ war streitsüchtig und eigensinnig ▪ war mißtrauisch ▪ konnte sich gegen ihre Eltern nicht durchsetzen 	o	o	o	o	<p>In meiner Kindheit und Jugend traf zu: Sie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lobte mich häufiger ▪ hatte ständig an mir etwas auszusetzen ▪ war manchmal sehr nachsichtig, öfter wurde ich aber auch wegen einer Kleinigkeit bestraft ▪ strafte mich fast immer, wenn ich mich schlecht betragen hatte 	o	o	o	o
<p>Folgendes war in meiner Kindheit und Jugend wichtig für sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Religion ▪ für andere da sein ▪ ihre Arbeit ▪ bei anderen angesehen sein ▪ unsere Familie 	o	o	o	o	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gab mir das Gefühl, mich nicht mehr zu lieben, wenn ich etwas verkehrtes getan hatte ▪ schrie mich an, wenn ich etwas verkehrtes getan hatte ▪ schlug mich häufiger zur Strafe ▪ schlug mich häufiger grundlos ▪ hat mich gelegentlich grün und blau geschlagen 	o	o	o	o
<p>In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Sie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ konnte Probleme gut bewältigen ▪ konnte gut mit Geld umgehen ▪ war tüchtig im Beruf ▪ arbeitete sehr viel ▪ konnte gut Behördenangelegenheiten erledigen ▪ hat ihre Freizeit sehr genossen 	O	O	O	O	<p>In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Sie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ war zu mir liebevoll und zärtlich ▪ war zu mir kalt und feindselig ▪ war häufig wütend und voller Haß auf mich ▪ behandelte mich gleichgültig ▪ verwöhnte mich mit Geschenken ▪ war gern mit mir zusammen 	o	o	o	o

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu, so glaube ich: Sie ...				<ul style="list-style-type: none"> ▪ ließ oft ihren Ärger an mir aus ▪ wir hatten eine ziemlich vertrauensvolle Beziehung ▪ sie war sehr mit sich selbst oder ihrer Arbeit beschäftigt ▪ andere Personen (z. B. Großvater, Vater) standen zwischen uns ▪ Ich kann kaum etwas Gutes an ihr entdecken ▪ ich kann kaum eine Schwäche an ihr entdecken ▪ ich habe sie enttäuscht ▪ Ich war stolz auf sie ▪ Ich bin heute stolz auf sie. 	0	0	0	0
▪ war mit ihrem Leben zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	0	0	0
▪ war mit ihrer Arbeit zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	0	0	0
▪ war mit ihrer Ehe zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	0	0	0

Vater

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Er ...	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch	In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Er ...	ganz richtig	eher richtig	eher falsch	ganz falsch
▪ war klug und wußte viel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ war immer für mich da, wenn ich Probleme hatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war geschickt und tüchtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ war immer zuverlässig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war zuverlässig und fleißig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ hatte wenig Geduld, wenn ich etwas nicht gleich konnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war oft wütend, aufbrausend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ nahm sich viel Zeit für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ konnte sich gut durchsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ hat viel Angst um mich gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war streitsüchtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ machte viele Vorschriften, nach denen ich mich richten mußte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Jugend und Kindheit trifft zu: Er ...					▪ achtete darauf, dass ich die Vorschriften einhielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ kontrollierte fast alles, was ich tat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war ordentlich und genau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ verbot mir viel von dem, was ich vorhatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ konnte Unordnung, Unpünktlichkeit nicht ausstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ ermahnte mich ständig, vorsichtig zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ zeigte Gefühle sehr direkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In meiner Kindheit und Jugend traf zu: Er ...				
▪ war zuversichtlich und fröhlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ lobte mich häufiger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war oft traurig, klagte viel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ hatte ständig an mir etwas auszusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ hatte – glaube ich - häufiger Selbstmordgedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▪ war manchmal sehr nachsichtig, öfter wurde ich aber auch wegen einer Kleinigkeit bestraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Er					▪ strafte mich fast immer, wenn ich mich schlecht betragen hatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ war gegenüber anderen scheu, gehemmt und zurückhaltend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
▪ war gesellig, hatte viele Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
▪ ließ sich oft ausnutzen, war sehr gutmütig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
▪ war streitsüchtig und eigensinnig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
▪ war mißtrauisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
▪ konnte sich gegen ihre Eltern nicht durchsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Folgendes war in meiner Kindheit und Jugend wichtig für ihn:

- | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|
| ▪ Religion | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ für andere da sein | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ seine Arbeit | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ bei anderen angesehen sein | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ unsere Familie | 0 | 0 | 0 | 0 |

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Er ...

- | | | | | |
|------------------------------------------------|---|---|---|---|
| ▪ konnte Probleme gut bewältigen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ konnte gut mit Geld umgehen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war tüchtig im Beruf | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ arbeitete sehr viel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ konnte gut Behördenangelegenheiten erledigen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ hat seine Freizeit sehr genossen | 0 | 0 | 0 | 0 |

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu, so glaube ich: Er ...

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| ▪ war mit ihrem Leben zufrieden | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war mit ihrer Arbeit zufrieden | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war mit ihrer Ehe zufrieden | 0 | 0 | 0 | 0 |

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| ▪ gab mir das Gefühl, mich nicht mehr zu lieben, wenn ich etwas verkehrtes getan hatte | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ schrie mich an, wenn ich etwas verkehrtes getan hatte | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ schlug mich häufiger zur Strafe | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ schlug mich häufiger grundlos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ hat mich gelegentlich grün und blau geschlagen | 0 | 0 | 0 | 0 |

In meiner Kindheit und Jugend trifft zu: Er ...

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| ▪ war zu mir liebevoll und zärtlich | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war zu mir kalt und feindselig | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war häufig wütend und voller Haß auf mich | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ behandelte mich gleichgültig | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ verwöhnte mich mit Geschenken | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ war gern mit mir zusammen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ ließ oft ihren Ärger an mir aus | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ wir hatten eine ziemlich vertrauensvolle Beziehung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ er war sehr mit sich selbst oder ihrer Arbeit beschäftigt | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ andere Personen (z. B. Großvater, Mutter) standen zwischen uns | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ Ich kann kaum etwas Gutes an ihm entdecken | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ ich kann kaum eine Schwäche an ihm entdecken | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ ich habe ihn enttäuscht | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ Ich war stolz auf ihn | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ Ich bin heute stolz auf ihn. | 0 | 0 | 0 | 0 |

Geschwister

Beschreiben Sie auf den nächsten beiden Seiten Ihre Geschwister (bis zu 4).

Wenn Sie mehr als 4 Geschwister hatten, machen Sie unten Angaben zu den 4 Geschwistern, die ihnen am wichtigsten waren.

Name:

Es handelt sich um

- eine männliche Person
- eine weibliche Person

Wir hatten

- den gleichen Vater
- die gleiche Mutter
- weder noch

Er/Sie war

..... Jahre jünger als ich

- gleichaltrig
- Jahre älter als ich

Wir haben zusammengelebt von meinem

..... Lebensjahr

bis zum

..... Lebensjahr

Er/Sie hatte früher schwere Probleme:

- körperliche
- seelische
- Sucht
- sonstige

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan

Mein Gefühl für ihn/sie ist heute

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung

Name:

Es handelt sich um

- eine männliche Person
- eine weibliche Person

Wir hatten

- den gleichen Vater
- die gleiche Mutter
- weder noch

Er/Sie war

..... Jahre jünger als ich

- gleichaltrig
- Jahre älter als ich

Wir haben zusammengelebt von

Meinem Lebensjahr

bis zum

..... Lebensjahr

Er/Sie hatte früher schwere Probleme:

- körperliche
- seelische
- Sucht
- sonstige

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan

Mein Gefühl für ihn/sie ist heute

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung

- Gleichgültigkeit

Er/sie

- lebt noch
- starb vor Jahren
- ich habe den Tod bis heute nicht verwunden

Ich wünsche mir eine Änderung unserer Beziehung

- entfällt
- stimmt
- stimmt nicht

- Verachtung
- Gleichgültigkeit

Er/sie

- lebt noch
- starb vor Jahren
- ich habe den Tod bis heute nicht verwunden

Ich wünsche mir eine Änderung unserer Beziehung

- entfällt
- stimmt
- stimmt nicht

Kontakthäufigkeit

Häufigkeit	Freunde	Vater	Mutter	Geschwister	Schwiegermutter	Schwiegervater
Täglich						
Mehrmals pro Woche						
1x pro Woche						
1x pro Monat						
Mehrmals im Jahr						
1x pro Jahr						
Weniger als 1x pro Jahr						
Kein Kontakt						

Freizeit

Ich verbringe meine Freizeit zu einem großen Teil folgendermaßen (bis zu 3 Nennungen):

- | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allein | <input type="checkbox"/> Ich habe auch außerhalb meiner regulären Arbeit gearbeitet |
| <input type="checkbox"/> mit den Eltern | <input type="checkbox"/> Ich habe in Haus, Garten, Haushalt gearbeitet |
| <input type="checkbox"/> mit Geschwistern | <input type="checkbox"/> Sport |
| <input type="checkbox"/> mit sonstigen Verwandten | <input type="checkbox"/> Ich habe ein Hobby |
| <input type="checkbox"/> mit Freunden | |
| <input type="checkbox"/> mit Bekannten | |

- mit (Ehe-)PartnerIn betrieben und zwar:
- mit meinen Kindern
- in Vereinen
- in Lokalen, Kneipen usw.

Ich war in dieser Zeit mit meiner Freizeitgestaltung

- sehr zufrieden
- einigermaßen zufrieden
- sehr unzufrieden

Ich will künftig in meiner Freizeit etwas anderes machen als in den letzten Jahren:

- stimmt nicht
- stimmt, und zwar:

Strafbare Handlungen

- keine
- Verkehrsdelikte ohne Suchtmittel
- Verkehrsdelikte mit Suchtmittel
- Diebstahl
- Sonstige Delikte
- Gefängnisstrafe mit Bewährung
- Gefängnisstrafe ohne Bewährung

Suizidalität

- Ich habe manchmal Selbstmordgedanken
- Ich habe häufig Selbstmordgedanken
- Ich habe in meinem Leben einen Selbstmordversuch unternommen
- Ich habe in meinem Leben mehrere Selbstmordversuche unternommen
- Ich neige dazu, mich selbst zu verletzen, habe häufig Unfälle

Sexualität

In meiner **Herkunftsfamilie**

- ging es in sexuellen Dingen offen und frei zu,
- ging es in sexuellen Dingen sehr schamhaft zu,
- wurde über sexuelle Dinge nicht gesprochen.

Ich wurde im wesentlichen aufgeklärt durch:

- meine Eltern,
- nicht durch meine Eltern aber durch andere Erwachsene,
- durch Gleichaltrige, Bekannte oder Freunde,
- durch Bücher,
- durch die Schule,
- ich wurde völlig ungenügend aufgeklärt,

Wann wurden Sie sich zum ersten Mal Ihrer eigenen sexuellen Bedürfnisse bewußt?

Im Alter von Jahren

Hatten Sie im Zusammenhang mit Sex und Masturbation jemals irgendwelche Angst- oder Schuldgefühle (wenn ja, bitte näher ausführen):

- nein
- ja, und zwar:

Über meine Sexualität lässt sich folgendes sagen:

- Ich habe noch nie eine sexuelle Beziehung gehabt
- Ich habe früher sexuelle Probleme gehabt
- Ich fühle mich unsicher oder ängstlich in sexuellen Kontakten
- In sexuellen Dingen bin ich eher gehemmt
- In sexuellen Dingen bin ich eher frei
- Sexualität ist wichtig für mich
- Sexualität ist für mich eigentlich unwichtig
- Ich habe ein sehr unbefriedigendes Sexualleben
- Ich habe ein befriedigendes Sexualleben
- Ich habe ein sehr befriedigendes Sexualleben
- Ich habe an Sexuellen Dingen kein Interesse
- Ich habe gelegentlich homosexuelle Kontakte gehabt
- Ich habe regelmäßig homosexuelle Kontakte gehabt
- Ich habe sexuelle Vorstellungen, die mir unangenehm sind
- Meine Sexualität ist eher ungewöhnlich
- Ich habe häufiger sexuellen Kontakt, zu dem ich eigentlich keine Lust habe
- sonstiges

Suchtanamnese**Tabak**

Zigaretten Ja Nein Menge: Stck. pro Tag

sonstiges Ja nein Menge: Stck. pro Tag

keine

Alkohol

Bier Ja Nein Menge: l pro Tag

Wein Ja Nein Menge: l pro Tag

Schnaps Ja Nein Menge: l pro Tag

keinen

letzter Konsum:

erstmals mit Jahren

Abführmittel (Laxantien)

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Harttreibende Mittel (Diuretika)

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Appetitzügler

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Schmerzmittel

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Beruhigungsmittel

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Aufputzmittel

keine

letzte Einnahme Menge:

erstmals mit Jahren

Schlafmittel

keine

- letzte Einnahme Menge:
- erstmals mit Jahren

illegale Drogen

- keine
- welche:
- letzte Einnahme Menge:
- erstmals mit Jahren

- Ich verspiele gelegentlich größere Geldbeträge
- Ich bin spielsüchtig
- Ich kaufe häufig Dinge, die ich gar nicht brauche
- Ich habe gelegentlich Dinge gestohlen, die ich gar nicht brauche
- Ich habe häufig Dinge gestohlen, die ich gar nicht brauche

Suchtfolgen:

- schlechter Ernährungszustand
- Lebererkrankung
- Bewegungsstörungen
- Zittern, Schwitzen
- Delir, Anzahl, erstes vor Jahren
- Krampfanfälle, Anzahl, erster vor Jahren
- Filmrisse
- Einschränkungen von Auffassung, Konzentration, Aufmerksamkeit
- Sonstige körperliche Folgen, und zwar:
- Sonstige psychische folgen, und zwar:

Zeitlicher Verlauf bzgl. Wichtigstes Suchtmittel (Alkohol, Medikamente):

- Lebensjahr: Erste Suchtmittelleinnahme
- Lebensjahr: Erster Rausch
- L. Erstmals Zeichen der Abhängigkeit
- L. Erstmals Kontrollverlust
- L. Erstmals Unfähigkeit zur Abstinenz

Einschätzung der heutigen Familienatmosphäre:

	Ganz richtig	Eher richtig	Eher falsch	Ganz falsch
Ich hatte in den letzten Jahren das Gefühl, dass ich nicht so recht dazugehöre.				
Manchmal kommt es mir vor, als ob ich kein richtiges Zuhause habe.				
Ich glaube, keiner von uns hat das Gefühl, dass wir richtig zusammen gehören.				
Wir haben wenig Zeit füreinander.				
Wir leben zu eng aufeinander.				
In wichtigen Fragen wird die Meinung von jedem berücksichtigt.				
Wir haben wenig Kontakt zu Personen außerhalb.				
In wichtigen Fragen sprechen wir ruhig und sachlich miteinander und fällen vernünftige Entscheidungen.				
Wir sind gut imstande, größere Probleme zu bewältigen.				
Jeder von uns weiß, was er zu tun und zu lassen hat.				
Ich und mein Partner streiten und häufiger als andere Leute.				
Die Beziehung zu meinem Partner war einmal oder mehrmals in Gefahr zu zerbrechen.				
Mein Partner und ich ergänzen und gegenseitig gut, keiner hat über den anderen eindeutig die Führung.				

Angaben zum Partner

Machen Sie unten bitte Angaben zu Ihrer jetzigen Partnerschaft.

Wir leben seit meinemLebensjahr **Schule und Beruf** zusammen.

Er ist Jahre älter als ich

Er ist Jahre jünger als ich

Konfession meines Partners:

.....

Quantität des Kontaktes/Kinder

Wir leben seit meinem Lebensjahr zusammen

In dieser Zeit waren wir getrennt von meinem Lebensjahr bis zum Lebensjahr

Wir haben gemeinsame Kinder

Belastungen im Laufe ihres/seines Lebens

Er hatte im Leben zu leiden unter

- Armut
- Behinderung(en)
- schweren körperlichen Erkrankungen

Er ist noch Schüler(in)/Student(in) und besucht eine:

- Sonderschule
- Volksschule
- Realschule
- Gymnasium
- Fachhochschule, Universität

Er hat folgende Schule(n) besucht:

- Sonderschule
- Volksschule
- Realschule
- Gymnasium
- Fachhochschule, Universität

Er hat diese Schule(n)

- abgebrochen
- nicht abgebrochen

Er arbeitet überwiegend

- gar nicht (arbeitslos)
- gar nicht (Rentner/in)
- gar nicht (Hausfrau)

- schweren Erkrankungen an Geist und Seele
- schweren Krisen mit Selbstmordversuchen
- großen beruflichen Schwierigkeiten
- schlimmen Kriegserlebnissen
- großen Schwierigkeiten mit den Eltern
- großen Schwierigkeiten mit der Mutter
- einem Todesfall
- mehreren Todesfällen
- Gefängnisaufenthalt(en)
- Suchtproblemen
- schweren finanziellen Problemen
- sonstigen Problemen, und zwar:

.....

- Er leidet noch heute unter diesen Belastungen

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- Er/Sie hat mir schreckliche Dinge angetan

Mein Gefühl für ihn ist heute

- Gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- Ich komme von ihm/ihr innerlich nicht los, obwohl ich will
- wir haben eine ganz besondere, einmalige Beziehung

Ich wünsche mir eine Änderung unserer Beziehung

- entfällt
- stimmt
- stimmt nicht

- gar nicht (Schüler/in oder Student)
- als Auszubildende/r
- in einem nicht erlernten Beruf
- in einem erlernten Beruf

- als Arbeiter/in
- als Angestellte/r, Beamte/r
- als Selbständige/r

- in einem kleinen Betrieb
- in einem mittleren bis großen Betrieb

Während ihres/seines Lebens hat sich ihre/ seine Arbeitssituation

- nicht wesentlich verändert
- immer mehr verschlechtert
- immer mehr verbessert
- sehr häufig und wesentlich verändert

Er war/ist mit der Arbeitssituation

- überwiegend zufrieden
- überwiegend unzufrieden, und zwar wegen:

.....

Er führt ein völlig anderes Leben als

- ihre/seine Eltern
- ihre/seine Geschwister
- trifft nicht zu

Partnerschaften

Er lebte in insgesamt Partnerschaften oder Ehen von länger als einem Jahr.

Frühere Partnerschaften

Er war

..... Jahre jünger als ich

..... Jahre älter als ich

Wir haben gemeinsame Kinder

Wir haben zusammengelebt von meinem

..... Lebensjahr

bis zum

..... Lebensjahr

Er hatte früher schwere Probleme:

- körperliche
- seelische
- Sucht
- sonstige

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan

Mein Gefühl für ihn ist heute

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- ich komme von ihm/ihr innerlich nicht los, obwohl ich will
- wir haben eine ganz besondere, einmalige Beziehung

Kinder

Machen Sie unten bitte Angaben zu Ihren Kindern. Wenn Sie mehr als 4 Kinder haben, wählen sie 4 davon aus. (Wenn Sie keine Kinder haben, schreiben Sie unter „Name“ bitte „entfällt“.)

Name:

Name:

Es handelt sich um

- meinen Sohn/Stiefsohn
- meine Tochter/Stieftochter

Es handelt sich um

- meinen Sohn/Stiefsohn
- meine Tochter/Stieftochter

Er/Sie ist

- mein leibliches Kind
- mein Stiefkind

Er/Sie ist

- mein leibliches Kind
- mein Stiefkind

Wir haben zusammen gelebt von meinem

..... Lebensjahr

bis zum

..... Lebensjahr

Wir haben zusammen gelebt von meinem

..... Lebensjahr

bis zum

..... Lebensjahr

Er/Sie hatte früher schwere Probleme;

- körperliche
- seelische
- Sucht
- sonstige

Er/Sie hatte früher schwere Probleme;

- körperliche
- seelische
- Sucht
- sonstige

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan
- Abstand

Mein Gefühl für ihn/sie war früher

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan
- Abstand

Mein Gefühl für ihn/sie ist heute

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan
- Abstand

Mein Gefühl für ihn/sie ist heute

- gleichmäßig
- sehr wechselhaft
- Liebe
- Haß
- Angst
- Bewunderung
- Verachtung
- Gleichgültigkeit
- er/sie hat mir schreckliche Dinge angetan
- Abstand

Er/Sie

- lebt noch
- starb vor Jahren
- ich habe den Tod bis heute nicht verwunden

Er/Sie

- lebt noch
- starb vor Jahren
- ich habe den Tod bis heute nicht verwunden

Ich wünsche mir eine Änderung unserer Beziehung

- entfällt
- stimmt
- stimmt nicht

Ich wünsche mir eine Änderung unserer Beziehung

- entfällt
- stimmt
- stimmt nicht

Selbsteinschätzung

- Mit der Art und Weise, mit mir selbst umzugehen, bin ich

1 2 3 4 5

sehr zufrieden sehr unzufrieden.

- Aggressionen offen zu zeigen fällt mir

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Kontakte anzuknüpfen fällt mir

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Beziehungen aufrechtzuerhalten

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Meine Interessen durchzusetzen fällt mir

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Nähe zuzulassen fällt mir

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

Mich richtig fallen zu lassen fällt mir

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Freude und Glück empfinde ich

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

- Vollständig entspannen kann ich mich

1 2 3 4 5

sehr leicht sehr schwer.

Gewicht

	Unter- gewicht	Ideal- gewicht	Normal- gewicht	Überge- wicht	Deutliches Übergewi.	Körperlich bedroh- liches Übergewi.
1 Jahr						
3 Jahre						
6 Jahre						
12 Jahre						
15 Jahre						
18 Jahre						
21 Jahre						
24 Jahre						
27 Jahre						
30 Jahre						
33 Jahre						
36 Jahre						
Großvater						
Großmut.						
Großvater						
Großmut.						
Vater						
Mutter						
Geschwis- ter						
Sonstige						

Mein höchstes **Gewicht** während des vergangenen Jahres kg.

Mein niedrigstes Gewicht während des vergangenen Jahres kg.

Bestehen bei Ihnen häufig Schwankungen zwischen Gewichtszu- und –abnahme?

Wenn ja, wie groß sind diese?kg.

Sie sind Ihrer Meinung nach im Augenblick

- stark untergewichtig
- etwas untergewichtig
- normalgewichtig
- etwas übergewichtig
- stark übergewichtig

Welches Gewicht hätten Sie gerne (einmal abgesehen von Meinungen und Ratschlägen anderer)?

..... kg.

Diäten

Welche:

Seit wann:

Welcher „Erfolg“:

Bisherige Methoden zur Kontrolle Ihres Gewichtes:

- Diäten
- Appetitzügler
- Abführmittel
- Entwässerungsmittel
- Klistier
- Erbrechen
- Anderes

Aktuell bevorzugte Methode:

Seit wann:

Was soll bei Ihrem Essverhalten geändert werden?

Regelblutung

Erste Regelblutung mit Jahren

Heute: ja nein

Auslösende Situation/en bei Alkohol und/oder Essstörungen

Ich habe vermehrt getrunken oder bin „Rückfällig“ geworden in folgenden Situationen:

- wenn ich mich langweilte
- wenn ich mich alleine fühlte
- wenn niemand zu Hause war
- wenn ich traurig war
- wenn ich wütend war
- wenn ich mich geärgert hatte
- wenn ich meine Hemmungen überwinden wollte
- wenn ich Angst hatte
- um mich ganz allgemein wohler zu fühlen
- um mich zu entspannen
- um mich ein wenig zu verwöhnen
- wenn ich sexuelle Schwierigkeiten überwinden wollte

Wenn ich Schwierigkeiten

- mit dem Partner hatte
- mit den Kindern hatte
- mit Vater oder Mutter hatte
- im Beruf oder Haushalt hatte
- mit sonstigen Personen hatte, dabei handelte es sich um

Es gab ein bestimmtes Ereignis, seitdem ich vermehrt Suchtmittel einnahm:

- ein Todesfall, denn 19.. starb:
- die Trennung von einem Partner, bzw. Ehescheidung
- 19.. trennte ich mich von
- Ich wurde schwer krank, hatte einen schweren Unfall, das war 19.. , und zwar
-
- ein sonstiges Ereignis, denn 19.. ereignete sich

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. Nr.		S.
Abb. 1	Triviale und nicht-triviale Systeme	51
Abb. 2	Sozialisationstheoretisches Modell der Belastungs- Bewältigungs-Prozesse	101
Abb. 3	Beobachten: Unterscheiden und Bezeichnen	212
Abb. 4	Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit	214
Abb. 5	Symptombildung: Typ 1.2	217
Abb. 6	Symptombildung: Typ 2.1	218
Abb. 7	Symptombildung: Typ 2.2	218
Abb. 8	Symptombildung: Typ 3.1	220
Abb. 9	Modell des zentral-nervösen Informationsverarbei- Tungsprozesses	227
Abb. 10	Fokussierung systemtheoretischer Ansätze - „Blick durchs Teleskop“	231
Abb. 11	Modell: Formen der Essstörungen	234
Abb. 12	Der große Gesundheitsglobus	322
Abb. 13	Multiperspektivistischer Theorieansatz der Betrachtung der Phänomene Essstörungen und Multiple Süchte	326
Abb. 14	Säulen des qualitativen Denkens	342
Abb. 15	Symbolsprache des Genogramms	354
Abb. 16	Gewichtsverläufe	399
Abb. 17	Das Genogramm von Anne	488
Abb. 18	Familienantwortbogen Bulimie	496
Abb. 19	Selbstbeurteilungsbogen Bulimie	497
Abb. 20	Das Genogramm von Helga	530
Abb. 21	Das Genogramm von Edith	541
Abb. 22	Das Genogramm von Conny	544
Abb. 23	Das Genogramm von Marlene	548
Abb. 24	Das Genogramm von Sigrid	549
Abb. 25	Das Genogramm von Almut	549

Tab. Nr.		S.
Tab. 1	Die Broca Formel	230
Tab. 2	Das Alter der Klientinnen	372
Tab. 3	Angaben über die Süchte der Angehörigen	376
Tab. 4	Die soziale Stellung der Angehörigen	379
Tab. 5	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	382
Tab. 6	Schulbesuch der Klientinnen	383
Tab. 7	Der berufliche Status der Klientinnen	385
Tab. 8	Selbsteinschätzung des Gewichts	391
Tab. 9	Sexuelle Gewalterfahrungen	402
Tab. 10	Aspekte der Kind-Eltern-Beziehungen	417
Tab. 11	Ehe der Eltern	422
Tab. 12	Geschwisterpositionen	429
Tab. 13	Geschwisterbeziehungen	430
Tab. 14	Kontakthäufigkeit	435
Tab. 15	Umgang mit familiären Konflikten	449
Tab. 16	Krankheiten der Bulimieklientinnen und ihrer Angehörigen	479
Tab. 17	Anzahl der Krankheiten der Familienmitglieder	482
Tab. 18	Auswertung des EDI	493
Tab. 19	Übersicht der "Familienmerkmale"	503

Literatur- und Quellenverzeichnis

- ACKERMANN, NATHAN W. u.a.: Familientherapie, Theorie und Praxis. Reinbek 1975.
- ADAMASZEK MONIKA: Leibliches Befinden in Familienkontexten. Oldenburg 1996.
- ALBRECHT, KLAUS-PETER: Familien"krankheit" Alkoholismus. Oldenburg 1992.
- ALIABADI, CHRISTIANE u. LEHNIG, WOLFGANG: Wenn Essen zur Sucht wird - Ursachen, Erscheinungsformen u. Therapie von Essstörungen. 3. Auflage München 1985.
- AMENDT, GERHARD: Ignorant in die Welt gezwungen. Die Tageszeitung, 18.05.1990.
- AMENDT GERHARD und SCHWARZ: Das Leben unerwünschter Kinder. Bremen 1990.
- AMMANN, ALEX: Familientherapie - Ein Überblick. In: Neue Formen der Psychotherapie, (Hrsg.), Psychologie Heute. Weinheim, Basel 1980.
- ANTONOVSKY, AARON: Health, stress and coping. London, San Francisco 1979.
- ARNDT, BUCHHOLZ U. A. (Hrsg.): Magazin Trans: Hungern, Hungern. München. o.J..
- ASCHENBACH, GÜNTER u. KEMPF, WILHELM (Hrsg.): Methodenprobleme in der Psychotherapieforschung. Eschborn 1985.
- BAECKER, DIRK: Kybernetik zweiter Ordnung. In: SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke, Heinz von Foerster. Frankfurt, 1996, 17-24.
- BACHMANN, MEINOLF: Alkoholismus, Magersucht und Bulimie nervosa – Parallelen bei der Krankheitsgenese und dem therapeutischen Vorgehen. Unveröffentlichte Inaugural Dissertation. Gütersloh 1990.
- BADURA, BERNHARD u. STRODTHOLZ, PETRA: Soziologische Grundannahmen der Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, KLAUS u. LAASER, ULRICH (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuwied, Neuausgabe 1998, 145 - 174.
- BAEHR, CARLOTTA: Psychosoziale Ursachen und Hintergründe bei Magersucht. (Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Emden) Oldenburg 1988.
- BARABAS, FRIEDRICH K.: Die Familie. Eine Einführung in Soziologie und Recht. Weinheim, München 1994.
- BARALDI, CLAUDIO / CORSI, GIANCARLO / ESPOSITO, ELENA: GLU. Glossar zu NIKLAS LUHMANN'S Theorie sozialer Systeme. Frankfurt a. M. 1997.
- BATESON, GREGORY: Geist und Natur. Frankfurt 1982.
- BATESON, GREGORY: Ökologie des Geistes. Frankfurt a. M., 3.Aufl. 1990.
- BATTEGAY, RAYMOND: Die Hungerkrankheiten - Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen. Berlin, Stuttgart, Wien 1982.
- BAUMGARTEL, FRANK: Konzepte, Methoden und Ergebnisse der Familiendiagnostik. In: MINSEL, WOLF R. u. SCHELLER, REINHOLD (Hrsg.): Brennpunkte der Klinischen Psychologie - Diagnostik. München 1983.
- BASTIAN, TILL: Eigensinn hält gesund. In: Psychologie heute, Mai 2000, 20 - 25.
- BECK, ULRICH: Risikogesellschaft. Frankfurt a. M. 1986.
- BECKER, KUNI: Die perfekte Frau und ihr Geheimnis. Ess- und Brechsucht. Reinbek 1994.

- BECKMANN, JAN P.: Einführung in die Erkenntnistheorie. Fernuniversität Hagen, Hagen 1983.
- BENGEL, JÜRGEN / STRITTMATTER / REGINE, WILLMANN, HILDEGARD: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogene - Diskussionsstand und Stellenwert. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998.
- BERGER, M.: Zum Stand der Bulimieforschung. In: *Fundamenta Psychiatrica* 1/1980, 12 - 19.
- BESEMS, THIJS: Integrative Therapie als Ansatz zu einer "kritischen" Gestalttherapie. In: *Integrative Therapie*, Paderborn 1977, 187 - 194.
- BESEMS, THIJS: Gesellschaft und Arbeit als Schwerpunkte der Therapie – Konsequenzen und psychotherapeutische Strategien. In: *Integrative Therapie*, Paderborn 1977, H. 1, 3 -19.
- BESEMS, THIJS u. VAN VUGT, GERRY: *Wo Worte nicht reichen*. München 1980.
- BEUSHAUSEN, JÜRGEN: Wenn nicht nur das Essen gestört ist. In: *Partner Magazin*, Oktober / November 1996, 36 - 40.
- BIALY, JEANETTE VON u. BIALY VON V., HELMUT: *Siebenmal Perls auf einen Streich. Die klassische Gestalttherapie im Überblick*. Paderborn, 1998.
- BICK, ROLF: *Gestalt und System*. In: *Sozial Extra*, 1987, H. 1.
- BIEN, WALTER u. NEYER, F.J.: Wer gehört zur Familie. In: *Psychologie heute*, März 1993.
- BILDEN, HELGA: *Geschlechtsspezifische Sozialisation*. In: *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 279 - 302.
- BILITZA, KLAUS: Vom Objekt zum Subjekt in der Psychotherapieforschung. In: *Integrative Therapie*, Paderborn 1981, H. 4, 263 - 291.
- BISLER, WOLFGANG: *Familie und Gesellschaftsstruktur – soziologische und anthropologische Überlegungen zu Chancen und Risiken des Menschen und seiner Gesellschaft*. Skript einer Vorlesung an der Kath. Fachhochschule Osnabrück, Sommersemester 1977.
- BLANCK, BETTINA: *Magersucht in der Literatur*. Frankfurt 1984.
- BLANCK, RUBIN und BLANCK, GERTRUDE: *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart 1985.
- BLUM, WOLFGANG: Einstein zum Trotz: Chaos regiert die Welt. In: *Die Tageszeitung*, 18.7.1990.
- BÖHNISCH, LOTHAR, LENZ, K.: (Hrsg.) *Familien: Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim 1997.
- BÖHNISCH, LOTHAR: *Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung*. Weinheim und München 2001.
- BOHNSACK, RALF: *Interaktion und Kommunikation*. In: KORTE, H., SCHÄFERS, B. (Hrsg.): *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie*. Opladen 1992.
- BOERDIEU, PIERRE: Über die Vorherrschaft des Mannes. In: *Le Monde Diplomatique*, *Die Tageszeitung*, WOZ, August 1998.
- BOSCOLO, L., CECCHIN G., HOFFMAN L., PENN P.: *Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell*. Dortmund 1988.
- BOSCH, MARIA: *Strukturell- und entwicklungsorientierte Familientherapie innerhalb der humanistischen Psychotherapie*. In: SCHNEIDER, KRISTINE: *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn 1983.

- BOSCH, MARIA: Diagnosegrundlagen in der strukturell- und entwicklungsorientierten Familientherapie. In: BRUNNER, EWALD (Hrsg.): Eine ganz alltägliche Familie. München 1983.
- BOSCH, MARIA u. ULLRICH, WOLFGANG (Hrsg.): Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach VIRGINIA SATIR. Paderborn 1989.
- BOSELTMANN, RAINER: Wie sich Psychodrama und Familientherapie ergänzen. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. o.O. 1986, Vol. 21, 278 - 284.
- BOSKIND-WHITE, MARLENE u. WHITE, WILLIAM: Bulimarexia, The Binge-Purge Cycle. New York 1987.
- BOSZORMENYI-NAGY, IVAN: Psychical Dynamics and Relational Dynamics (unveröffentlichter Vortrag), Göttingen 1983.
- BOSZORMENYI-NAGY IVAN, SPARK, GERALDINE M.: Unsichtbare Bindungen. New York 1973, Stuttgart 1981.
- BRAKHOFF, JUTTA (Hrsg.): Essstörungen. Freiburg 1985.
- BRAND-JACOBI, JOHANNES: Bulimia nervosa: Ein Syndrom süchtigen Eßverhaltens. In: Psychotherapie und Psychologie. Stuttgart, New York 1984, H. 34, 151 - 160.
- BRADSHAW, JOHN: Familiengeheimnisse. München 1997.
- BRÄUTIGAM, WALTER u. CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin. Stuttgart 1975.
- BRÄUTIGAM, WALTER: Reaktionen - Neurosen - abnorme Persönlichkeiten. Stuttgart 1978.
- BREDE, KAROLA: Problemstellungen in der Psychosomatischen Medizin. In: BREDE, K.: Einführung in die Psychosomatische Medizin: Klinische u. theoretische Beiträge. 2. überarb. Aufl. 1993, 9 - 37.
- BREM-GRÄSER, LUITGARD: Familien in Tieren. München, Basel 1975.
- BRENTROP, MARTIN: Drogengebraucher werden gebraucht – oder: Wer ist eigentlich süchtig? In: Kontext, 27,2, 1996, 166 - 175.
- BREUER, CORDULA: Anorexia nervosa - Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen. Dortmund 1983.
- BROWN, JUDITH: Der Gestaltansatz mit Familien. In: SCHNEIDER KRISTINE: Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- BRUCH, HILDE: Der goldene Käfig. Frankfurt 1985.
- BRUCH, HILDE: Das verhungerte Selbst. Gespräche mit Magersüchtigen. Frankfurt a. M. 1991.
- BRUCH, HILDE: The treatment of eating disorders. Mayo Clinic Proceedings 51, 266 - 272.
- BRÜCK, BRIGITTE u. a.: Feministische Soziologie. Eine Einführung. Frankfurt a. M., New York 1992.
- BRÜHL, DIETER: A terra era bossa vida. Armut und Familie in Nordost-brasilien. Frankfurt a.M. 1989.
- BRÜHL, DIETER: Sozialisation und Erziehung in der Familie. Vorlesung an der Universität Oldenburg, SS 2000.
- BRUNNER, EWALD (Hrsg.): Eine ganz alltägliche Familie. München 1983.
- BRUNNER, EWALD: Vom Radikalen Konstruktivismus zum Kritischen Konstruktivismus. In: Zeitschrift für systemische Therapie, April 1988.
- BRUNNER, EWALD: Einige Überlegungen zu einer Theorie u. Methodologie systemischer Therapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie. April 1988.

- BRUNNER, EWALD u. LENZ, G.: Was veranlaßt ein Klientensystem zu sprunghaften Veränderungen? Ein Erklärungsversuch aus der Perspektive der Selbstorganisationstheorie. In: System Familie, H.1 (Januar) 1993, 1 - 9.
- BRUNNER, EVELYN und FRANKE, ALEXA: Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg.: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS), Hamm 1997.
- BUBER, MARTIN: Ich und Du. Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1958,
- BUCHHOLZ, MICHAEL: Psychoanalytische Familientherapie. In: SCHNEIDER KRISTINE: Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- BUCHHOLZ, MICHAEL: Perspektiven einer hermeneutischen Familienforschung. In: Familiendynamik 1990.
- BUCHHOLZ, MICHAEL: Hermeneutik und/oder Systemtheorie. In: System Familie, Heft 3, 1990, 23 - 36.
- BUCHHOLZ, MICHAEL: Die unbewußte Familie. Berlin, Heidelberg 1990.
- BUDDEBERG, CLAUS u. BUDDEBERG, BARBARA: Familientherapie bei Anorexia nervosa. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen 1979.
- BUDDEBERG CLAUS u. BUDDEBERG BARBARA: Familienkonflikte als Kollusion - eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen, Zürich 1982.
- BUDDEBERG, CLAUS: Von der Partnerwahl zum Paarkonflikt. Kassel o.J.
- BUDDEBERG, CLAUS u. FISCHER, B.: Therapie der Anorexia nervosa. In: System Familie, H. 3 1990, 23 - 36.
- BUNDESMINISTER für JUGEND, FAMILIE und GESUNDHEIT (Hrsg.): Interdisziplinäre Therapie der Adipositas. Forschungsbericht 1985.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Fünfter Familienbericht. Bonn 1995.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie. Stuttgart, Berlin, Köln, B. 108, 4. Aufl. 1997.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Bonn 1998.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE ;SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND: Frauen in der BRD. Bonn 1998.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND. ENGSTLER, HERIBERT (Hrsg.): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Bonn, 5. Aufl. 1999.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Bonn 2001.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Bulimie – Magersucht – Ess-Sucht. Köln o.J..
- CAMPBELL THOMAS L.: Familie und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In: KRÖGER, FRIEDEBERT / HENDRISCHKE, ASKAN / McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000, 225-241.

- CAPRA, FRITJOF: Wendezeit - Bausteine für ein neues Weltbild. Bern, München, Wien 1982.
- CASPER, R.C. u.a.: Bulimia its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry. Heft 37 1980, 1030 - 1035.
- CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York 1987.
- CIERPKA, MANFRED: Fragebogeninventare als diagnostische Hilfe. In: CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York 1987. 213 -231.
- CIERPKA, MANFRED: Der theoretische Hintergrund und die klinische Anwendung des FAM III. In: CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York 1987, 282 - 302.
- CIERPKA, MANFRED u. RAHM, R. u. SCHULZ H.: Die Testgütekriterien des "Family Assessment Measure" (FAM-Version III). In: CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Methoden in der Familienforschung. Berlin, Heidelberg, New York, 1987.
- CIERPKA, MANFRED u. NORDMANN, E: Wie normal ist die Normalfamilie. Empirische Untersuchungen. Berlin, Heidelberg, New York 1988.
- CIERPKA, MANFRED: Persönliche Lebensläufe und familiärer Kontext. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 1989, H. 34, 165 - 173.
- CIERPKA, MANFRED: Anleitungsheft FAM, Der Familien-Einschätzungsbogen. Universität Ulm, o.J.
- CIERPKA, MANFRED: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen. Berlin, Heidelberg 1990.
- CIERPKA, MANFRED: Der Forscher in uns. Ergebnisse aus der Familienforschung. In: Kontext, Nr.: 21/22, 1992, 53 - 62.
- CIOMPI, LUC: Affektgesteuerte Wirklichkeitskonstruktion im Alltag, Wissenschaft und Psychopathologie. In: FISCHER, H. R. u. SCHMIDT S. J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 207 - 216.
- CIOTTI, GIOVANNI: Ein kognitiv – interpersonales Verständnis der Bulimia nervosa. In: KÄMMERER ANETTE u. KLINGENSPOR BARBARA (Hrsg.): Bulimie. Stuttgart 1989, 31 - 48.
- CLAESSENS, DIETER u. MILLHOFER, PETRA (Hrsg.): Familiensoziologie - Ein Reader zur Einführung. Frankfurt 1973.
- COLLMANN, BIRGIT: Die Macht der Pathologie und die Pathologie der Macht. In: Integrative Therapie, 3/1993, 278 - 293.
- CREMERIUS, JOHANNES: Zur Theorie und Praxis der psychosomatischen Medizin. Frankfurt 1978
- DANA, MIRA: Das Spiegelbild und die Grenzen des Selbst. In: LAWRENCE M. (Hrsg.): Satt, aber hungrig. Reinbek 1989.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS): Süchtiges Verhalten, Band 27, Hamm 1985.
- DEUTSCHES JUGENDINSTITUT (Hrsg.): GAISER, W. u.a.: Familienalltag. Reinbek 1989.
- DEEGENER, GÜNTHER: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa. In: Praxis der Kinderpsychologie. Nov./Dez. 1982, 291 - 297.
- DEGEN, ROLF: Dünn wie ein Strich und rein wie ein Engel. In: Psychologie Heute. Sonderband: "Die Körper die wir sind". o.J.
- DICK, RUDOLF: Pathogenetische Faktoren zur Entstehung der Adipositas. Frankfurt 1983.

- DILLING, HORST, MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto 1991.
- DÖRNER, KLAUS u. PLOG, URSULA: Irren ist menschlich. Rehburg-Loccum 1982.
- DOWLING, COLETTE: Perfekte Frauen. Frankfurt 1989.
- DROLSHAGEN, EBBA D.: Der maßgeschneiderte Körper. In: Psychologie Heute, Heft 6, 1990.
- DÜHRSEN, ANNEMARIE: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1976.
- DÜR, WOLFGANG: Systemtheorie sensu Luhmann. Eine Einführung. In: RICHTER, RUDOLF: Soziologische Paradigmen. Wien 1997, 104 - 134.
- DUNARD, ANNELIE: Der sexuelle Mißbrauch von Kindern im Kontext von Familie und Gesellschaft. In: Kontext, Nr. 23, 2/97, 6 - 14.
- DURKHEIM, EMILE: Der Selbstmord. Neuwied 1973.
- DUSS-VON WERDT, JOSEF u. WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE: Der Familienmensch. Systemisches Denken und Handeln in der Therapie. Stuttgart 1980.
- ECO, UMBERTO: Zeichen – Einführung in einen Begriff und seine Geschichte. Frankfurt a. M. 1977.
- ECO, UMBERTO: Semiotik – Entwurf einer Theorie der Zeichen. München 1987.
- EDWARDS, GILL: Magersucht und Familie. In: LAWRENCE M. (Hrsg.): Satt aber hungrig – Frauen und Essstörungen. Reinbek 1989.
- EIßING, MARIA / WÄLTE, DIETER / KRÖGER, FRIEDBERT: Der kleine Unterschied? Eine Untersuchung zur geschlechtstypischen Wahrnehmung in Eßstörungen- und nichtklinischen Familien. In: System Familie 1999, 12, 25 - 31.
- ERICKSON, GERALD D.: Gegen den Strich - Die Familientherapie gehört nicht ins Zentrum. In: Familiendynamik 1990.
- ERNST, HEIKO: Das Stressparadox. In: Psychologie Heute, Juli 2000, 20 - 27.
- EUGSTER, RETO: Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern, Stuttgart, Wien 2000.
- FEIEREIS, HUBERT: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München 1989.
- FEIEREIS, HUBERT: Psychosomatische Therapie der Bulimie. In: Musiktherapeutische Umschau. H. 10, 1989, 90 - 104.
- FEIEREIS, HUBERT: Bulimia nervosa. In: UEXKÜLL, THURE VON: Psychosomatische Medizin. 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimore 1996, 616 - 636.
- FELTEN, DAVID: Wie Gedanken und Gefühle das Immunsystem beeinflussen. Interview in Psychologie Heute. Mai 1994, 32 - 40.
- FEUERLEIN, WILHELM / KRASNEY, O. / TESCHKE, R.: Alkoholismus. Eine Information für Ärzte. Hrsg.. DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS), Hamm, neu bearbeitet 1995.
- FIETKAU, BERND: Ein ganzheitliches Menschenbild als Kern einer integrativen Therapie. In: PETZOLD, HILARION (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn 1982.
- FINZER, P. / HAFFNER, J. / MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Nr. 5/98, 302 - 313.

- FISCHER-WITTMANN, RENATE: Die besondere Herausforderung des Symptoms "Sucht" für (systemische) Therapeuten. In: BOSCH, MARIA u. ULLRICH, WOLFGANG (Hrsg.): Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach VIRGINIA SATIR. Paderborn 1989. Paderborn 1989, 127 - 156.
- FISCHER, HANS RUDI: Von der Wirklichkeit des Konstruktivismus zu den Weisen der Welterzeugung – Zur Einführung. In: FISCHER, H. R. u. SCHMIDT S.J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 13 - 28.
- FISCHER, GOTTFRIED u. WARTH, BERNHARD: Handlungskausalität und zirkuläres Denken - Systemtherapie versus Psychoanalyse. In: Psyche, Heft 4, 1989.
- FLOYD, DELORIS. S. u. FLOYD, W.-A.: Bulimia: The secretive cycle of shame/superiority. In: Cottage Psychological Clinic, Bowling Green, Ky. Journal-of-Harman-Behavior-and Learning. 1985 VOL2 (1).
- FOERSTER, HEINZ VON: Entdecken oder Erfinden. Wie lässt sich Verstehen verstehen? In: Einführung in den Konstruktivismus. Hsg.: GUMIN, HEINZ und MEIER, HEINRICH. München 1992, 41 - 88.
- FOERSTER, HEINZ VON: „Es gibt keine Wahrheit - nur Verantwortung“. Interview mit W. MÖLLER-STREITBÖRGER. In: Psychologie Heute. März 1994, 64 - 68.
- FOERSTER, HEINZ VON: Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. 3. Aufl., Frankfurt, 1996.
- FOERSTER, HEINZ VON: Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen: Eine Selbsterschaffung in 7 Tagen. Hrsg.: MÜLLER, ALBRECHT u. MÜLLER, KARL. H., Wien 1997.
- FOERSTER, HEINZ VON: „In jedem Augenblick kann ich entscheiden, wer ich bin...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 19 - 48.
- FRANKE, ALEXA: Frauen: Gestörte Selbstwahrnehmung. In: Psychologie Heute, Heft 6, 1989.
- FRANKE, ALEXA: Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Heft 1, 1991.
- FRANKE, ALEXA: Anorexie-Krankheit zum Tode oder Hoffnung auf ein gesundes Leben. In: „Die unerträgliche Schwere des weiblichen Seins.“ Frauenspezifische Fachtagung zum Thema Essstörungen. Köln, 2. Aufl., 1994, 38 - 49.
- FRANKE, ALRXA: Essstörungen aus suchtspezifischer Perspektive. In: Jahrbuch Sucht 95, Hrsg.: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHT-GEFAHREN, Hamm 1994, 125 - 137.
- FRANKFURTER ZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN E.V. (Hrsg.): Schriftreihe 1/1991. Frankfurt a.M., 8, 1991.
- FREY, REGINA u. DINGLER, HANNES: Was ist Gender? taz, 16/17.9.2000, VI.
- FRIEDRICHS, WILHELM: Magersucht - Ursachen, Therapie, Bericht einer Arbeitsgruppe. In: Frau und Sucht - Beobachtungen, Erfahrungen, Therapieansätze. Hamm 1981.
- FRILLING, MARIANNE: Rollenübernahme von Kindern in einem Familiensystem. In: Fachtagung der Niedersächsischen Landesstelle gegen Suchtgefahren, 1986.
- FRIEDRICHS, JÜRGEN: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen, 14. Auflage, 1990.

- FUCHS, PETER: Man muß schmunzeln können. (über N. LUHMANN) TAZ, 14/15.11.1998.
- FUCHS, PETER: Liebe, Sex und solche Sachen. Zur Konstruktion moderner Intimsysteme. Konstanz 1999.
- FUCHS, PETER: Intervention und Erfahrung. Frankfurt a.M. 1999.
- FURSLAND, ANNIE: Eva wird verleumdet: Essen, Sexualität und weibliche Scham. In: LAWRENCE, MARILYN (Hrsg.): Satt aber hungrig - Frauen und Essstörungen. Reinbek 1989.
- GARFINKEL, PAUL E. u. GARNER, DAVID. M.: Anorexia nervosa. A multi-dimensional perspective. New York 1982.
- GAST, LILLI: Magersucht! Der Gang durch den Spiegel. Pfaffenweiler 1985.
- GAISER, WOLFGANG / MAYR-KLEFFEL, VERENA / MÜLLER, HANS-ULRICH: Jugendliche im Elternhaus – Zwischen Anpassung und eigenem Leben. Familienalltag. Ein Report des Deutschen Jugendinstituts. Reinbek 1989.
- GEO: Hirnforschung. Knubbel der Erinnerung. GEO MAGAZIN, 1/2000, 174 -175.
- GEORGI, HANS, LEVOLT, TOM, WEDEKIND ERHARD: Familientherapie. Mannheim 1990.
- GERHARDT, UTA: Krankheit und Familie. In : NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED: Handbuch Familienforschung. Neuwied /Frankfurt a. M. 1989, 559 - 575.
- GERHARDT, UTA: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt a. M. 1991.
- GERLINGHOFF, MONIKA, ANGENENDT, JÖRG, STEIDTE, BIRGIT: Stationäre Kurztherapie der Anorexia und Bulimia nervosa. In: Psycho 1988, 14 (7), 506 - 514.
- GERLINGHOFF, MONIKA: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Jahrbuch Sucht 97. Hrsg. : DHS, Hamm 1996, 73 - 81.
- GESTALTBULLETIN 7. Jahrgang (1987), H. 1. Düsseldorf.
- GEULEN, DIETER: Die historische Entwicklung sozialisationstheoretischer Ansätze. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. (Hrsg.): HURRELMANN K. u. ULICH D., 4. völlig neubearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 21 - 96.
- GIEGEL, HANS-JOACHIM: Interpenetration und reflexive Bestimmung des Verhältnisses von psychischem und sozialem System. In: HAFERKAMP, H. u. SCHMID, M.: Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung. Frankfurt a. M, 1987, 212 - 246.
- GILGENMANN, KLAUS: Sozialisation, Individuation, Reflexion. Psychische Voraussetzungen der Verwirklichung pädagogischer Absichten. Vortrag in Hamburg, Juni 1991, www. Uni Osnabrück.
- GLASERSFELD, ERNST VON: Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Einführung in den Konstruktivismus. Hrsg.: GUMIN, HEINZ und MEIER, HEINRICH, München 1992, 9 - 40.
- GLASERSFELD, ERNST VON: Konstruktivismus und Unterricht. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 2. Jahrg., Heft 4/1999, 499 - 506.
- GÖCKEL, RENATE: Eßsucht oder die Scheu vor dem Leben. Eine exemplarische Therapie. Reinbek 1988.
- GÖSSCHEN, JOSEF: Konstruktivismus. <http://www.uni-koblenz.de/ods/jgroe/-konstruktivismus.def.htm>, 175.1999.
- GÖTZ-KÜHNE; CORNELIA: Gestörtes Essverhalten. Mit Schuldgefühlen abgespeist. In: Zeitschrift Partner 4/92.

- GOLDBRUNNER, HANS: Arbeit mit Problemfamilien. Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit. 2. Auflage. Mainz 1990.
- GOLEMAN, DANIEL u. BENNET-GOLEMAN, TARA: "Bei mir biste scheen..." In: Psychologie Heute, Heft 6, 1990.
- GLOMP, INGRID: Nur noch Haut und Knochen. In: Psychologie heute, Mai 2001, 44 - 49.
- GRESCHIK, STEFAN: Das Chaos und seine Ordnung. Einführung in komplexe Systeme. München 1998.
- GRIESE, HARTMUT M. (Hrsg.): Sozialisation im Erwachsenenalter. Weinheim, Basel 1979.
- GRÖNE, MARGRET: Bulimie. Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie. 2. Auflage. Heidelberg 1997.
- GROTH, THORSTEN: Wie systemtheoretisch ist „Systemische Organisationsberatung“? Münster 1996.
- GRUBITZSCH SIEGFRIED u. REXILIUS, GÜNTER: Testtheorie - Testpraxis. Reinbek 1978.
- GULDNER, CLAUDE: Mehrfamilien-Psychodramatherapie. In: Psychodrama. Mai 1989, 13 - 26.
- GUNTERN, GOTTLIEB: Systemtherapie. In: SCHNEIDER, K.: Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- GURIN, JOEL: Jeder hat einen kritischen Punkt. In: Psychologie Heute. H. 12, 1989.
- HAAVIO-MANNILA, ELINA u. HOLMILA, MARJA: Familie und Alkoholismus. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED: Handbuch der Familienforschung. Neuwied/Frankfurt a. M. 1989, 595 - 606.
- HABERMAS, JÜRGEN: Theorie des kommunikativen Handelns. B.1 u.2, Frankfurt a. M. 1981.
- HABERMAS, TILMANN u. MÜLLER; M.: Das Bulimie-Syndrom. o. O. 1986, 322 - 331.
- HABERMAS TILMANN u.a.: Ist die Bulimie eine Sucht? In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik. 1987, 137 - 146.
- HABERMAS, TILMANN: Heißhunger. Frankfurt 1990.
- HAFERKAMP, HANS u. SCHMID, MICHAEL: Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung. Frankfurt a. M. 1987
- HÄNSEL, DIETMAR: Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa und Suchtmittelabhängigkeit. In: DHS (Hrsg.), Hamm 1985, Bd. 27, 177 - 183.
- HÄNSEL, DIETMAR: Ess-Störungen - Die Bedeutung des Problems, Übersicht zu den Erscheinungen. In: BRAKHOF JUTTA (Hrsg.): Essstörungen. Freiburg 1985.
- HALEY, JAY: Ablöseprobleme Jugendlicher. In: Familientherapie. München 1981.
- HEBEL VON, A., HEBEL VON, M., JANTZEN, W.: Anorexia nervosa in Psychogenese und Psychotherapie. In: Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie. Köln 1986
- HEIGL-EWERS, ANNELIESE: Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken - Wege zur Kooperation. Kassel 1988.
- HEIGL-EWERS, ANNELIESE u. STANDKE, GERHARD: Die Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, H. 38, 1989, 372 - 376.

- HEIGL-EWERS, ANNELIESE u. STANDKE, GERHARD: Sachbericht zum Forschungsprojekt Selbsterleben u. Objektbeziehungen von Alkoholkranken. In: Suchtgefahren, H. 35, 1989, 191 - 202.
- HEINL, PETER: Die Interaktionsskulptur. In: Integrative Therapie. H. 12, 1986. 77 - 109.
- HEINL, PETER: Die Technik der visuellen Analyse von Genogrammen. In: Familiendynamik, 1987.
- HEINL, PETER: Kontext und Kommunikation: Koordinaten des Genogramms (Familienstammbaums). In: Integrative Therapie. H. 4, 1988, 365 - 375.
- HEINL, PETER: „Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg...“ Seelische Wunden aus der Kriegskindheit. München 1994.
- HEINTEL, PETER u. HUBER, JAKOB: Aktionsforschung - Theorieaspekte und Anwendungsprobleme. In: Gruppendynamik. H. 6, 1978.
- HELAS, IRENE u. REIM, THOMAS: Lebensgeschichte, Weiterbildung und Professionalisierung. In: HEIGL-EWERS, ANNELIESE u.a. (Hrsg.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken. Wege zur Kooperation? Kassel 1988.
- HEINZE, THOMAS: Qualitative Sozialforschung: Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. 2. erw. Auflage, Opladen 1992.
- HEJL, PETER M.: Zum Begriff des Individuums. Bemerkungen zum ungeklärten Verhältnis von Psychologie und Soziologie. In SCHIEPEK, GÜNTER: Systeme erkennen Systeme. München, Weinheim 1987.
- HEJL, PETER M.: Konstruktion der sozialen Konstruktion. Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie. In: Einführung in den Konstruktivismus. Hrsg.: GUMIN, HEINZ und MEIER, Heinrich, München 1992, 109-146.
- HERMANN, OTTO: Sucht und Psyche. Freiburg 1981.
- HERZOG, WALTER: Die wissenschaftliche Problematik in der Integration psychotherapeutischer Methoden. In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn 1982.
- HERZOG, WOLFGANG u. SCHWEITZER, JOCHEN: Anorexia nervosa – Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. Familiendynamik, Heft 2, April 1994, 182 – 187.
- HILDENBRAND, BRUNO: Qualitative Forschung in der Systemischen Therapie. In: System Familie 1998, 11:112 - 119.
- HIRSCH, MATHIAS: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexia und Bulimie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. H. 38, 1989, 78 - 82.
- HOFFMANN, LYNN: Grundlagen der Familientherapie. Hamburg 1984.
- HOPF, CHRISTEL u. MÜLLER, WALTER: Zur Entwicklung der empirischen Sozialforschung in der Bundesrepublik Deutschland. In: SCHÄFERS, BERNHARD (Hrsg.): Soziologie in Deutschland. Opladen 1995, 51 - 74.
- HORSTKOTTE-HÖCKER, ELLEN: Eß-Brech-Sucht und weiblicher Lebenszusammenhang im Patriarchat. Pfaffenweiler 1987.
- HOSEMANN, DAGMAR: Kontextgebundenheit familientherapeutischer Forschung. In: Kontext, Nr.: 21/22, 1992, 63 - 69.
- HUBER, ANDREAS: Chaos: Die Welt als Vielfalt in der Unordnung. Psychologie Heute, August 1993, 58 - 66.
- HUMMEL, PETER u. BIEGE-ROSENKRANZ, GUDRUN: Anorexia nervosa in der zweiten Generation? - Eine Fallstudie. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1989. H. 38, 372 - 376.

- HUININK, JOHANNES: Orientierung Soziologie. Was sie kann, was sie will. Reinbek 2001.
- HURRELMANN, KLAUS: Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung . In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. HURRELMANN u. D. ULICH (Hrsg.), 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 189 - 214.
- HURRELMANN, KLAUS u. ULICH, DIETER: Gegenstands-Methodenfragen der Sozialisationsforschung. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. HURRELMANN u. D. ULICH (Hrsg.), 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 3 - 20.
- HURRELMANN, KLAUS: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. 3. Auflage. Weinheim, München 1994.
- HURRELMANN, KLAUS u. LAASER, ULRICH: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, K. u. LAASER, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuwied, Neuausg. 1998, 17 - 45.
- HURRELMANN, KLAUS: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim u. München 2000.
- HÜRTER, ALBERT: Familiäre Bewältigung chronischer Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter. In : Kontext, 25-1, 1994, 56 - 73.
- IMW KÖLN: Spezielle Problembelastungen und Problembewältigungen in der Gruppe der 20 - 60jährigen Frauen. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bonn, November 1982.
- JACOBI, CORINNA: Mythen im Alkoholismuskonzept. In: Ernährungsumschau 34. Jg. (1987), H. 18, 262 - 266.
- JÄGER, REINHOLD S.: Biographische Analyse. In: MINSEL, W. u. SCHELLER, R.: Brennpunkte der klinischen Psychologie-Diagnose. München 1983.
- JOAS, HANS: Rollen- und Interaktionstheorien in der Sozialisationsforschung. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. 4. Auflage. Weinheim, Basel 1991, 137 - 152.
- JORASCHKY, PETER u. CIERPKA, MANFRED: Zur Diagnostik der Grenzstörungen. In: CIERPKA (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg 1988, 112 - 130.
- JORASCHKY, PETER u. CIERPKA, MANFRED: Von der geteilten zur ungeteilten Konstruktion der Realität. In: Familiendynamik. Berlin, Heidelberg 1988.
- JUCHEM, JOHANN GEORG: Grundlagen der Soziologie: Zeichentheorien. Fernuniversität Hagen, Hagen 1985.
- JÜTTEMANN, GERD (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. o.O. 1983.
- KAISER, PETER: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Heidelberg 1989.
- KAISER, PETER: Partnerwahl im Kontext der Mehrgenerationenfamilie. Universität Oldenburg 1991.
- KAISER, PETER: Psycho-Logik helfender Institutionen: Beiträge zu einer besseren Nutzerfreundlichkeit der Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen. Heidelberg 1993.
- KAUFMANN, E. u. KAUFMANN P.N.: Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg 1983.

- KAUFMANN, RUDOLF, A.: Die Familienrekonstruktion. Heidelberg 1990.
- KEEN, SAM: Die Mythen unseres Lebens. In: Psychologie Heute, Mai 1989.
- KEIL, ANNELIE: Gesundheit ist mehr.... In: Impulse 5/April 1988.
- KELLER, MARTINA: Schwindende Lebenskraft. In: Die Woche, 23. 7.1999, 24.
- KEUP, HEINER: Sozialisation durch psychosoziale Praxis. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. HURREMANN u. D. ULICH (Hrsg.), 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Weinheim, Basel, 1991.
- KERNBERG, OTTO F.: Psychodynamische Therapie bei Borderline – Patienten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1993.
- KIESELBACH, DORIS: Bulimarexie als zusätzliche Sucht bei Alkohol- und/oder medikamentenabhängigen Frauen. In: BRAKHOFF J. (Hrsg.): Essstörungen. Freiburg 1985.
- KLÄMMERER, ANNETTE u. KLINGENSPOR, BARBARA (Hrsg.): Bulimie - Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Stuttgart 1989.
- KLESSMANN, EDDA u. KLESSMANN HORST - ALFRED: Anorexia nervosa - eine therapeutische Beziehungsfalle. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen, Zürich, Oktober 1983.
- KLESSMANN, EDDA u. TERGS, U.: Ambulante Behandlung bei Anorexia nervosa. In: Deutsche Hautstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Band 27. Hamm 1985.
- KLESSMANN, EDDA u. KLESSMANN, HORST - ALFRED: Heiliges Fasten - heilloses Fressen. Bern, Stuttgart, Toronto 1988.
- KLESSMANN, EDDA: Abendländischer Kulturboden - geistiger Nährboden für anorektisches Verhalten? In: Musiktherapeutische Umschau, Heft 20, 1989, 180 - 182.
- KLOTTER, CHRISTOPH: Wie dick ist zu dick? Interview in: Die Woche, 26.5.2000, 42.
- KNISCHEWESKI, ERNST: Diagnostik und Therapie bei Suchtkranken. Kassel o.J..
- KOCH, KLAUS: Wie krank sind Dicke wirklich? In: Die Woche, 14.8.1998, 22 -23.
- KÖHLE, KARL / SIMONS, CLAUDIA / JUNG, KRISTINA: Anorexia nervosa. In: UEXKÜLL, THURE VON: Psychosomatische Medizin. 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimore 1996, 549 - 615.
- KÖRKEL, JOACHIM (Hrsg.): Praxis der Rückfallbehandlung. Wuppertal 1998.
- KÖRKEL, JOACHIM: Kontrolliertes Trinken. Ein Programm für Alkoholiker? Interview in: Suchtreport 6/2000, 5 - 11.
- KOHLI, MARTIN: Sozialisation und Lebenslauf – Eine neue Perspektive für die Sozialisationsforschung. In: GRIESE, HARTMUT M. (Hrsg.): Sozialisation im Erwachsenenalter. Weinheim, Basel 1979.
- KOHLI, MARTIN: Lebenslauftheoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 303 - 320.
- KOLIP, PETRA: Familie und Gesundheit. In: HURRELMANN, KLAUS u. LAASER, ULRICH (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuwied, Neuausgabe 1998, 497 - 517.
- KREBS; BARBARA: Essstörungen. In: Jahrbuch Sucht. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Geesthacht 1993, 192 - 203.
- KREMER, JÜRGEN W.: Plädoyer für eine Debatte um einen Gesundheitsbegriff. Musiktherapeutische Umschau 1982, 3, 21 - 28.

- KREPPNER, KURT: Familiäre Sozialisation. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED (Hrsg.): Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 289 - 309.
- KREPPNER, KURT: Sozialisation in der Familie. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. HURRELMANN u. D. ULICH (Hrsg.): 4. völlig neubearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 321 - 334.
- KREPPNER, KURT: Familienentwicklung als Gegenstand der Forschung I. Soziohistorische Trends der Familienentwicklung. In: Kontext, Nr. 25 –1/94, 74 - 89.
- KREPPNER, KURT: Familienentwicklung als Gegenstand der Forschung II. Entwicklung innerhalb der Familie. In: Kontext, Nr. 26, 1995, Heft 2, 166 - 183.
- KREISCHE, REINHARD: Paarbeziehungen und Geschwisterbeziehungen. In: Kontext, Nr.: 29,1, 1998, 32 - 41.
- KREUZER, ARTHUR u.a.: Umgang mit Suchtmitteln und anderes abweichendes Verhalten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.): Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Freiburg 1990, 279 -293.
- KRÖGER, FRIEDEBERT: Familienkonstellationen bei Essstörungen. In: HERZOG, W.: Anorexia und Bulimia nervosa. Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. Frankfurt a.M., 48 - 57.
- KRÖGER, FRIEDEBERT, HENDRISCHKE, ASKAN, McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000.
- KRULL, MARIANNE: Feministisches Denken als Kritik am Sexismus in der Familientherapie und in der Gesellschaft. In: MASSING A. u. WEBER: Lust und Leid. Berlin, Heidelberg 1987.
- KREUZVERHÖR: Fragen an HEINZ VON FORESTER, NIKLAS LUHMANN UND FRANCISCO VARELA. In: SIMON, FRITZ: Lebende Systeme, Frankfurt a. M., 1997.
- KRIZ, JÜRGEN: Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim 1984.
- KRIZ, JÜRGEN: Über die Schwierigkeit systemisch zu narrativieren. In: System Familie 1998, 11. 105 - 111.
- KRIZ, JÜRGEN: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien 1999.
- KRIZ, JÜRGEN: Chaos, Angst und Welterzeugung. In: FISCHER, H.R. u. SCHMIDT S.J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 216 - 223.
- KRIZ, WILLY CHRISTIAN: Lernziel: Systemkompetenz. Planspiele als Trainingsmethode. Göttingen 2000.
- KRÖGER, FRIEDEBERT: Familienkonstellationen bei Essstörungen. In: HERZOG W. (Hrsg.): Anorexia und Bulimia nervosa. Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. Frankfurt 1996, 48 - 57.
- KÜFNER, HEINRICH: Zur Häufigkeit psychosomatischer Störungen bei Alkohol- und Drogenabhängigen: Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen. In: Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, H. 10 (Juni) 1990, 93 - 98.
- KULTER, PETER u. LOCH, WALTER (Hrsg.): Psychoanalyse im Wandel. Frankfurt 1977.
- KURTZ, CHR.: Der süchtige Borderline-Patient - Erkennung und Behandlung. In: KNISCHEWESKI ERNST (Hrsg.): Diagnostik und Therapie bei Suchtkranken. Punktreihe 31. Kassel, o. J..

- KYPERS, URSULA: Die Bedeutung des systemischen Ansatzes für die Suchtkrankenhilfe. In: Berichtsband der NLS, Fachtagung 1985.
- KYPERS, URSULA (Hrsg.): Familienbehandlung bei Suchtkranken. Freiburg 1989.
- LABISCH, ALFONS: Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozeß der Zivilisation. In: LABISCH, ALFONS u. SPREE, REINHARD (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. Bonn 1989, 15 - 55.
- LABISCH, ALFONS: Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a.M. 1992.
- LAMNEK, SIEGFRIED : Qualitative Sozialforschung. München 1989.
- LANGE, ANDREAS: Veränderungen in der Familie. Entwicklungen der Familienforschung: ein Trendbericht. Arbeitspapiere Universität Konstanz, Okt. 1994.
- LANGENBERG, MECHTHILD: Grenzerleben - Probleme und Chancen in der Behandlung. In: Musiktherapeutische Umschau. 1989, H. 10, 183 - 194.
- LANGENMAYR, ARNOLD u. SCHUBERT, ULRICH: Lebenslaufanalyse, Göttingen 1985.
- LANGHAFEL, MATHIAS: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Psychotherapie im Dialog, 1/2000, 3 - 11.
- LANGSDORFF, MAJA: Die heimliche Sucht unheimlich zu essen. Frankfurt 1985.
- LÄSSLE, REINHOLD G.: Essstörungen und Depressionen. Frankfurt 1987.
- LAWRENCE, MARILYN (Hrsg.): Fed up and hungry. London 1987.
- LAWRENCE, MARILYN: Koeduktion und Identität - Die gesellschaftlichen Ursprünge von Magersucht. In: LAWRENCE M. (Hrsg.): Satt aber hungrig - Frauen und Essstörungen. Reinbek 1989.
- LEHMKUHL, GERD / SCHMIDT, MARTIN / MASSBERG, JUDITH: Selbstwahrnehmung jugendlicher Patienten mit Anorexia nervosa. In: Musiktherapeutische Umschau 1989, H. 10, 152 - 160.
- LEITHÄUSER, THOMAS u. VOLMERS, BIRGIT: Psychoanalyse in der Sozialforschung. Opladen 1988.
- LEVEND, HELGA: Geheimnisse: Die Hinterbühne der „heilen“ Familie. In: Psychologie Heute Februar 1997, 22 - 25.
- LEVOLD, TOM: Systemische Therapie zwischen Konstruktivismus und Inquisition. In: Kontext, Nr. 23, 1993, 26 - 35.
- LIEBERMANN, STUART: Transgenerational Family Therapy. CROOM, HELM London 1979.
- LIEBERMANN, STUART: Transgenerational analysis: The genogram as a technique in family therapie. In: Journal of Family Therapy 1979, 1,51-644.
- LINDEMANN, HOLGER u. VOSSLER, NICOLE: Die Behinderung liegt im Auge des Betrachters. Konstruktivistisches Denken für die pädagogische Praxis. Neuwied 1999.
- LOOS, KATJA G.: Anorexie - eine Frauenkrankheit - eine Zeiterscheinung. In: Musiktherapeutische Umschau 1989, H. 10, 105 - 131.
- LUDEWIG KURT u. a.: Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen. "Das Familienbrett". In: Familiendynamik. Stuttgart, Juli 1983.
- LUDEWIG, KURT: Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart 1995.
- LÜSCHEN, GÜNTHER: Familial - verwandtschaftliche Netzwerke. In: NAVEHERZ, ROSEMARIE: Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart 1988, 145 - 172.

- LUHMANN, NIKLAS: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M. 1984.
- LUHMANN, NIKLAS: Soziologische Aufklärung B. 6. Die operative Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme. Opladen 1995.
- LUHMANN, NIKLAS: Selbstreferentielle Systeme. In: SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Frankfurt a. M. 1997, 69 - 77.
- LUHMANN, NIKLAS: Therapeutische Systeme – Fragen an NIKLAS LUHMANN. In: SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Frankfurt, 1997, 169 - 189.
- LUHMANN, NIKLAS: Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a. M. 2000.
- MAIER, THOMAS: Psychotherapie aus Sicht der Luhmannschen Systemtheorie. In: Psychotherapeut, 3-2000. 45, 170 - 175.
- MAIWALD, LUCIUS: Der Familienzyklus. Aufgaben und häufige Prozesse. In: Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe. Hrsg.: TEXTOR, MARTIN R., Frankfurt a. M. 1990, 39 - 64.
- MADER, PETRA: Gestörtes Eßverhalten. Hamburg 1984.
- MALER, THOMAS: Die intrapsychische Bearbeitung von Konfliktspannungen bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. In: Musiktherapeutische Umschau 1989, H. 10, 195 - 208.
- MANTEUFEL, ANDREAS u. SCHIEPEK, GÜNTER: Systemkompetenz als Modell Klinischer Professionalität. In: Kontext, Nr.: 28,1, 1997, 60 - 77.
- MANYDA, B.: Psychosomatik und Familientherapie, Theorie und klinische Praxis. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen, August / September 1982.
- MARBACH, JAN H.: Soziale Netzwerke von Familien - Wer hat, dem wird gegeben. In: Familienalltag. Ein Report des Deutschen Jugendinstituts. Reinbek 1989.
- MARKEFKA, MANFRED: Symbolischer Interaktionismus, Ethnomethodologie und Familienforschung. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED (Hrsg.): Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 63 - 79.
- MASSING, ALMUT / REICH, GÜNTER / SPERLING, ECKHARD: Die Mehrgenerationen-Familientherapie. 2. völlig neu bearbeitete Auflage. Göttingen 1992.
- MATTEJAT, FRITZ: Familie und psychische Störungen. Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen der familientherapeutischen Ansätze. Stuttgart 1988.
- MATURANA, HUMBERTO u. VARELA, FRANCISCO: Der Baum der Erkenntnis. 2. Auflage, Bern, München, Wien 1987.
- MATURANA, HUMBERTO: „Das Erkennen des Erkennens verpflichtet...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 70 - 111.
- MAYRING, PHILIPP: Qualitative Inhaltsanalyse. In: JÜTTEMANN, GERD (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim 1983.
- MAYRING, PHILIPP: Einführung in die qualitative Sozialforschung. München 1990.
- MAYR-KLEFFEL, VERENA: Die Zwickmühle - Frauen und Männer zwischen Familie und Beruf. In: Untersuchung des Deutschen Jugendinstituts. Reinbek 1989.

- MC. GOLDRICK, MONICA u. GERSON, RANDY: Genogramme in der Familienberatung. Bern 1990.
- MEERMANN, ROLF (Hrsg.): Anorexia nervosa. Stuttgart 1981.
- MEERMANN, ROLF u. VANDEREYCKEN, WALTER: Therapie der Magersucht und der Bulimia nervosa. Berlin, New York 1987.
- MEHRGARDT, MICHAEL: Erkenntnistheorie und Gestalttherapie. In: Gestalttherapie, Teil 1: 2/ 95 , 20 - 35, Teil 2: 2/96, 25 - 41, Teil 3: 1/97, 26 - 42.
- MENTZOS, STAVROS: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt 1984.
- MENTZOS, STAVROS: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt 1988.
- MENTZOS, STAVROS: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen 1991.
- MERSCH, DIETER: Umberto Eco zur Einführung. Hamburg 1993.
- MESTER, HORST: Die Anorexia nervosa. Berlin, Heidelberg, New York 1981.
- METZGER, WOLFGANG: Gestalt-Psychologie: ausgewählte Werke aus den Jahren 1950-1982. Frankfurt a.M. 1986.
- METZMACHER BRUNO u. a.: Ein familientherapeutisches Konzept von Veränderung. In: Integrative Therapie. H. 3, 1982, 173 - 192.
- MINUCHIN, SALVADOR / BAKER, LESTER / ROSMANN, BERNICE: Ihr könnt mich nicht zwingen zu essen - Magersucht als Familienproblem. In: Psychologie Heute, März 1981.
- MINUCHIN, SALVADOR / ROSMANN, BERNICE / BAKER, LESTER: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart 1983.
- MINUCHIN, SALVADOR: Familienkaleidoskop. Reinbek 1988.
- MINUCHIN, SALVADOR: Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. 2. Auflage. Freiburg 1992.
- MINUCHIN, SALVADOR: Familie - Die Kraft der positiven Bindung. Hilfe und Heilung durch Familientherapie. München 1993.
- MITSCHERLICH, ALEXANDER: Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten. Die zweiphasige Abwehr. In: BREDE, KAROLA: (Hrsg.): Einführung in die Psychosomatische Medizin: klin. u. theort. Beiträge. 2.überarb. Aufl. 1993, 396 - 406.
- MITTERER, JOSEF: Realismus oder Konstruktivismus? Wahrheit oder Beliebigkeit? In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2. Jahrg., Heft 4/1999, 485 - 498.
- MITTERER, JOSEF: Der Radikale Konstruktivismus: „What difference does it make?“ In: FISCHER, H. R. u. SCHMIDT S. J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 60 - 64.
- MOEBUS, SUSANNE u. BÖDECKER, WOLFGANG: Was ist krank, was ist gesund? In: BRUNDTLAND, GRO HARLEM: Grundrecht Gesundheit. Vision: Mehr Lebensqualität für alle. Frankfurt u. New York 2000, 208 -230.
- MOGGE-GROTJAHN, HILDEGARD: Soziologie: eine Einführung für soziale Berufe. Breisgau 1996.
- MOREL, JULIUS u.a. (Hrsg.) :Soziologische Theorie. Abriß der Ansätze ihrer Hauptvertreter. 5. überarb. und erweiterte Aufl., München, Wien 1997.
- MOSER, HEINZ: Aktionsforschung und Therapie. In: Integrative Therapie. Paderborn 1981. H. 4, 292 - 308.
- MOSER, TILMANN: Vorsicht Berührung. Über Sexualisierung, Spaltung, NS-Erbe und Stasi-Angst. Frankfurt a.M. 1992.
- MYREK, MICHAEL: Was ist (un)angemessenes Krankheitsverhalten. In: Psychologie Heute, 52 - 54.

- NUBER, URSULA: Stresskrankheit Depression. In: Psychologie Heute, März 1999, 21 - 25.
- NAUCK, BERNHARD Ressourcen, Aufgabenallokation und familiäre Spannungen im Familienzyklus. Abschlußbericht Teil II, Universität Oldenburg, 1985.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE (Hrsg.): Wandel und Kontinuität der Familie in der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart 1988, 61 - 94.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE: Familie als Gegenstand soziologischer Forschung. In: Zeitschrift für Familienforschung, 1989, 6 - 19.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE: Gegenstandsbereich und historische Entwicklung der Familienforschung. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED: Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 1 - 17.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED (Hrsg.): Handbuch der Familien- und Jugendforschung. Band I: Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE: Frauen zwischen Tradition und Moderne. Theorie und Praxis der Frauenforschung. Band 18, Bielefeld 1992.
- NAVE-HERZ, ROSEMARIE: Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Darmstadt 1994.
- NEROAL, TERIE / MEYER, ANNELORE / BRÄHLER, ELMAR: Zur Anwendung des Gt-Paartests in der Familiendiagnostik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, H. 32, 1983.
- NERIN, WILLIAM F.: Familienrekonstruktion in Aktion. Paderborn 1989.
- NITZ, HORST-REINHARD: Familientherapie ohne Familie. Mitteilungen der DGVT 1981/82, 299 - 312.
- NITZ, HORST-REINHARD: Anorexia nervosa bei Jugendlichen. Berlin, Heidelberg 1987.
- NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN: Fachtagung - Arbeit und Freizeit. Der Suchtkranke im Spannungsfeld der Familie. Hildesheim 1985.
- NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN: NLS - Fachtagung - Jugend und Süchte. Hildesheim 1987.
- NOGALA, DETLEF: Aspekte und Perspektiven einer gesellschaftsbezogenen Gestalttherapie. In: Verband für gesellschaftsbezogene Gestalttherapie e. V., Materialien 1, 1990.
- NUBER, URSULA: Bodybilder. Warum wir schöner sind, als wir glauben. In: Psychologie Heute, Juli 1997.
- OAKLANDER, VIRGINIA: Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 1981.
- ORBACH, SUSIE: Anti-Diät-Buch. München 1978.
- ORBACH, SUSIE: Hungerstreik - Ursachen der Magersucht. Neue Wege zur Heilung. Düsseldorf, Wien, New York 1987.
- ORTH, ILSE: Integration als Lebensaufgabe. In: Integrative Therapie, 1-2/1994, 23 - 42.
- OSTEN, PETER: Die Anamnese in der Psychotherapie. Ein integratives Konzept. München, Basel 1995.
- OSWALD, GERHARD: Systemansatz und soziale Familienarbeit. Methodische Grundlagen und Arbeitsformen. Freiburg 1989.

- OVERBEK, ANNEGRET: Das Krankheitsbild, seine Epidemiologie und der soziokulturelle Hintergrund bei Anorexie – Bulimie – Bulimarexie. In: NLS Berichtsband, Fachtagung 1987, 157 - 167.
- PAREKH, HILDEGARD: Wir Stadtneurotiker. Psychologie Heute, Mai 1988, 50 - 57.
- PARSONS, TALCOT: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertebegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: MITSCHERLICH, A. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln 1964, 57 - 61.
- PAUL, THOMAS: Zur Symptomatologie der Bulimia nervosa - Versuch einer Abgrenzung. In: DHS (Hrsg.): Band 27, Hamm 1985, 137 - 149.
- PAUL, THOMAS: Zur Heterogenität des Krankheitsbildes der Bulimia nervosa - Ein taxonometrischer Ansatz. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Band 26, Heft 2, 1987, 99 - 114.
- PAULI, HANNES G.: Gesundheit und Krankheit: Sozialmedizinische und medizin-soziologische Aspekte. In: UEXKÜLL, THURE VON: Psychosomatische Medizin. 5. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimore 1996, 63 - 72.
- PAULS, WOLFGANG: Psychotherapie - Ein Gegenstand der Aktionsforschung fordert. In: Gruppendynamik, 6, 1988.
- PEARLIN, LEONHARD: The stress process and strategies of intervention. In: HARDMANN, K., KAUFMANN, F. X., LÖSEL, F.: Social intervention: Potential and constraints. Berlin, 53 - 72.
- PERLS, FRITZ: Das Ich, der Hunger und die Aggressionen. Stuttgart 1988.
- PESSO, ALBERT: Dramaturgie des Unbewußten. Stuttgart 1986.
- PETERS; JENS: Therapeutische Arbeit mit Familien. In: Berichtsband der NLS-Fachtagung 1985. Hannover 1986.
- PETZOLD, ERNST: Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. Göttingen 1981.
- PETZOLD, HILARION: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: PETZOLD H. (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn 1980.
- PETZOLD, HILARION: Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen in der Therapie. In: PETZOLD H. (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn 1982.
- PETZOLD; HILARION (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn 1982.
- PETZOLD, HILARION: Ein integratives Modell früher Persönlichkeitsentwicklung als Beitrag „klinischer Entwicklungs- Psychologie“ zur Psychotherapie. In: Integrative Therapie, 1-2/1992, 156 - 169.
- PETZOLD, HILARION: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bände. Paderborn 1993.
- PETZOLD, HILARION: Krankheitsursachen im Erwachsenenleben. In: Integrative Therapie, 2-3, 1996, 288 - 318.
- PITTHAU, ULF: Dicke machen vieles falsch. In: Psychologie Heute, Juli 1982.
- PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001.
- PORTELE; GERHARD HEIK: Autonomie, Macht, Liebe. Konsequenzen der Selbstreferentialität. Frankfurt a. M. 1989.
- PORTELE, GERHARD HEIK: Der Mensch ist kein Wägelchen. Gestaltpsychologie - Gestalttherapie - Selbstorganisation - Konstruktivismus. Köln 1992.

- PORTELE, GERHARD HEIK: Selbst und Nicht - Selbst. In: Gestalttherapie, 1/95, 27 - 36.
- PORTIER, LOUK: Psychodramatische Familientherapie im klinischen Kontext. Interview. In: Psychodrama, Mai 1989, 27 - 41.
- PUDEL, VOLKER: Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas – Untersuchungen zum weiblichen Eßverhalten. Berlin, Heidelberg, New York 1978.
- PUDEL, VOLKER u. BECKER, K.: Denkfehler im Schlaraffenland. In: Psychologie Heute, Dez. 1989.
- PREGLAU, MAX: Kritische Theorie: Jürgen Habermas. In: Soziologische Theorie. Hrsg.: MOREL, JULIUS. München, Wien, 5. überarb. und erw. Aufl. 1997.
- RAHM, DOROTHEA / OTTE, HILKA / BOSSE, SUSANNE / RUHE-HOLLENBACH, HANNELORE: Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn 1993.
- RATTNER, JOSEF u. DANZER, GERHARD: Medizinische Anthropologie. Frankfurt a. M. 1997.
- REICH, GÜNTER: Partnerwahl und Ehekrise - Eine familiendynamische Studie. Eschborn 1987.
- REICH, GÜNTER: Das sexuelle Erleben von Paaren auf dem Hintergrund ihrer Familiengeschichte - Beobachtungen in Familientherapien. In: MASSING A. u. WEBER G. (Hrsg.): Lust und Leid. Berlin, Heidelberg 1987, 187 -221.
- REICH, GÜNTER: Identitätskonflikte bulimischer Patientinnen: Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonalen Dynamik. In: Forum Psychoanalyse, H. 8, 1992, 121 - 133.
- REICH, GÜNTER: Abhängigkeiten der Paarbeziehung – Abhängigkeiten in der Paarbeziehung. In: Fachklinik Thommener Höhe, B. 7, H.1, 1995, 3 - 18.
- REICH, GÜNTER: Familien mit Adoleszenten – Krise der Familie? In: Kontext, Nr.: 29,1, 1998, 42 - 59.
- REICH, KERSTEN: Interaktionistischer Konstruktivismus. fak/Konstrukt.
- REICH, KERSTEN: Benötigen wir einen neuen konstruktivistischen Denkansatz? Fragen aus der Sicht des Interaktionistischen Konstruktivismus. In: FISCHER, H. R. u. SCHMIDT S. J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 97 - 110.
- REITER, LUDWIG: Gestörte Paarbeziehungen. Göttingen 1983.
- RICHTER, HORST-EBERHARD: Eltern, Kind und Neurose. Reinbek 1969.
- RICHTER; HORST-EBERHARD: Patient Familie. Reinbek 1972.
- RICHTER, HORST-EBERHARD: Zur psychoanalytischen Theorie von Familienkonflikten. In: CLAESSENS, D. u. MILLHOFER, P.: Familiensoziologie. Frankfurt 1973, 281 - 292.
- RICHTER, HORST-EBERHARD: Umgang mit Angst. Hamburg 1992
- RICHTER, RUDOLF: Soziologische Paradigmen. Wien, 1997.
- RICHTER, RUDOLF: Grundlagen der Verstehenden Soziologie. Soziologische Theorien zur integrativen Sozialforschung. Wien 1995.
- RIDDER, PAUL: Einführung in die Medizinische Soziologie. Stuttgart 1988.
- RITSCHER, WOLF: Systemisch-psychodramatische Supervision in der psychosozialen Arbeit. Eschborn 1996.
- ROHDE-DACHSER, CHRISTA: Das Borderline - Syndrom. Berlin, Stuttgart, Wien 1983.
- ROHDE-DACHSER, CHRISTA: Ringen um Empathie - Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. In: Forum Psychoanalyse 1986, 44 - 58.

- ROHDE-DACHSER, CHRISTA: Bulimie und Boderline-Syndrom. In: Frankfurter Zentrum für Essstörungen e. V.: Schriftreihe 1, 1991.
- ROTHHAUS, WILHELM: Das Auswirken systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, H. 38, 1989, 10 - 16.
- ROTH, GERHARD: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt a.M. 1994.
- ROTH, GERHARD: „Wir selbst sind Konstrukte...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 139 - 165.
- ROTH, KLAUS: Die Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas. In: MASSING, PETER: Gesellschaft neu verstehen. Aktuelle Gesellschaftstheorien und Zeitdiagnosen. Schwalbach/Ts. 1997, 24 - 54.
- ROTMANN, WILHELM.: Über die Bedeutung des Vaters in der Wiedernäherungsphase. In: Psyche, H. 32, 1978, 1105 - 1147.
- RUSTEMEYER, DIRK: Stichwort: Konstruktivismus in der Erziehungswissenschaft. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2. Jahrg., Heft 4/1999, 467 - 484.
- SARGENT, JOHN: Family therapy for eating disorders. In: Clinical Psychologist, Vol. 39 (2). 1986.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-V., ZAUDIG, M.: Diagnostisches u. statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV, Göttingen 1996.
- SATIR, VIRGINIA: Familienbehandlung. Freiburg 1973.
- SATIR, VIRGINIA u. BALDWIN, MICHELE: Familientherapie in Aktion. Die Konzepte von V. Satir in Theorie und Praxis. Paderborn 1988.
- SCALA, KLAUS: Interventionsinstrumente der Supervision in Organisationen. In: SCALA KLAUS u. GROSSMANN R.: Supervision in Organisationen. Weinheim u. München 1997, 95 - 117 .
- SCHÄFERS, BERNHARD (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen 1995.
- SCHARFETTER, CHRISTIAN: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart 1985.
- SCHARRER, ERWIN: Psychisches Fehlverhalten und die Heilung der Gottesbeziehung. Marburg 1984.
- SCHEFFER, BERND: Wie wir erkennen. Die soziale Konstruktion von Wirklichkeit im Individuum. In: SCHMIDT, SIEGFRIED J. u. WIESCHENBERG, S.: Medien und Kommunikation. Konstruktion von Wirklichkeit. Weinheim, Basel 1990.
- SCHEIB, PETER: Evaluation von Familientherapie – ein Beitrag zur aktuellen Qualitätsdiskussion. In: Kontext, Nr.: 28,1, 1997, 34 - 59.
- SCHEIDT VON, JÜRGEN: Innenweltverschmutzung. Frankfurt 1988.
- SHELLER, GITTA: Familienzyklus als Forschungsansatz. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED (Hrsg.): Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 151 - 162.
- SCHEPANK, HEINZ: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Heidelberg, New-York, Paris, Tokio 1987.
- SCHERR, ALBERT: Niklas Luhmann - Konturen der Theorie autopoietischer sozialer Systeme. In: SCHÄFERS, BERNHARD: Soziologie in Deutschland. Opladen 1995, 145 - 157.
- SCHETSCHKE, MICHAEL: Die Karriere sozialer Probleme. München 1996.
- SCHIEPECK, GÜNTER u. KAIMER, P.: Von der Verhaltensanalyse zur systemischen Diagnostik. Tübingen 1987.

- SCHIEPEK, GÜENTER: (Hrsg.) Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik. München, Weinheim 1987.
- SCHIEPECK, GÜENTER: Systemtheorie der klinischen Psychologie. Braunschweig, Wiesbaden 1991.
- SCHIEPEK, GÜENTER: Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen 1999.
- SCHIEPEK, GÜENTER u. KOWALIK, ZBIGNIEW, J: Psychotherapie als Chaos-Management? In: Psychologie Heute, Oktober 1996, 66 - 71.
- SCHIMPF, MONIKA: Mütter rotieren verzweifelt - Väter verharren gequält... Essstörungen von Mädchen auch als Versuch, eine destruktive Bindung beider Eltern an einige Werte ihrer Herkunftsfamilien aufzulösen und sich selbst davon zu befreien. In: System Familie, B. 11, Heft 1, Februar 1998, 10 - 22.
- SCHLIPPE VON, ARIST: Familientherapie mit Unterschichtfamilien. In: SCHNEIDER, K.: Familientherapie in der Sicht therapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- SCHLIPPE VON, ARIST: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1987.
- SCHLIPPE VON ARIST u. MATTHAI, CHRISTOPH: Das Kind in der strukturellen u. entwicklungsorientierten Familientherapie. In: PETZOLD, HILARION u. RAMIN, GABRIELE: Schulen der Kinderpsychologie. Paderborn 1987.
- SCHLIPPE VON, ARIST: Der systemische Ansatz - Versuch einer Präzisierung. In: Zeitschrift für systemische Therapie. April 1988.
- SCHLIPPE VON, ARIST u. LOB-CORZILIUS, T.: Chronische Krankheit im Kontext der Familie. In: Familiendynamik, H. 1 (Januar) 1993, 35 - 55.
- SCHLIPPE VON, ARIST u. SCHWEITZER, JOCHEN: Familienforschung per Fragebogen. Eine epistemologische Kritik am Circumplex-Modell und an dem Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II). In: System Familie. 1, 1988, 124 - 136.
- SCHLIPPE VON, ARIST u. SCHWEITZER, JOCHEN: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 4. Auflage. Göttingen 1997.
- SCHMIDT, GÜNTHER: Bulimie aus der Perspektive der systemischen Familientherapie. In: KLÄMMERER, Annette u. KLINGENSPOR, Barbara (Hrsg.), Stuttgart 1989.
- SCHMIDT, GÜNTHER: Familientherapie bei Patienten mit Essstörungen, insbesondere bei Anorexia nervosa. In: BRAKHOF, J. (Hrsg.): Essstörungen. 1985.
- SCHMIDT, LOTHAR: Alkoholismus - Ein Problem für uns alle? Frankfurt o. J.
- SCHMIDT, SIEGFRIED J. (Hrsg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt a. M. 4. Aufl. 1991.
- SCHMIDT, SIEGFRIED J.: Sprache, Kultur und Wirklichkeitskonstruktion(en). In: H. R. FISCHER (Hrsg.): Die Wirklichkeit des Konstruktivismus. Heidelberg 1995.
- SCHMIDT, SIEGFRIED J. Die Zählung des Blicks. Konstruktivismus – Empirie – Wissenschaft. Frankfurt a. M. 1998.
- SCHMIDT, SIEGFRIED J.: „Wir beginnen nie am Anfang...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 166 - 188.
- SCHMITZ, ULRICH: Psychodrama und Familientherapie - Eine notwendige Ergänzung? In: Psychodrama. Mai 1989.

- SCHNABEL, PETER-ERNST: Krankheit und Sozialisation. Vergesellschaftung als pathogener Prozeß. Opladen 1988.
- SCHNEEWIND, KLAUS A.: Familienberatung und Familientherapie. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED: Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 679 - 709.
- SCHNEIDER, KRISTINE (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- SCHNEIDER, NORBERT F.: Familie und private Lebensführung in West- und Ostdeutschland: eine vergleichende Analyse des Familienlebens 1970-1992. Stuttgart, 1994.
- SCHOLL, ILONA u. REICH, GÜNTER: Psychoanalytisch-systemische Familientherapie bei Anorexia - Skizze eines Behandlungsverlaufs. In: System Familie, 1989.
- SCHÖNKE, MEINOLF: Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama. In: Zeitschrift Gruppendynamik (Sonderdruck). Stuttgart 1982.
- SCHÜTZE, YVONNE: Zur Veränderung im Eltern-Kind-Verhältnis seit der Nachkriegszeit. In: NAVE-HERZ, R.: Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart 1988, 95 - 114.
- SCHULZE, HANS-JOACHIM / HARTMANN, TYRELL / KÜNZLER, JAN: Vom Strukturfunktionalismus zur Systemtheorie der Familie. In: NAVE-HERZ, ROSEMARIE u. MARKEFKA, MANFRED: Handbuch der Familienforschung. Neuwied, Frankfurt a. M. 1989, 31 - 43.
- SCHULZE, HANS-JOACHIM u. KÜNZLER, JAN: Funktionalistische und systemtheoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, KLAUS u. ULICH, DIETER (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. 4. Auflage. Weinheim, Basel 1991, 121 - 136.
- SCHUMACHER-MERZ, INGRID: Psychodramatische Familientherapie. In: SCHNEIDER, K.: Familientherapie in der Sicht therapeutischer Schulen. Paderborn 1983.
- SCHWARTZ. RICHARD C.: Systemische Therapie mit der inneren Familie. München 1997.
- SCHWARTZ, RICHARD et.al.: Family therapie for Bulimia. In: GARNER, DAVID M. / GARFINKEL, PAUL E. (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York 1985.
- SCHWARTZ, RICHARD u. BARRETT, M.J.: Women and Eating Disorders. In: BRAVERMAN, LOIS: Women, Feminism and Family Therapie. New York, London 1988.
- SCHWERING, REINHARD u. WÄLDER, LIZ: Ess-Sucht und ihre Behandlung. In: BRAKHOFF, JUTTA (Hrsg.) Essstörungen. Freiburg 1985.
- SEBASTIAN, ULLA: Wege zum Leben. B. 2, Dortmund 1986.
- SEEGEL: FALKO: Alkoholismus aus familienbiographischer Perspektive. Frankfurt a. M. , Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, 1996.
- SELVINI-PALAZZOLI, MARA: Die Wahrheit interessiert mich nicht, nur der Effekt. Interview. In: Psychologie Heute Mai 1983.
- SELVINI-PALAZZOLI, MARA: Magersucht. Stuttgart 1984.
- SELVINI-PALAZZOLI, MARA: Das Individuum im Spiel. In: Systemische Therapie. H. 5. 1987, 144 - 152.
- SELVINI-PALAZZOLI, MARA u.a.: Het gezin van de anorexiepatiënten het gezin van de schizofreen. Een transactionele studie. In: Tijdschrift voor Psychotherapie H. 2, 1987, 53 - 61.

- SENF, WILFGANG: Psychoanalytische Betrachtungen zur Bulimie. In: KLÄMMERER, ANNETTE u. KLINGENSPOR, BARBARA (Hrsg.), Stuttgart 1989.
- SIEGERT, MICHAEL T.: Strukturbedingungen von Familienkonflikten. Frankfurt 1977.
- SIEGRIST, JOHANNES: Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Hogrefe 1996.
- SIEGRIST, JOHANNES: „Die Kritik am psychosomatischen Modell ist unhaltbar“. Interview in Psychologie Heute, Sep. 1998, 55 - 57.
- SIMON, CLAUS, PETER: Pillen ohne Power. In: Die Woche, 29.4.99, 27.
- SIMON, FRITZ B. und STIERLIN, HELM: Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Stuttgart 1984.
- SIMON, FRITZ B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg 1991.
- SIMON, FRITZ B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik, Frankfurt a. M., 2. Auflage 1995 (a).
- SIMON, FRITZ B.: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg 1995 (b).
- SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Frankfurt a. M. 1997.
- SIMON, FRITZ B.: Die Kunst nicht zu lernen. Heidelberg, 1997.
- SIMON, FRITZ B. u. SCHMIDT, GÜNTHER: Die Machtlosigkeit zirkulären Denkens. In: Systemische Therapie, o.J.
- SIMON, FRITZ B. :Grenzfunktionen der Familie. In: System Familie 3/2000, 140 - 148.
- SIMON, FRITZ B.: Krankheit und Gesundheit aus systemischer Sicht. In: KRÖGER, FRIEDEBERT / HENDRISCHKE, ASKAN / McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000, 49 - 61.
- SIMON, FRITZ B.: Imaginäre Räume. Ansätze einer systemischen Psychopathologie. In: FISCHER, H. R. u. S. J. SCHMIDT (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 224 - 239.
- SIMON, ROLAND und JANSSEN, HEINZ-JOSEF: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe und der Selbsthilfe. In Jahrbuch Sucht 1998, Hrsg.: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN, Hamm, 142 - 156.
- SIMON, ROLAND u. PALAZZETTI, MANUELA: Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- u. Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sucht, 45 Jahrg. Sonderheft 1, August 1999.
- SHAZER, DE STEVE: Das Spiel mit Unterschieden. Heidelberg 1992.
- SOHNI, HANS: Geschwister – ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung im Familiensystem und in der Psychotherapie. In: Kontext, 291, 1998, 5 -31.
- SOMMER, KATHRIN: Lebenslaufanalyse und Partnerschaftskrisen - eine Studie über den lebenslaufanalytisch orientierten diagnostischen Einsatz der biographischen Verfahren Paargenogramm und Paarlinie. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Landau 1989.
- SPERLING, ECKHARD / MASSING, ALMUT / REICH, GÜNTER / GEORGI, H. / WÖBBE-MÖNKS, E.: Die Mehrgenerationen - Familientherapie. Göttingen 1982, 2. erw. Auflage 1992.

- SPERLING, ECKHARD: Die Mehrgenerationen-Familientherapie. In: SCHNEIDER KRISTINE: Familientherapie in der Sicht therapeutischer Schulen. Paderborn 1988.
- SPITZNER, S. u. MALCHOW, CLAUS-PETER: Interdisziplinäre Therapie der Adipositas. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1985.
- STADLER, MICHAEL u. KRUSE, PETER: "Über Wirklichkeitskriterien." In: RIEGAS, V. u. VETTER, CHR. (Hrsg.): Zur Biologie der Kognition. Frankfurt a. M. 1990, 133-158.
- STÄMMLER, FRANK-M.: Der schiefe Turm von Pisa oder: das unstimmmige Konzept der „frühen Störung“. In: Integrative Therapie 1/2000, 64 - 95.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1988. Stuttgart, Mainz 1988.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): METZLER-POESCHEL: Im Blickpunkt: Familien Heute. Stuttgart 1995.
- STEFFENS, WOLFGANG: Die Lebenszyklen. In: CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York 1987, 32 - 47.
- STEFFENS, WOLFGANG: Der psychodynamische Befund. In: CIERPKA, MANFRED (Hrsg.): Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York 1987, 68 - 86.
- STEINKAMP, GÜNTHER: Sozialstruktur und Sozialisation. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Hrsg.: HURRELMANN KLAUS. u. ULICH, DIETER, 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim, Basel 1991, 251 - 279.
- STERN, DANIEL: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart 1992.
- STERN, DANIEL: Wie das Gewebe der Seele geknüpft wird. Ein Gespräch mit Wilfried Geuter. Psychologie Heute, Dez. 1999, 40 - 44
- STIERLIN, HELM: Delegation und Familie. Frankfurt 1978.
- STIERLIN, HELM u.a.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart 1985.
- STIERLIN, HELM: Tradition und Wandlung im sexuellen Verhalten. In: MASSING ALMUT u. WEBER GUNTARD (Hrsg.): Lust und Leid. Berlin, Heidelberg 1987.
- STIERLIN, HELM: "Das ist soziales Dynamit". Interview. In: Der Spiegel H. 8, 1992, 83 - 88.
- STOLTZ, SANDRA-G.: Beware of boundry issues. Special Issue: Eating disorders. In: Tranactional-Analysis-Journal. 1985, Jan. Vol 15 (1), 37 - 41.
- STRAUBMANN, HELMUT: Sozialsysteme als selbstreferentielle Systeme: Niklas Luhmann. In: MOREL, JULIUS: Soziologische Theorie. Wien 1997, 218 - 239.
- STROBEL, WOLFGANG: Beziehungen zwischen Essstörungen und Gesellschaft. In: Musiktherapeutische Umschau, Juni 1989, 85 - 89.
- TARR-KRÜGER, IRMTRAUD: Der Hunger, das Maß, die Sinne - Musiktherapie bei Bulimie. In: Musiktherapeutische Umschau, H. 10, 1989, 135 - 143.
- TEEGEN, FRAUKE: Ganzheitliche Gesundheit. Reinbek 1987.
- TEXTOR, MARTIN R.: Schulen der Familientherapie. In: TEXTOR M. (Hrsg.): Das Buch der Familientherapie. Eschborn 1984, 1 - 39.
- TEXTOR, MARTIN R.: Gemeinsamkeiten von Psychotherapieansätzen. In: Integrative Therapie. Paderborn H. 3, 1990, 246 - 259.
- TEXTOR, MARTIN R.: Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe. Frankfurt 1990.
- THARANG, ANTJE: Gruppentherapie bei Bulimarektikerinnen. In: BRAKHOFF JUTTA (Hrsg.) Essstörungen. Freiburg 1985.

- TÖNNIES, SYBILLE: Hinunter in die Tiefe des Details. FAZ, 6.2.1999, S. IV.
- TOMAN, WALTER: Familienkonstellationen - Ihr Einfluß auf die Menschen. München 1982. (Original 1965).
- TOMM, KARL: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg, 2. Auflage 1996.
- TREACHER, ANDY: Der Mailänder Ansatz - Eine erste Kritik. In: Systemische Therapie H. 5, 1987, 170 - 175.
- TRETTER, FELIX: Systemische und ökologische Konzepte - Konsequenzen für Forschung und Praxis in der Suchtkrankenhilfe. In: Suchtgefahren H. 36, 1990, 43 - 48.
- TRETTER, FELIX: Wie praktisch ist die „Suchttheorie“? – Wissenschaftstheoretische Probleme der Suchtforschung und Suchthilfe. In: Sucht Aktuell, 1/2000, 69 - 74.
- TÜRK, D. und WELSCH, K.: EBIS – Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. Hrsg.: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN, Sonderheft 1, November 2000.
- UEXKÜLL VON, THURE: Psychosomatische Medizin. 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimore 1996.
- ULLRICH, WOLFGANG: Ein Modell verständnisorientierter Kommunikation - Über die Koevolution von Individuen. In: BOSCH, MARIA / ULLRICH, WOLFGANG (Hrsg.): Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach Virginia Satir. Eschborn 1989, 63 - 94.
- VARELA, FRANCISCO / J., THOMPSON / EVAN, ROSCH, ELEANOR: Der mittlere Weg der Erkenntnis. Bern, München, Wien 1992.
- VARELA, FRANCISCO: Autopoesie, strukturelle Kopplung und Therapie – Fragen an FRANCISCO VARELA. In: SIMON, FRTZ, B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Frankfurt a. M. 1997.
- VILLIEZ, THOMAS V.: Sucht und Familie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1986.
- VOGELANG, MONIKA: Laxantien- und Diaretikamißbrauch bei Anorexia /Bulimia nervosa. In: Sucht, H. Juni 1997, 191 - 200.
- VOGELANG, MONIKA: Anorexia/Bulimia nervosa bei Substanzabhängigkeit. 1. Teil: Epidemiologie, Verläufe, Theoriemodelle zur Komorbidität und spezifische Probleme. In: Sucht, 44 (1) 1998, 48 - 56.
- VOGT, IRMTRAUD.: Alkoholikerinnen. Freiburg 1986.
- VOLMERS, UTE: Identität und Arbeitserfahrung - Eine theoretische Konzeption zu einer Sozialpsychologie der Arbeit. Frankfurt 1978.
- WACK, RENATE u. NOAM, GIL: Familientherapie und psychosoziales Holding. Environment bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz. In: DIERKLING W. (Hrsg.): Analytische Familientherapie und Gesellschaft. Weinheim, Basel 1980.
- WAHL, KLAUS / STICH, JUTTA / SEIDENSPINNER, GERLINDE: Das Innenleben moderner Familien - Messungen auf schwierigem Terrain. Untersuchung des Deutschen Jugendinstituts. Reinbek 1989.
- WAHL, KLAUS / HONIG, MICHAEL-SEBASTIAN / GRAVENHORST, LERKE: Wissenschaftlichkeit und Interessen. Frankfurt 1982.
- WALTER, HANS-JÜRGEN u. WALTER, IRENE: Die klinische Psychologie muss Gestalt annehmen. In: Psychologie Heute, Juni 1979.
- WANKE, KURT: Moderne Suchtkrankenhilfe. Kassel o.J..

- WARDETZKI, BÄRBEL: Weiblicher Narzißmus und Bulimie. Dissertation. München 1990.
- WARDETZKI, BÄRBEL: Weiblicher Narzißmus. München 1991.
- WARNKE, ULRICH: "Das Bewußtsein steuert die Materie unseres Körpers." Interview in Psychologie heute, August 1999, 56 - 59.
- WATZLAWICK, PAUL: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn - Täuschung - Verstehen. München 1976.
- WATZLAWICK, PAUL u. WEAKLAND, JOHN H. (Hrsg.): Interaktion. München, Paulo Alto 1990.
- WATZLAWICK, PAUL: Wirklichkeitsanpassung oder angepaßte „Wirklichkeit“? Konstruktivismus und Psychotherapie. In: Einführung in den Konstruktivismus. (Hrsg.): GUMIN, HEINZ und MEIER, HEINRICH, München 1992, 109 - 146.
- WATZLAWICK, PAUL: „Wir können von der Wirklichkeit nur wissen, was sie nicht ist...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 211 - 231.
- WEBER, GUNTARD U. SIMON, FRITZ B.: Systemische Therapie. In: ASANGER R. u. WENNINGER G. (Hrsg.): Handwörterbuch der Psychologie. o.O. 1988.
- WEBER, GUNTARD u. STIERLIN, HELM: In Liebe entzweit - Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek 1989.
- WEBER, MAX: Wirtschaft und Gesellschaft. 2 Bände, Köln, Berlin 1956,
- WEISS, THOMAS: Familientherapie ohne Familie - Kurztherapie mit Einzelpatienten. München 1988.
- WEISZÄCKER, VIKTOR VON: Der Gestaltkreis. Stuttgart, New York, 5. Unveränderte Auflage 1986, 1. Auflage 1940.
- WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE: Familienarbeit mit Drogenabhängigen. In: Familiendynamik, H. 3, 1982.
- WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE: Menschenbild und Therapiekonzept in der Systemtheorie. In BUCHHEIM, P. u.a. (Hrsg.): Psychotherapie im Wandel. Berlin, Heidelberg, New York 1991, 182 - 196.
- WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE u. HILDENBRAND, BRUNO: Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart 1996.
- WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE: Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht. Freiburg 1999.
- WELZER, HARALD: Stille Post oder die alltägliche Weitergabe von Geschichte. In: Psychologie heute, Mai 2001, 38 - 43.
- WESTMEYER, HANS: Konstruktivismus und Psychologie. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2. Jahrg. Heft 4/1999, 507 - 525.
- WILHELM, KLAUS: Das depressive Gehirn. In: Psychologie Heute, März 1999, 27 - 31.
- WILLE, A.: Der Familienskulptur-Test. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen Mai/Juni 1982.
- WILLENBERG, HANS / BASSLER, MARKUS / KRAUTHAUSER, HELMUT: Familiendynamische Konstellationen als ätiologischer Faktor bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: System Familie, B. 11, Heft 1, Februar 1998, 3 - 9.
- WILLI, JÜRIG: Die Zweierbeziehung. Reinbek 1975.
- WILK, LISELOTTE: Familie und „abweichendes“ Handeln. Weinheim 1987.

- WILLKE, HELMUT: Systembeobachtung, Systemdiagnose, Systemintervention – weiße Löcher in schwarzen Kästen? In: SCHIEPEK, GÜNTER: Systeme erkennen Systeme. München, Weinheim 1987.
- WILLKE, HEILMUT: Systemtheorie I: Grundlagen. 5. überarbeitete Auflage. Stuttgart 1996.
- WILLKE, HELMUT: Systemtheorie II. Interventionstheorie. 2. bearbeitete Auflage. Stuttgart 1996.
- WILLKE, HELMUT: (Be)deutendes Intervenieren: Soziologische Reflexionen. In: Kontext, B. 27, Heft 2, 1996, 5 - 17.
- WINKELMANN, ARNO: Risikogruppe: Erwachsene Kinder von Alkoholikern. In: Psychologie Heute, Oktober 1990.
- WIRSCHING, MICHAEL u. STIERLIN, HELM: Krankheit und Familie – Konzepte, Forschungsergebnisse, Therapie. 2. Auflage. Stuttgart 1994.
- WIRSCHING, MICHAEL: Jenseits vom Schulenstreit. Frankfurt a. M. 1998.
- WIRSCHING, MICHAEL / HUBER, ELLIS / VON UEXKÜLL, THURE: Die Zukunft gestalten. Strukturen eines sozialen Gesundheitssystems. In: KRÖGER, FRIEDEBERT / HENDRISCHKE, ASKAN / McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000, 297 - 330.
- WITTCHEN, HANS-ULRICH / SAß, H. / ZAUCHIG, M / KOEHLER, K.: DMS III-R - Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Weinheim, Basel 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Constitution. Genf 1946.
- WROGE, VON DER, R / SPITZNER S. / METZ, G.: Interdisziplinäre Therapie der Adipositas. Stuttgart u.a. 1985.
- WURMSER, LEON: Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen. In: Forum der Psychoanalyse. H. 2, 111 - 133.
- ZACHER, ALBERT: Kategorien der Lebensgeschichte. Heidelberg 1980.
- ZINKER, JOSEPH C.: Auf der Suche nach gelingender Partnerschaft. Gestalttherapie mit Paaren und Familien. Paderborn 1997.
- ZIOLKO, HORST ULFERT: Anorexia nervosa: Krankheitsbild, Verlauf und Psychodynamik. In: Tempo Medical. O.O., H. 6, November 1977, 12 - 14.
- ZUNDEL, EDITH: Die vertrackten Regeln des Familienspiels. In: "Die Zeit" 27. Feb. 1987.
- ZUCK, GERALD, H.: Familientherapie: Unbegrenztes Experimentierfeld oder klinische Wissenschaft? In: TEXTOR MARTIN (Hrsg.) Das Buch der Familientherapie. Eschborn 1984.

Erklärung gemäß § 9 der Promotionsordnung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

.....

Jürgen Beushausen

Friedrichsfehn, Januar 2002

Lebenslauf Jürgen Beushausen

Personalien:

geboren am 25.06. 1955 in Georgsmarienhütte,
verheiratet, zwei Kinder.

Berufsausbildung:

Studium der Sozialarbeit vom WS 1976/77 bis SS 1979 an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland, Abt. Osnabrück,
Zusatzstudium Diplompädagogik, Universität Osnabrück, SS 1980 bis September 1982,

Promotionsstudium Erziehungswissenschaften, Hochschule Vechta WS 1993/1994 bis SS 1995,

Promotionsstudium Sozialwissenschaften, Universität Oldenburg, WS 1998/1999 bis WS 2001/2002,

Therapeutische Zusatzausbildungen: Gestalttherapie und Psychodrama,
Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Berufspraxis:

Oktober 1978 bis Juni 1981 Beschäftigung in einer Fachklinik für suchtkranke Männer,

seit 1982 tätig in der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke des Diakonischen Werkes Oldenburg,

Lehraufträge und beraterisch - therapeutische Tätigkeit (Psychosoziale Beratungsstelle der Universität Oldenburg) vom WS 84/85 bis WS 88/89,

Lehrauftrag an der Kath. FH Norddeutschland,

1988 bis 2001 Mitbegründer und Lehrtherapeut am IGGG (Ausbildungsinstitut für Gestaltberatung und Gestalttherapie, Institut für Gestalt * Gesundheit * Gesellschaft* in Burlage,

Supervisor in verschiedenen Institutionen.