

**Grit Ebert**

# Zur Genese und Therapie der Magersucht

**Diplomarbeit**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2004 Diplom.de  
ISBN: 9783832493097

**Grit Ebert**

# **Zur Genese und Therapie der Magersucht**



---

Grit Ebert

# Zur Genese und Therapie der Magersucht

Diplomarbeit  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Fachbereich Sozial- und Verhaltenswissenschaften  
Institut für Sportwissenschaften  
Abgabe September 2004



***Diplom.de***

Diplomica GmbH \_\_\_\_\_  
Hermannstal 119k \_\_\_\_\_  
22119 Hamburg \_\_\_\_\_

Fon: 040 / 655 99 20 \_\_\_\_\_  
Fax: 040 / 655 99 222 \_\_\_\_\_

agentur@diplom.de \_\_\_\_\_  
www.diplom.de \_\_\_\_\_

ID 9309

Ebert, Grit: Zur Genese und Therapie der Magersucht

Druck Diplomatica GmbH, Hamburg, 2006

Zugl.: Friedrich-Schiller-Universität Jena, Diplomarbeit, 2004

---

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Diplomatica GmbH

<http://www.diplom.de>, Hamburg 2006

Printed in Germany

# AUTORENPROFIL

## **Grit Ebert**

Diplomsportwissenschaftlerin für  
Prävention und Rehabilitation

gritebert25@hotmail.com



## **Meine persönlichen Daten:**

Geboren am 02.07.1979 in Zschopau  
Ledig, in einer festen Beziehung lebend  
Ortsgebunden

## **Studium:**

Diplomsportwissenschaft für Prävention und Rehabilitation an der Friedrich-Schiller  
Universität in Jena (1998-2004)  
Diplomabschluss: 30.09.2004 (Note: 1.3)

## **Fort- und Weiterbildungen:**

Rückenschullehrerin  
Nordic Walking Instructor

## **Kenntnisse und Interessen:**

Englisch, Französisch  
Sport, Musik

## **Angestrebter Aufgabenbereich:**

Sporttherapeutin  
Doktorandin für Sportpsychologie

# Inhaltsverzeichnis

## Tabellen-/Abbildungsverzeichnis

1. Problemstellung	1
2. Zur Genese und Therapie der Magersucht	4
<b>2.1. Aspekte der Genese</b>	<b>5</b>
<b>2.1.1 Definition</b>	<b>5</b>
<b>2.1.2 Das Modell der Salutogenese</b>	<b>6</b>
<b>2.1.3 Hauptformen schwerer Essstörungen</b>	<b>7</b>
2.1.3.1 Bulimia nervosa	8
2.1.3.2 Adipositas	9
2.1.3.3 Orthorexia nervosa	10
2.1.3.4 Anorexia nervosa	10
2.1.3.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Anorexia und Bulimia Nervosa	13
2.1.3.6 Das Dysorexia/Dysponderosis Kontinuum (ein Modell)	14
<b>2.1.4 Geschichtlicher Hintergrund</b>	<b>17</b>
2.1.4.1 Zum Begriff Anorexia nervosa	19
2.1.4.2 Das Schönheitsideal im Wandel	20
<b>2.1.5 Epidemiologie der Magersucht</b>	<b>21</b>
2.1.5.1 Geschlechtsspezifische Epidemiologien	23
2.1.5.2 Altersspezifische Epidemiologien	24
2.1.5.3 Familiäre Epidemiologien	25
2.1.5.4 Soziokulturelle Epidemiologien	26
2.1.5.5 die Epidemiologien im Leistungssport	27
<b>2.1.6 Die Pathogenese der Anorexia nervosa</b>	<b>29</b>
2.1.6.1 Aspekte aus medizinischer Sicht	31
2.1.6.1.1 Genetik	31
2.1.6.1.2 Endokrinologie	32
2.1.6.1.3 Neurologie	34
2.1.6.2 Aspekte aus psychologischer Sicht	34
2.1.6.2.1 Gestörte Mutter-Kind-Beziehung	35
2.1.6.2.2 Sexuelle Ängste	38
2.1.6.2.3 Gestörte Autonomiebildung	39
2.1.6.2.4 Psychologische Modelle	40



2.1.6.3	Aspekte aus sozialer Sicht	43
2.1.6.3.1	Die Familie	43
2.1.6.3.2	Kultur und Gesellschaft	46
2.1.6.4	Das Ätiologische Modell	48
<b>2.1.7</b>	<b><i>Symptome und Auswirkungen der Magersucht</i></b>	<b>49</b>
2.1.7.1	Aspekte aus medizinischer Sicht	50
2.1.7.2	Aspekte aus psychologischer Sicht	52
2.1.7.2.1	Die Entwicklung von Ritualen/Regeln	52
2.1.7.2.2	Bewegung, Sport und Leistung	54
2.1.7.2.3	Zunehmende Isolation vom sozialen Umfeld	55
2.1.7.2.4	Der Kampf um die Kontrolle	56
2.1.7.2.5	Das Gefühl von Unzulänglichkeit	56
2.1.7.2.6	Anorexia nervosa und Körperwahrnehmung	57
2.1.7.2.7	Kognitive Defizite	58
2.1.7.3	Aspekte aus sozialer Sicht	59
2.1.7.3.1	Die Familie	60
2.1.7.3.2	Das Umfeld	61
<b>2.1.8</b>	<b><i>Die Diagnose der Anorexia nervosa</i></b>	<b>61</b>
2.1.8.1	medizinische Untersuchungen	62
2.1.8.2	Diagnosekriterien	63
2.1.8.2.1	Feighner-Kriterien für Anorexia nervosa	63
2.1.8.2.2	DSM-III-R und DSM-IV	64
2.1.8.2.3	ICD-10-Kriterien	66
2.1.8.3	Fragebögen	67
2.1.8.3.1	EAT-26-Münster: Eating Attitudes Test – 26	68
2.1.8.3.2	EDI-Münster: Selbstbeurteilungsfragebogen für Essstörungen	69
2.1.8.3.3	ABOS-Münster: Beobachtungsskala anorektischen Verhaltens	70
2.1.8.3.4	BAT: Body Attitude Test	71
2.1.8.3.5	FEV: Fragebogen zum Essverhalten	72
<b>2.2.</b>	<b>Aspekte der Therapie</b>	<b>73</b>
<b>2.2.1.</b>	<b><i>Die Therapie im medizinischen Bereich</i></b>	<b>78</b>
2.2.1.1	Gewichtszunahmen	78
2.2.1.2.	Medikamentöse Therapie	80
2.2.1.3.	Ernährungstherapie	81

2.2.1.4. Physiotherapie/Krankengymnastik	82
<b>2.2.2. Die Therapie im psychologischen Bereich</b>	<b>82</b>
2.2.2.1. Einzeltherapie	85
2.2.2.2. Gruppentherapie	86
2.2.2.3. Gestaltungstherapie/Maltherapie/Musiktherapie	87
<b>2.2.3. Die Therapie im sozialen Bereich</b>	<b>89</b>
2.2.3.1. Verhaltenstherapie	90
2.2.3.2. Feministischer Therapieansatz	91
2.2.3.3. Familientherapie	92
<b>2.2.4. Sport- und Bewegungstherapie</b>	<b>94</b>
2.2.4.1 Hippotherapie	96
2.2.4.2 Tanztherapie	99
2.2.4.3 Entspannung	100
2.2.4.4 Körperwahrnehmung	101
2.2.4.5 Spiel	104
2.2.4.6 Kraft- und Ausdauertraining	105
2.2.4.7 Koordinationstraining	106
2.2.4.8 Konzentrierte Bewegungstherapie	106
<b>2.2.4. Zusammenfassung</b>	<b>108</b>
<b>3. Methodik</b>	<b>114</b>
<b>3.1. Das Untersuchungsverfahren</b>	<b>114</b>
<b>3.2. Die Untersuchungsperson</b>	<b>116</b>
<b>3.3. Die Untersuchungsvorbereitung und -durchführung</b>	<b>116</b>
<b>3.4. Die Untersuchungsauswertung</b>	<b>120</b>
<b>3.5. Die Einzelfallstudie</b>	<b>123</b>
<b>4. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>133</b>
<b>5. Ausblick</b>	<b>143</b>
<b>6. Literaturverzeichnis</b>	<b>147</b>
<b>7. Anhang</b>	<b>165</b>

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen

Abb. 1: „Der Tode greift nach mir. Ich wiege nur noch 40 kg.“	2
Abb. 2: Vergleich der Anzahl der Studien über Anorexia nervosa und deren Behandlung zwischen 1980 und 1991	4
Abb.3: Das Modell der Salutogenese	6
Abb. 4: Das Dysorexia/Dysponderosis Kontinuum	15
Abb. 5: Jarmila Maranova: Portrait Franz Kafka	19
Abb. 6: Dokumentation einer Anorexia nervosa vor und nach Behandlung	19
Abb. 7: Anstieg der Patientenzahl (Magersucht und Bulimie), 1975-1987, Medizinische Klinik des Krankenhauses Lübeck	22
Abb. 8: Alter der Patienten bei Krankheitsbeginn mit Magersucht (n = 336) und Bulimie (n = 204)	25
Abb. 9: Anorexia nervosa als eine multikausale Krankheit	30
Abb. 10: Häufigkeit wichtiger psychischer Befunde bei Patienten mit Magersucht und Bulimie, eigenes Krankengut	35
Abb.11: „Wie ein Kind mache ich mich von den Eltern durch diese Krankheit abhängig. Ständig bin ich auf ihre Hilfe angewiesen, brauche sie. Vielleicht bin ich eine Missgeburt oder ein Dämon.“	39
Abb. 12: „Trauer und Energielosigkeit“	41
Abb. 13: „Frauen – Tiere, die in der Erde leben und gebären. Abgeschlossenheit. Kein Kontakt. Keines hat mit dem anderen zu tun.“	42
Abb. 14: „Ein typisches Bild aus der Werbung: Schlank sein heißt Glück und Erfolg haben. Das zumindest suggerieren uns die Medien“	47
Abb. 15: Ätiologisches Modell der Anorexia und Bulimia nervosa	48
Abb. 16: „Ich und meine Umwelt“	56
Abb. 17: schwarze Wertlosigkeit: schlecht, scham- und schuldbeladen, verwirrt	57
Abb. 18: „Ich wünschte mir den Tod.“	57

Abb. 19: „Hilfe! Bin ich fett!“	58
Abb. 20: Intervall zwischen Manifestation der Krankheit und erstem Klinikaufenthalt der Patienten mit Magersucht (n=265) und Bulimie (n=169)	73
Abb. 21: Verweildauer der stationär behandelten Patienten mit Magersucht und Bulimie, eigenes Krankengut	74
Abb. 22: Gewichtskurve	79
Abb. 23: „Magersucht - bis das der Tod euch scheidet“	88
Abb. 24: gespaltene Psyche – die negative Stimme (hinten) lenkt den resignierten Mensch wie eine Marionette“	88
Abb. 25: „liegende Frau – furchtbar dick, aber entspannt“	89
Abb. 26: „Hippotherapie“	96
Abb. 27: Behandlungsergebnis bei Magersucht und Bulimie, eigenes Krankengut	109
Abb. 28: <i>Abb. 28: Die Geschichte vom Suppenkaspar</i>	146

## **Tabellen**

Tab. 1: Die DSM-IV-Kriterien	10
Tab. 2: Unterschiede zwischen Magersucht und Bulimie	16
Tab. 3: Charakteristika von Familien mit einem an einer Essstörung erkrankten Mitglied	46
Tab. 4: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach Feighner	63
Tab. 5: DSM-III-Kriterien	65
Tab. 6: DSM-III-R-Kriterien	65
Tab. 7: Die ICD-10-Kriterien	66
Tab. 8: Die ersten zehn Fragen des EAT-26	68
Tab. 9: Die ersten zehn Fragen des EDI	69
Tab. 10: Die ersten zehn Fragen des ABOS-Münster	70

Tab. 11: Die ersten zehn Fragen des BAT	71
Tab. 12: Ebenen der Dysfunktionen und therapeutisches Vorgehen	76
Tab. 13: Behandlungsziele der stationären Therapiephase	78
Tab. 14: Das ABC-Störungsmodell nach Ellis	91
Tab. 15: Die Terminologie des Körperbildes	102
Tab. 16: Aspekte des Körperbildes	102
Tab. 17: Sechs Kriterien für eine Besserung	108
Tab. 18: Risikofaktoren für einen Rückfall	109
Tab. 19: Übersicht über die Merkmale unterschiedlich stark strukturierter Interviews	115
Tab. 20: Übersicht über Merkmale qualitativ interpretierender und quantifizierender inhaltsanalytischer Auswertungsverfahren	121

## 1. PROBLEMSTELLUNG

„Ernährung [die], die Zufuhr von Nährstoffen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensvorgänge von Lebewesen notwendig sind. Diese Stoffe müssen die Energie für Lebensvorgänge (Muskeltätigkeit, Körperwärme, Stoffwechsel), Material zum Körperaufbau (Wachstum) und Ersatz für verbrauchte Substanzen liefern. Die Grundnährstoffe sind Kohlenhydrate, Eiweiße und Fette.“ (Bertelsmann Jugendlexikon, 1995, S. 161)

Laut dieser allgemeinen Definition der Ernährung handelt es sich bei der Aufnahme von Nahrung um eine auf rein biologischen Vorgängen basierende Handlung, welche dazu dient den Organismus lebens- und leistungsfähig zu erhalten. Doch unterliegt die menschliche Ernährung nicht weitaus mehr Faktoren, welche sie beeinflussen, als nur dem Bedarf des Körpers nach energetischer Substanz? Neben den physiologischen Bedingungen spielen in immer größerem Maße auch gesellschaftliche und psychologische Gegebenheiten eine Rolle; dies trifft besonders dann zu, wenn Lebensmittel zu jeder Jahreszeit in großer Auswahl zu ökonomisch vertretbaren Bedingungen zur Verfügung stehen (Westenhöfer, 1992). So wird Essen nicht nur hinsichtlich der Genießbarkeit, Nahrhaftigkeit und Verfügbarkeit kategorisiert, sondern beinhaltet ebenso Wertmaßstäbe, Ideologien, soziales Prestige oder religiöse Überzeugungen (Bruch, 1992). Es wird entschieden, worauf man Appetit hat, ob die Speise zu einem bestimmten Anlass passt oder aus traditionellen Gründen auf den Tisch kommen muss. Ob es der Weihnachtstollen am Heiligen Abend, die Pizza mit Freunden oder Kaviar zur Vernissage ist; Lebensmittel stehen sowohl mit Emotionen als auch mit zwischenmenschlichen Beziehungen in einem engen Verhältnis (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Buhl, 1991).

Aber auch die psychologischen und gesellschaftlichen Faktoren können nicht als einheitlicher Maßstab für das Ernährungsverhalten von Menschen in bestimmten Situationen betrachtet werden. Gerade in Ländern mit einer sehr guten Ernährungssituation beobachten Mediziner das Aufnehmen von Nahrungsmengen, welche die Bedürfnisse des menschlichen Organismus nicht in einem geeigneten Maße decken. Es wird ein Ernährungsverhalten erwähnt, das den Körper nachhaltig schädigt und so pathologische Ausmaße annimmt. Tritt dies auf, so spricht man von Essstörungen (Cuntz & Hillert, 2003), welche in den letzten Jahrzehnten zunehmend das öffentliche Interesse weckten. Es gibt zahlreiche literarische Veröffentlichungen, medizinische und psychologische Untersu-

chungen und kaum ein Magazin, das sich diesem Trend verschließt. Die Magersucht (lat. Anorexia nervosa) nimmt hierbei eine besondere Stellung ein, weil die 'Kunst des Hungerns' seit jeher als ein Mysterium angesehen wird (Schneider, 1993).

Neue Krankheiten (Spitzer, 1980) standen schon immer im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion, doch nur wenige Pathologien sind so medienwirksam wie die Magersucht, welche bevorzugt bei jungen, gebildeten, erfolgreichen und nicht selten gut situierte Menschen auftritt (Bruch, 1993). Das Hautsymptom dieser Krankheit ist zwanghaftes Hungern, welches in einer Welt, in der Erfolg und Aussehen eine wichtige Rolle spielen, allzu oft als einfache „ins Extrem getriebene Eitelkeit [...] missverstanden“ wird (Claude-Pierre, 1998, S. 14).

Dass die Problematik um einiges komplexer und komplizierter ist, zeigt eine genauere Analyse der Anorexia nervosa, ihrer Hintergründe und Auswirkungen, nicht zuletzt die auf dieser Krankheit beruhende erschreckende Anzahl der Todesfälle. Somatische Komplikationen und die Gefahr des Suizids nehmen mit der Katamnese-dauer zu und erreichen Werte bis maximal 18 % (Deter et al., 1992; Russell, 1992; Theander, 1985).

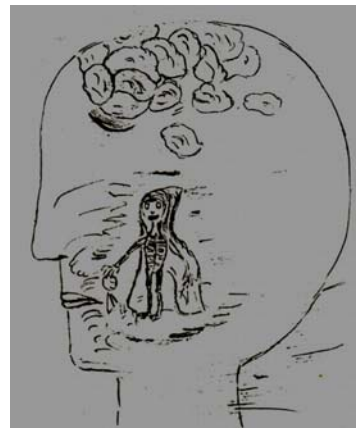


Abb. 1: „Der Tode greift nach mir.  
Ich wiege nur noch 40 kg.“  
(Aus: Feiereis, 1998, S. 78).

Die häufigste Todesursache sind Suizidhandlungen, welche mit bis zu 50 % für das frühe Versterben der Patienten zu Buche stehen. Als weitere Ursachen können verschiedene Infekte, welche das geschwächte Immunsystem nicht parieren kann, genannt werden (Crisp et al., 1992).

Bei einer Essstörung wird dem Essen die missbräuchliche Funktion zugeordnet Probleme mindern zu können, welche als unlösbar erscheinen (Bruch, 1992). In der Ursachenforschung muss oftmals bis ins Kindesalter zurückgegangen werden. Das Nichtessen ist Ausdruck eines seelischen Leidens, welches den Betroffenen häufig unbewusst ist und aufgearbeitet werden muss (Stahr et al., 1995).

Auf der Suche nach geeigneten Behandlungsmodellen für Essstörungen stellt sich die Frage, ob nicht auch der Sport als eine erfolgreiche Therapiemaßnahme einsetzbar ist. Für eine Vielzahl von Erkrankungen wird der Sport bereits zur Behandlung angewandt, zum Beispiel bei Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. Die günstigen Auswirkungen der sportlichen Betätigung sind nachgewiesen und so nimmt die Sporttherapie einen festen Platz im Therapiekonzept dieser Pathologien ein. Auch für Essstörungen gibt es sporttherapeutische Konzepte, welche vorgestellt und im Hinblick auf ihre Anwendungsmöglichkeiten kategorisiert werden (van der Schoot & Seeck, 1990).

Im Rahmen dieser Arbeit wird die Problematik der Genese der Magersucht aufgegriffen und thematisiert. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie diese Krankheit behandelt und, wenn überhaupt möglich, geheilt werden kann.



## 2. ZUR GENESE UND THERAPIE DER MAGERSUCHT

Das Studium der Literatur zeigt auf, dass es trotz intensiver Forschungen und Untersuchungen schwer fällt das Krankheitsbild der Magersucht klar abzugrenzen und zu definieren. Eine dem relativ seltenen Auftreten der Anorexie entgegenstehende unverhältnismäßig große Anzahl von Studien (vgl. Abbildung 2) weist zum Teil Ergebnisse mit Unterschieden auf, welche nur durch die fehlenden Richtlinien und ungenauen Abgrenzungen erklärbar sind. Ein Vergleich fällt deshalb schwer und die Forderung nach einheitlichen Maßstäben wird laut. Diese Defizite sollen an zwei Beispielen belegt werden, welche Meermann und Vandereycken kritisch anmerkten (1987). So gibt es keine genaue untere Altersgrenze bezüglich des Krankheitsbeginns. Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur und Munoz (1972) sprachen allgemein vom ersten Auftreten der Symptome vor dem 25. Lebensjahr. Gerlinghoff und Backmund (2000) gaben dem Altersbereich eine untere Grenze und benennen das 12. bis 25. Lebensjahr als Zeitraum für das erste Auftreten der Magersucht. Eine Einschränkung dieses Zeitraums nahmen Boothe, Becker-Fischer und Fischer (1993) vor, indem sie von einer Spitzeninzidenz um das 18. Lebensjahr sprachen. Für das Alter zwischen 15 und 24 Jahren steigt diese Inzidenzrate an. Des Weiteren fehlt die Kennzeichnung für den genauen Beginn der Krankheit. Es ist also nicht bekannt, wann das Fasten in Form von Diäthalten aufhört und die pathologischen Symptome der Anorexie beginnen. Dies hat auch erhebliche Auswirkungen auf die Epidemiologie, die aufgrund methodischer Mängel keine zufrieden stellenden Ergebnisse aufweisen kann (Fairburn & Beglin, 1990).

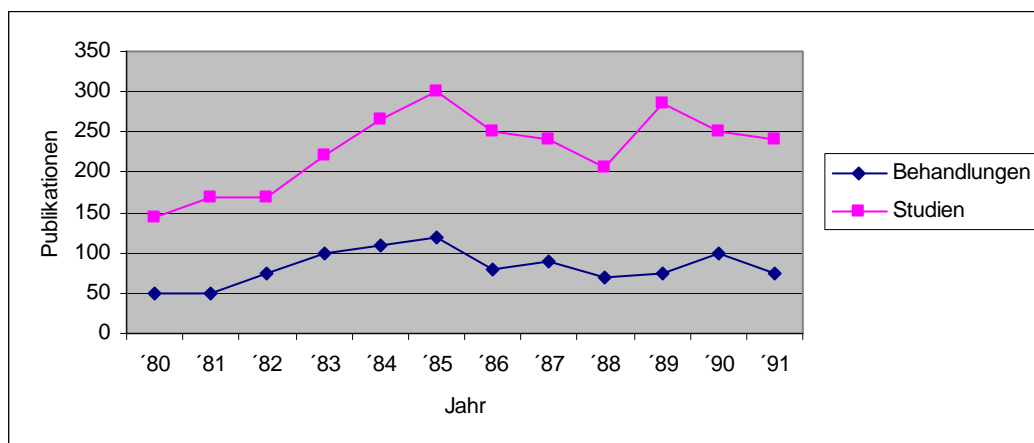


Abb. 2: Vergleich der Anzahl der Studien über Anorexia nervosa und deren Behandlung zwischen 1980 und 1991 (Fernández-Aranda, 1996, S. 37).

Diese Umstände erschweren genaue Angaben zur Genese der Magersucht. Ebenso fehlen übergreifende Forschungen im Rahmen der Therapie der Anorexie. Häufig wird auf Berichte von Therapeuten und die Auslegung deren Konzepte zurückgegriffen. Besonders stiefmütterlich wird die Sporttherapie behandelt, der nur zum Teil Nutzen bringende Eigenschaften zugeordnet werden. Aufgrund des häufig sehr geringen Gewichts Magersüchtiger wird jegliche körperliche Aktivierung untersagt. Einige literarische Beispiele belegen allerdings in adäquatem Maße die positiven Effekte sporttherapeutischer Behandlung (Leiner, 1993; Strausfeld, 1989; Ehrhardt, 1988).

Es empfiehlt sich als Einstieg zu dieser Arbeit die Begriffe des Themas zu definieren. Über die Epidemiologie, die Pathogenese und Symptomatik der Anorexia nervosa wird der Rahmen zur Diagnose und Therapie der Magersucht geschlossen um die Ergebnisse in einer Einzelfallstudie vergleichen zu können. Zur Veranschaulichung werden den Ausführungen Patientenzeichnungen und Diagramme beigelegt.

## **2.1 Aspekte der Genese**

Unter diesem Punkt soll der Begriff der Genese genauer herausgestellt werden. Des Weiteren wird das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky vorgestellt, welches das Gegenstück zur Pathogenese oder zum Risikofaktorenmodell bildet.

### **2.1.1 Definition**

Der Begriff Genese oder Genesis kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Entstehung, Entwicklung“ (Roche Lexikon Medizin, 1998, S. 621). Er kennzeichnet die Ursachen einer Erkrankung, welche auf physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene zu suchen sind. Im Fall der Magersucht muss hierfür in der frühen Kindheit mit der Suche begonnen werden. Besonders das Leben in der Familie ist für die Grundsteinlegung der pathologischen Symptomatik von großer Bedeutung. Weiterhin zu beachten ist die kindliche Entwicklung bis zur Pubertät. Nun treten soziale Faktoren in den Vordergrund. Der Beginn der Krankheit kann oftmals an einem bestimmten Ereignis festgemacht werden, doch ist dies nur der „Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“ (vgl. Bruch, 1993, S. 77; Willenberg, 1997, S. 70). Nach Krankheitsbeginn kann der Verlauf der Pathologie in