

Einleitung – Hunger nach Leben

Essstörungen äußern sich durch ein gestörtes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper. Es gibt verschiedene Formen von Essstörungen, wobei Mischformen häufig sind.

Im Folgenden sollen die drei bekanntesten Essstörungen kurz beschrieben werden:

Steckbrief Magersucht

- Gewicht: extremes Untergewicht (BMI unter 17,5)
- Essverhalten: restriktiv (Gewichtsverlust durch Nahrungsreduktion und erhöhte sportliche Betätigung) oder purgativ (Gewichtsverlust durch Erbrechen oder den Gebrauch von Abführmitteln und/oder entwässernden Medikamenten)
- Weitere Merkmale: Gestörtes Körperschema, hohe Leistungsansprüche, Denken und Handeln drehen sich nur um den Gewichtsverlust

„Anorexia nervosa“ bedeutet übersetzt so viel wie „nervlich bedingte Appetitlosigkeit“. Es handelt sich dabei um weit mehr als um ein Zeitgeist-Phänomen. Magersucht ist schon aus früheren Jahrhunderten bekannt und wurde bereits im 17. Jahrhundert beschrieben. Als erste prominente Betroffene wird häufig Sisi, die Kaiserin von Österreich, genannt, die in einem Teufelskreis aus Fasten und exzessiver körperlicher Betätigung gesteckt haben soll. Die erste wissenschaftliche Beschreibung der Magersucht wird William Gull zugeschrieben, der 1868 drei Fallberichte der damals als „*Anorexia hysterica*“ bezeichneten Krankheit aufschrieb.

Magersucht ist die vermutlich bekannteste und äußerlich auffälligste Essstörung. Sie tritt am häufigsten bei jungen Mädchen auf (sogar schon im Grundschulalter), wobei die Zahl männlicher Patienten mittlerweile zunimmt. Die Krankheitsdauer kann völlig unterschiedlich sein. Es gibt Betroffene, die schon nach wenigen Monaten wieder geheilt werden können aber auch zahlreiche Fälle, bei denen die Magersucht chronisch wird und weit ins Erwachsenenalter hineinreicht. Bei bis zu 15 % der Betroffenen führt die Magersucht zum Tod.

Patienten mit Magersucht fallen in ihrem Essverhalten dadurch auf, dass sie ungerne in Gesellschaft anderer essen, Essen häufig als Ritual zelebrieren und nur sehr langsam essen. Viele Betroffene kochen gerne für andere, essen aber selbst nichts von den zubereiteten Speisen. Sie wählen ihre Lebensmittel streng nach Fett- oder Kaloriengehalt aus und kennen den Kaloriengehalt der meisten Lebensmittel auswendig.

Magersucht und das gestörte Körperschema

Selbstbild:

- Den eigenen Körper als „fett“ empfinden
- Im Spiegel ewig lang angebliche Problemzonen betrachten

Außenwirkung:

- Erscheinen als beängstigend dünn
- Werden besorgt auf das Untergewicht angesprochen

Gegenmaßnahme:

- Weite Kleidung, um den ungeliebten Körper zu verstecken
- Körperbetonende Kleidungsstücke verbannen
- Keine nackte Haut zeigen und Schwimmbäder, Saunabesuche und Arzttermine meiden

Steckbrief Bulimie

- Gewicht: Unter- oder Normal-, selten auch Übergewicht
- Essverhalten: Fressanfälle mit anschließenden, rückgängig machenden Methoden
- Neben Erbrechen auch Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern oder Entwässerungsmitteln
- Weitere Merkmale: tiefes Schamgefühl, sehr schlankes Körperideal, nach außen gesund und normal wirkend

Betroffene verzichten im Alltag auf viele geliebte Lebensmittel, die sie bei einem anfallsartigen Kontrollverlust in großen Mengen in sich einstopfen. Um nicht zuzunehmen, erbrechen sie sich anschließend.

Monatlich werden nicht selten bis zu 1000 Euro oder noch mehr auf diese Weise die Toilette runtergespült.

Der Begriff „Bulimie“ kommt vom griechischen „bulimos“, was „Ochsenhunger“ bedeutet. Erste Berichte, die diese Krankheit beschreiben, könnten sogar schon aus der Antike stammen. Eine wichtige Veröffentlichung zu dem Krankheitsbild stammt von Professor Gerald Russel (1979), der erstmals die Bezeichnung „Bulimia nervosa“ für die Krankheit verwendet hat und diese wissenschaftlich beschrieb.

Etwa 95 % aller an Bulimie erkrankten Menschen sind weiblich. Angaben zur Häufigkeit sind jedoch wegen der hohen Dunkelziffer schwierig. Schätzungen gehen von zwei bis vier Prozent in der Risikogruppe der 18- bis 35-jährigen Frauen aus. Das Alter bei Erkrankungsbeginn ist in der Regel etwas höher als bei der Magersucht.

Kennzeichnend für das Essverhalten sind zwei Bedürfnisse, die sich nicht vereinen lassen. Bulimiker lieben einerseits das Essen und haben das Verlangen, hemmungslos zu essen, wollen dabei aber unbedingt dünn bleiben. Wiederholte Attacken von Heißhunger („Ess-“ oder „Fressattacken“) treten auf, gefolgt von selbst herbeigeführtem Erbrechen. Für die Fressattacken werden vor allem die hochkalorischen und normalerweise „verbotenen“ Nahrungsmittel gewählt, also fett- und kohlenhydratreiche Esswaren. Mehrere Tausend Kalorien können pro Attacke verschlungen werden. Die Häufigkeit der Fress- und Brechanfälle schwankt zwischen ein bis zwei Mal pro Woche bis mehrmals pro Tag. Dazwischen gibt es oft Phasen des absoluten Fastens und Diäthaltens, häufig getrieben vom schlechten Gewissen, „über die Stränge geschlagen zu haben“.

Typisch ist, dass die Patienten alles daran setzen, die Attacken vor dem Partner, Familienangehörigen und Freunden zu verheimlichen. Dies ist meist in ihrem hohen Schamgefühl begründet. Die Betroffenen beschäftigen sich zwanghaft und fast permanent mit allem, was mit Essen, Kalorien, Körpergewicht, Diät, Figur etc. zu tun hat. Rasche Gefühlsschwankungen treten auf, immer wieder kommen Versagensgefühle hervor. Nicht selten haben die Betroffenen finanzielle Probleme. Manche Patienten nehmen gar hohe Schulden auf sich, um die Lebensmittelmengen weiterhin finanzieren zu können. Selbst „Mundraub“ aus den Lebensmittelvorräten von Freunden, der Familie oder gar im Supermarkt kommt vor.

Äußerlich geben die Betroffenen ein recht souveränes Bild ab: Sie sind oftmals sehr kontrolliert und haben ihr Leben scheinbar gut im Griff. Meist sind sie recht erfolgreich in ihren Bereichen, funktionieren gut im Beruf und im Alltag. Sie sind für Freunde beliebte „Kummerkästen“ und Ratgeber. Innerlich jedoch sieht es ganz anders aus.

Die gesamte Gefühlswelt ist durch das bulimische Verhalten stark beeinflusst. Die Patienten leiden unter einem niedrigen Selbstwertgefühl, das mit zunehmender Krankheitsdauer und dem immer wieder aufkehrenden schlechten Gewissen noch tiefer sinkt. Es droht Einsamkeit trotz scheinbarer sozialer Integration. Nicht wenige Patienten entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung weitere Suchterkrankungen wie der Alkohol- oder Arzneimittelabhängigkeit. Es wird häufig von Anfällen von selbstverletzendem Verhalten berichtet. Zudem ist die Krankheit eine immense Belastung für partnerschaftliche Beziehungen.

Steckbrief Binge-Eating-Disorder

- Gewicht: Normal-, meist Übergewicht
- Essverhalten: Unkontrollierte Essanfälle ohne rückgängig machende Maßnahmen wie anschließendes Erbrechen
- Weitere Merkmale: Essen als Stimmungsaufheller und oft aus Einsamkeit, danach Schuldgefühle und Selbstekel

Betroffene der Binge-Eating-Disorder haben eher wenige Freunde und fühlen sich einsam. Um gegen die innere Leere anzukämpfen, verschlingen sie anfallartig riesige Mengen Nahrungsmittel. Dies ist auch der auffälligste Unterschied zur „normalen“ Adipositas: Während „nur“ übergewichtige Menschen immer zu viel essen, weisen viele Menschen mit Binge-Eating-Disorder ein eher normales Essverhalten zwischen den Essanfällen auf.

Essen ist für diese Patienten häufig Trost und die einzige Freude, der zu bestimmten Anlässen nachgegeben wird. Nichtsdestoweniger leiden sie unter den unkontrollierten Essanfällen und begegnen der eigenen Figur wegen des Übergewichts mit Hassgefühlen.

„Binge-Eating“ bedeutet übersetzt „Essgelage“. Das Essverhalten der Betroffenen zeichnet sich dadurch aus, dass sie riesige Mengen Nahrungsmittel mit einem Mal in sich hineinstopfen und nicht mehr aufhören können. Während dem Essen fühlen sie sich gut und genießen die Nahrungsmittel.

Die Binge-Eating-Disorder ist noch nicht als eigenständiges Krankheitsbild klassifiziert und wird in den internationalen medizinischen Klassifikationssystemen (ICD, DSM) nur unter den „unspezifischen Essstörungen“ erwähnt. Der Aufklärungs- und Forschungsbedarf bei dieser Störung ist noch hoch.

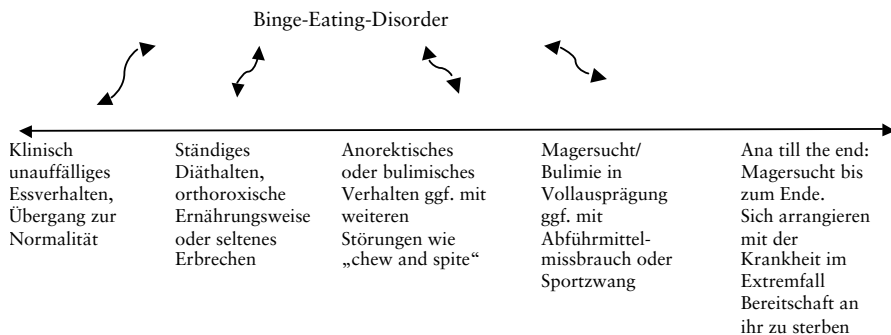
Zur Prävalenz wird angegeben, dass die Binge-Eating-Disorder häufiger als Magersucht und Bulimie vorkommt. Man geht von ca. 0,7–4 Prozent der Bevölkerung aus. Etwa 40 Prozent der Betroffenen sind Männer, was zeigt, dass der Anteil an Männern hier um etliches größer ist als bei anderen Essstörungen. Der Erkrankungsbeginn liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, ein weiterer Altersgipfel liegt zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr. Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt Untersuchungen zufolge 11 Jahre.

Wichtig ist die Unterscheidung zur Adipositas: Adipositas ist eine medizinische Diagnose und bezeichnet nur das Übergewicht an sich. Sie schließt keine psychischen Erkrankungen mit ein. Der Begriff „Binge-Eating-Disorder“ wiederum umfasst auch die große Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Zudem zeichnet sich das Gewicht dieser Patienten häufig durch starke Schwankungen aus. Sie beschäftigen sich intensiv mit Nahrungsmitteln und deren Kaloriengehalt und essen zwischen den Essattacken entweder normal oder aber chaotisch und unregelmäßig. Aus Scham nehmen viele Betroffene fast alle Mahlzeiten, auch jene außerhalb der Fressanfälle, heimlich zu sich. Typische Symptome sind eine sehr schnelle Nahrungsaufnahme während der Essanfälle bis zum unangenehmen Völlegefühl. Die Patienten können dabei größte Mengen essen, auch ohne vorher körperlich hungrig gewesen zu sein. Essen geschieht bei ihnen aus Traurigkeit, Einsamkeit oder auch zur Belohnung und bei Freude. Nach den Essattacken fühlen sie sich abgestoßen vom Essen, deprimiert und leiden unter extremen Schuldgefühlen.

Die Übergänge zwischen den einzelnen Formen von Essstörungen sind gleitend. Aus einer anfänglichen Magersucht kann sich eine Bulimie entwickeln, ebenso kann die Bulimie in eine Magersucht umschlagen. Bei Menschen mit Binge-Eating können bulimische Phasen vor allem in der Vergangenheit aufgetreten sein. Bei den meisten Patienten liegen entsprechend auch keine klar voneinander abzugrenzenden Essstörungen in ihrer Reinform vor. Der Autorin erscheint aus diesem Grund eine Unterteilung des Buches in einzelne Formen von Essstörungen als gezwungen. Aus diesem Grund behandeln die einzelnen Kapitel in diesem Buch Symptome von Essstörungen und typische Verhaltensweisen der Betroffenen.

Weiterhin schlägt die Autorin vor, weitgefasst bei Essstörungen von einer Eating-Spektrum-Disorder zu sprechen, anstelle jeden Einzelfall in eine Krankheitsklassifikation pressen zu wollen. Der Begriff „Spektrum“ ist bei anderen die Psyche und Entwicklung betreffenden Krankheiten wie dem Autismus-Spektrum-Syndrom durchaus gebräuchlich.

„Spektrum-Syndrom“ beschreibt eine Krankheit, die in verschiedenen Ausprägungsformen vorkommen kann, bei denen die Übergänge fließend sein können. Bei Essstörungen könnte man sich ein solches Spektrum wie folgt vorstellen:



1 Wie alles begann: Von Einstiegsdrogen und Selbstbestimmung

1.1 Magersucht

Wenn Diäten zur Sucht wird



Normalerweise nimmt man nach einer Diät irgendwann wieder zu oder hält das Gewicht. Manche Menschen machen jedoch weiter, auch wenn sie die gewünschten Kilos längst abgenommen haben. Sie merken plötzlich, wie leicht es ist, sich durch Nichtessen Erfolgserlebnisse zu verschaffen.

Jede 100 Gramm, die die Waage weniger anzeigt, lösen in ihnen Belohnungsgefühle aus. Diese Belohnungsgefühle sind alles, was sie noch interessiert. Sie haben sich an der Einstiegsdroge „Diät“ versucht und sind süchtig geworden. Sie nehmen weiter ab. Immer weiter. Für einige wenige gilt sogar das Motto: Ana till the end: Magersucht bis zum Ende.

Erst Leistung, dann Liebe?

Sie weiß nicht mehr, wie oft sie darüber nachgedacht hat, warum sie in die Magersucht geraten ist. Eins weiß sie sicher. Es ist nicht passiert, da sie aussehen wollte wie irgendein Magermodel aus einem Hochglanzmagazin. Wenn sie ehrlich ist, findet sie diese dünnen Kleiderständer einfach nur hässlich.

Was aber dann? Tiefe Konflikte mit ihrer Mutter? Fehlanzeige. Okay, es hatte in ihrer Pubertät Reibungspunkte und Konflikte gegeben, aber wo gibt es die nicht?

Und trotzdem. Sie war mit ihrem Leben nicht zufrieden gewesen. Sie hatte sich seit ihrer Kindheit stets eingengt gefühlt. Si-

cher, die Eltern hatten alles für sie getan, waren immer da gewesen. Und doch: Für sie war es wie ein goldener Käfig gewesen.

Sie hatte sich immer danach gesehnt, eigene Erfahrungen machen zu dürfen. Auch mal hinfallen zu dürfen, ohne gleich Vorwürfe zu hören zu bekommen nach dem Motto „Das kommt davon. Hättest du es nur genauso gemacht, wie wir es wollten, wäre das nicht passiert. Du bist selber Schuld an deinem Unglück.“ Sie hasste solche Sätze. Sie sehnte sich nach dem Gefühl, aufgefangen zu werden, wenn sie einmal hinfiel. Keine Vorwürfe, sondern einfach nur: „Ich bin für dich da.“ Doch das konnten die Eltern nicht. Sie waren für sie da, solange sie funktionierte. Solange sie sich so verhielt, wie die Eltern es für richtig hielten. Sie sollte Leistungen bringen und die Träume der Eltern leben. Dann wurde sie geliebt, dann bekam sie Aufmerksamkeit. Bei schlechten Noten oder einem anderen „Versagen“ hieß es nur „Mehr lernen, mehr üben, mehr Einsatz zeigen“. Und immer „Du bist doch selbst daran schuld. Hättest du am Tag vor der Arbeit nicht noch abends mit einer Freundin telefoniert, hättest du eine bessere Note geschrieben. Hättest du vor dem verlorenen Tennisspiel mehr trainiert, hättest du gewonnen. Hättest du nur. Hättest du nur. HÄTTEST DU NUR...“ Mit anderen Worten: Du hast uns Schande gebracht. Wir schämen uns wegen dir. Und das nach allem, was wir für dich getan haben (Eine lange Aufzählung von Dingen, die die Eltern getan hatten, würde folgen.) Und dann: „Womit haben wir so eine Tochter verdient?“

Erst als sie viel älter war, stellte sie die Frage andersherum: Womit habe ich solche Eltern verdient? Eltern, die mich nur beachten, wenn ich funktioniere, und die bei Misserfolgen noch betonen müssen, dass sie mich TROTZDEM lieben?

Zurückblickend verstand sie ihre große Verzweiflung als Kind, dass die Liebe ihrer Eltern aufhören könnte, wenn sie zu viele Fehler machte, nicht perfekt genug war. Perfektion war folglich alles für sie. Die meisten Bereiche in ihrem Leben waren auch perfekt gewesen: Immer Klassenbeste, fast nur Einser, Klassensprecherin, fünf Pokale von gewonnenen Tennisturnieren, Landesmeisterin im Kopfrechnen. Aber zur Perfektion gehörte auch ein perfektes Aussehen. Und sie war von Natur aus eher stämmig und leicht pummelig. Wie oft schon hatte die Familie enttäuscht festgestellt, dass sie wohl nach dem Vater schlage und nicht nach der graziösen und elfengleichen Mama.

Ihr war das lange egal gewesen. Doch plötzlich gewann die Figur auch in ihrem Umfeld an Bedeutung. Und dann die immer mahnenden Worte der Mutter, wenn sie in ihren Pfefferminztee mehr als einen Löffel Zucker tun wollte. „Zucker macht dick. Du wirst es bereuen. Sag dann nicht, dass ich dich nicht gewarnt habe!“ In ihr wuchs die Überzeugung heran, nicht mehr geliebt zu werden, wenn sie zu viel wiegen würde. Und tatsächlich: In der Schule erlebte sie, dass in ihrer Kleidergröße 36 bereits als „fette Sau“ beschimpft wurde. Bloß weil sie früh in die Pubertät gekommen war und gleich viel Busen bekommen hatte.

Dann der Schock: Bei der nächsten Klassensprecherwahl wurde sie nur Stellvertreterin. Und ihr Schwarm aus der Nachbarklasse entschied sich nicht für sie, sondern für eine Barbiepuppe mit Topmodel-Figur. Man munkelte, dass diese Barbie Bulimie habe. Doch das machte sie erst recht interessant.

Weinend lag sie abends in ihrem Bett. Warum war sie nicht auch dünner, warum nur musste sie normalgewichtig sein? Normal war doch langweilig, viel zu durchschnittlich.

An diesem Abend fasste sie einen Beschluss: Sie würde abnehmen. Oder besser noch: Magersüchtig werden. Dann würde sie auch etwas Apartes für sich haben.

Sie verringerte langsam und Schritt für Schritt ihre Portionen immer weiter. Irgendwann aß sie nichts mehr in der Schule und ließ sowohl Pausenbrot als auch Müsliriegel in der Mülltonne verschwinden. Anstelle der Trinkpäckchen nahm sie in eine Trinkflasche abgefüllten, ungezuckerten Tee mit. Mittags nahm sie nur kleine Portionen. Die Mutter unterstützte sie noch darin und schien stolz auf ihre Tochter sein. Auf ihre Tochter, die gerade auf dem direkten Weg in die Magersucht war. Als es ein paar Mal mittags nicht das gab, was das Mädchen gerne mochte, ließ es auch diese Mahlzeit ausfallen. Auf diese Weise wurde sie immer weniger. Sie freute sich jedes Mal, wenn sie auf die Waage stieg und diese sie mit einem niedrigeren Gewicht begrüßte. Wieder eine Leistung, wieder tapfer durchgehalten und gehungert und wieder Disziplin gezeigt. Sie freute sich, sich selbst so gut unter Kontrolle zu haben.

Doch irgendwann, ganz schleichend, übernahm eine andere Macht die Kontrolle über ihr ganzes Leben. In ihren Kopf zog die Stimme ein, die Stimme der Magersucht. Von nun sagte ihr diese Stimme, was sie essen durfte und sollte und was nicht. Jede 100 Gramm

weniger auf der Waage stellten die Stimme zufrieden. Jede Zunahme führte dazu, dass sie sich verachtete wegen ihrer Disziplinlosigkeit. Ganz tief unten saß in ihr die Angst, jetzt, wo sie über die Stränge geschlagen hatte, nicht genug gehungert und verzichtet hatte, weniger geliebt zu werden. Denn Liebe war etwas, das hatte sie in ihrer Kindheit gelernt, das man nicht einfach hat, sondern sich Tag für Tag erarbeiten muss. Erarbeiten, in dem man Leistung bringt. Erarbeitet, indem man hungert und hart zu sich ist. Das war man den Eltern schuldig: Nach allem, was sie für einen getan hatten, musste man sich dankbar zeigen und funktionieren. Funktionieren – wenn es sein muss bis zum Tod. Sie hatte keine Angst mehr. Denn auf diesem Weg war sie sich zumindest der Liebe der Eltern sicher.

Was Angehörige wissen sollten

Warum ausgerechnet mein Kind? Diese Frage stellen die meisten Eltern, wenn ihr Kind an Magersucht erkrankt. Eine Antwort drauf gibt es nicht. Auch, was die Gründe für die Krankheit sind, ist nicht immer klar festzumachen. Meistens kommen mehrere Bedingungen und Faktoren zusammen, damit sich eine Essstörung entwickelt. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem eine ererbte Veranlagung, Selbstzweifel, ein geringes Selbstwertgefühl und Perfektionismus. Unter bestimmten äußeren Umständen bricht die Krankheit dann aus. Diese äußeren Umstände können belastende Lebensereignisse sein wie ein sexueller Missbrauch, die Trennung der Eltern, ein Umzug oder andauernde negative und verletzende Kommentare wegen des äußeren Erscheinungsbildes.

Gemeinsam haben viele Magersüchtige, dass sie hohe Leistungen von sich erwarten bzw. dass ihnen nahestehende Menschen, vor allem die Eltern und Großeltern, eine hohe Leistungserwartung an sie stellen.

Oft kommen die Betroffenen aus Familien, in denen vor allem äußere Erfolgserlebnisse zählen. Gleichzeitig kann ein großes Maß an Opferbereitschaft vorhanden sein. Meist ist es die Mutter, die sich für die Familie oder Bekannte aufopfert, nie an sich selbst, sondern immer nur an andere denkt. Dadurch wird vorgelebt, dass Verzicht und Aufopferungsbereitschaft lobenswerte und wünschenswerte Eigenschaften sind, oft werden diese auch gerade von den Töchtern erwartet. Bemüht wird nach außen eine perfekte Familie dargestellt. Im Inneren sieht es jedoch ganz anders aus. Anstelle unbedingter Liebe lernt der Nachwuchs nur dann Aufmerksamkeit kennen, wenn er etwas erreicht, Er-