

Wenn das „Essen zur Störung“ wird

Einführung

Der Wunsch, schlank zu sein, ist in unserer Gesellschaft - insbesondere bei Frauen - sehr verbreitet. So wollen, unabhängig von ihrem Gewicht, Frauen in Deutschland im Durchschnitt um 5 Kilogramm leichter sein. Bei immer mehr Menschen nimmt dieser Wunsch mittlerweile krankhafte Formen an. Die Bezeichnung "Bulimia nervosa", kurz auch Bulimie genannt, bedeutet sinngemäss "Ochsenhunger" (der Anhang "nervosa" deutet auf psychische Ursachen hin) und steht für ein Krankheitsbild, das in der Umgangssprache häufig "Ess-Brech-" oder "Fress-Brech-Sucht" genannt wird.

Neben der Anorexia nervosa (besser bekannt als Anorexie oder Magersucht) ist die Bulimie das typischste Beispiel für eine Essstörung. Die Unterscheidung zwischen Anorexie und Bulimie ist oft schwierig, in der Presse werden sie häufig gleichgesetzt, obwohl es sich um unterschiedliche Störungsbilder handelt. Gemeinsam ist beiden Krankheiten, dass bei den Betroffenen eine extreme Angst vor einer Gewichtszunahme besteht. Während jedoch bei der Anorexie starker Gewichtsverlust durch extreme Diät im Vordergrund steht, ist das Hauptmerkmal der Bulimie das wiederholte Auftreten von Essattacken, die von aktiv herbeigeführtem Erbrechen oder der Einnahme von Abführmitteln bzw. harntreibenden Mitteln gefolgt sind. Im Gegensatz zu anorektischen Patientinnen, die äusserlich durch ihr Untergewicht auffallen, liegt das Körpergewicht bei bulimischen Patientinnen meist im Normalbereich.

Häufigkeit

Stärker als bei jeder anderen psychischen Störung sind von der Bulimie vor allem Frauen betroffen. Es sind 99% Frauen, die an Bulimie erkranken. Auffällig ist ausserdem, dass die Störung gehäuft in der sozialen Mittel- und Oberschicht auftritt. In der weiblichen Bevölkerung leiden in der Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren etwa 2,5% an Bulimie. Auch bei Frauen ohne die Diagnose Essstörungen finden sich häufig einzelne Symptome der Bulimie: etwa 5% der weiblichen Gesamtbevölkerung berichten, dass sie z.B. das Herbeiführen von Erbrechen und die Einnahme von Abführmitteln einsetzen, um Gewicht zu verlieren. Die Häufigkeit der Bulimie hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, zur Erklärung wird dabei häufig das derzeit herrschende Schlankkeitsideal herangezogen. Etwa 4/5 aller Patientinnen erkranken vor dem 22. Lebensjahr, bei der Hälfte der Betroffenen geht der Bulimie eine Anorexie voraus.

Grundlage und Ursachen

Es wird vermutet, dass bei der Entstehung von Bulimie verschiedene Einflüsse zusammenwirken: Gesellschaftlich vorgegebenes Schlankheitsideal. In der heutigen Gesellschaft gilt ein Schönheitsideal, das insbesondere für Frauen einen schlanken, gesunden und schönen Körper fordert. Dieses Ideal begegnet Frauen z.B. Tag für Tag in der Werbung oder in Zeitschriften. Etwa 20% aller Frauen führen regelmässig Schlankheitsdiäten durch. Nach einer erfolgreichen Diät erfährt die Person zunächst positive Konsequenzen Komplimente, Stolz auf ihre Willensstärke). So kann es geschehen, dass (Gewichtskontrolle und Schlanksein) zu einer wichtigen Quelle für das Selbstbewusstsein werden. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass gerade junge Frauen, die während der Pubertät gerade bzgl. ihres Körpers oft sehr unsicher sind, besonders anfällig für Essstörungen sind.

Lernerfahrungen

Die Erfahrungen, die schon früh im Umgang mit Nahrungsmitteln gemacht wurden, können bei der Entstehung von Bulimie eine entscheidende Rolle spielen. So ist es z.B. denkbar, dass ein Kind, das immer wenn es traurig war mit Schokolade getröstet wurde, auch später bei Miss-Stimmung damit reagiert, sich etwas zu gönnen; insbesondere dann, wenn keine anderen Arten der Problembewältigung gelernt wurden. Es kann ein Problem dadurch entstehen, dass die Nahrungsaufnahme von dem eigentlichen körperlichen Bedürfnis losgelöst ist (beispielsweise, weil ein Kind gelernt hat zu essen, "was auf den Tisch kommt", unabhängig davon, ob es Hunger hat) und so das normale Hunger- und Sättigungsgefühl verlernt wird.

Familiäre Einflüsse

Bei Familien bulimischer Patientinnen sind häufig ähnliche Auffälligkeiten zu finden. So ist beobachtet worden, dass die Patientinnen von ihren Eltern häufig stark behütet werden, und dass in den Familien Konflikte meist nicht angesprochen werden. Es ist allerdings nicht belegt, ob diese Faktoren eine ursächliche Rolle bei der Entstehung der Bulimie spielen. Eine andere Erklärung wäre, die Tatsache, dass ein Familienmitglied an Bulimie leidet, sich auf die übrige Familie auswirkt. So haben bulimische Patientinnen z.B. häufig Schwierigkeiten damit, Selbständigkeit zu entwickeln. Das kann einerseits als Folge von Überbehütung gedeutet werden; es ist aber auch möglich, dass die mangelnde Selbständigkeit erst dazu geführt hat, dass die Eltern sich besonders stark um ihre Tochter kümmern.

Biologische Faktoren

Ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung kann ein genetisch bedingter niedriger Energieverbrauch sein. In diesem Fall neigt die Person zu einem höheren Körpergewicht trotz normaler Nahrungsaufnahme. Das Erreichen einer schlanken Figur ist für die Betroffenen nur durch Massnahmen der Gewichtskontrolle zu erreichen. Darüber hinaus ist bei Bulimiepatientinnen häufig ein reduzierter Spiegel von Botenstoffen des Gehirns festgestellt worden, welche Einfluss auf das Sättigungsgefühl und die emotionale Befindlichkeit haben.

Die besprochenen Faktoren stellen Ursachen dar, wie Bulimie entstehen kann, sie können aber nicht erklären, wodurch die Störung letztendlich ausgelöst wird. Bei vielen Patientinnen gehen belastende Ereignisse, z.B. der Tod eines Angehörigen oder besondere Leistungssituationen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen, der Erkrankung unmittelbar als Auslöser voraus. Neben Erklärungen für die Entstehung und Auslösung der Bulimie, gibt es auch Vermutungen darüber, wie die Störung aufrechterhalten wird. Das veränderte Essverhalten führt zu biologischen und psychologischen Veränderungen, die dazu beitragen, dass die Störung bestehen bleibt, auch wenn die an der Entstehung beteiligten Faktoren gar nicht mehr vorhanden sind: Zur Mangelernährung bei Patientinnen mit Bulimie kommt es dadurch, dass zwischen den Essanfällen Diät gehalten wird bzw. dadurch, dass die Nahrung erbrochen wird. Als Konsequenz treten hormonelle Störungen und Stoffwechselveränderungen auf, durch die der Energieverbrauch herabgesetzt wird. Unter diesen Bedingungen führt auch eine normale Kalorienzufuhr zu einer kurzfristigen Gewichtszunahme, was zur Folge hat, dass die Patientinnen verstärkt versuchen ihr Gewicht zu kontrollieren. Auf diese Weise können sich die biologischen Veränderungen nicht normalisieren und es setzt ein Teufelskreis ein.

Auf psychologischer Ebene ist zu beobachten, dass das gestörte Essenverhalten häufig dazu führt, dass die Betroffenen sich von anderen Menschen zurückziehen und das Interesse an anderen Dingen verlieren. Diese Isolierung kann den Mangel an Selbstwertgefühl verstärken, unter dem bulimische Frauen häufig leiden. Eben diesen Mangel versuchen die Frauen aber dadurch auszugleichen, dass sie durch Gewichtskontrolle ein vermeintlich attraktiveres Äusseres erreichen.

Gezügeltess Essen

Zwischen den Essanfällen zeigen bulimische Patientinnen meist stark gezügeltes Essen. Als Konsequenz empfinden die Frauen oft Heisshunger. Insbesondere wenn zusätzlich noch Stress oder andere Belastungen auftreten, wird das Auftreten von Essanfällen begünstigt.

Die Aufnahme einer grossen Nahrungsmenge während eines Essanfalls erzeugt bei den Betroffenen starke Angst vor einer Gewichtszunahme. Diese Angst wird durch Herbeiführen von Erbrechen zumindest kurzfristig abgeschwächt. Das Erbrechen wird also durch den Wegfall der Sorge um das Gewicht quasi belohnt und so als eine Strategie zur Gewichtskontrolle erlernt.

Symptomatik

Das Hauptmerkmal der Bulimie ist das wiederholte Auftreten von Essanfällen. Während dieser Anfälle nehmen die Betroffenen in kurzer Zeit grosse Nahrungsmengen zu sich, ohne das Gefühl zu haben, die Nahrungsaufnahme kontrollieren zu können.

Es handelt sich meist um kohlenhydrat- und kalorienreiche Speisen wie Gebäck, Schokolade, Kartoffelchips oder Pudding. Durchschnittlich nehmen Patientinnen während eines Essanfalls 3 500 Kalorien zu sich. Diese Anfälle treten mehrmals wöchentlich, bei manchen Patientinnen sogar mehrmals täglich auf und dauern in der Regel etwa 1 -1,5 Stunden. Damit nicht auffällt, welche enormen Nahrungsmengen sie verbrauchen, gehen die betroffenen Frauen häufig in diverse Supermärkte, in denen sie jeweils nur eine kleine Mengen einkaufen. Bulimische Frauen beschäftigen sich andauernd und übertrieben mit ihrem Gewicht, die Figur hat eine entscheidende Bedeutung für ihr Selbstwertgefühl, deshalb wird die nach dem Essanfall befürchtete Gewichtszunahme als sehr bedrohlich erlebt und die Betroffenen greifen zu Massnahmen der Gewichtskontrolle. Dies geschieht meist durch das Herbeiführen des Erbrechens oder durch die Einnahme grosser Mengen von harntreibenden oder abführenden Mitteln. Zwischen den Anfällen leben die Betroffenen meist nach einer sehr strengen Diät oder betreiben übermässig viel Sport. Durch die Aufeinanderfolge von Fressanfällen und Diäten kommt es zu starken Gewichtsschwankungen. Im Durchschnitt liegt das Gewicht bulimischer Patientinnen jedoch wie erwähnt im Normalbereich.

Als Konsequenz des Erbrechens treten medizinische Probleme auf. Es kommt häufig zu Kaliummangel, der zu Herzrhythmusstörungen führen kann. Darüber hinaus treten Schwellungen der Speiseröhre, Schädigung des Zahnschmelzes und Veränderung an Haut und Haaren auf. Durch das Einführen des Fingers oder von Fremdkörpern, um Erbrechen herbeizuführen, kann die Mundhöhle verletzt werden. Zudem besteht Erstickungsgefahr, wenn der Mageninhalt in die Luftröhre gelangt.

Durch dem Missbrauch von harntreibenden und abführenden Mittel kommt es zu schweren Störungen des Mineralstoffwechsels. Häufig leiden bulimische Patientinnen unter Unterernährung, die u.a. zu Störungen des Hormonsystems führt. Konsequenzen sind häufig Ausbleiben der Menstruation, Unfruchtbarkeit, Energiemangel und Kälteempfindlichkeit.

Bei bis zu 50% der bulimischen Frauen treten, vermutlich als Folge der Essstörung, depressive Symptome auf. Stimmungslabilität, Schuldgefühle und Suizidgedanken werden häufig im Zusammenhang mit den Ess- und Brechanfällen beobachtet. So ist z.B. das Gefühl der Erleichterung nach dem Erbrechen nur von kurzer Dauer und wird von Niedergeschlagenheit gefolgt, Essanfälle lösen häufig Selbstvorwürfe, sich selbst nicht genug unter Kontrolle zu haben, aus.

Verlauf

Zum Verlauf der Bulimie ist recht wenig bekannt, da Bulimie erst seit 1980 als eigenständige Diagnose erhoben wird. Es wird davon ausgegangen, dass sich im Krankheitsverlauf Phasen mit geringer und stark ausgeprägter Symptomatik abwechseln. Im Durchschnitt besteht die Störung bereits 5 Jahre, ehe der erste Behandlungsversuch unternommen wird. Das ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Patienten häufig versuchen, ihre Krankheit zu verheimlichen und Vorkehrung treffen, damit sie auch nicht von anderen entdeckt wird. Nach einer stationären Therapie können etwa 40% der Patientinnen als gut therapiert und 20% als teilweise therapiert bezeichnet werden. Bei den übrigen 40% bleibt aber ein Behandlungserfolg aus. Das scheint insbesondere bei Frauen der Fall zu sein, die neben der Bulimie auch unter depressiven Symptomen oder Angststörungen leiden.

Therapie

Bei der Behandlung von Bulimie werden kurzfristige und langfristige Massnahmen eingesetzt. Grundsätzlich sollte die Behandlung in einer Klinik stattfinden, wenn schwerwiegende medizinische Probleme aufgetreten sind.

Zunächst ist es unumgänglich, eine Veränderung des Essverhaltens herbeizuführen, um einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen Situation entgegenzuwirken und eine Rückbildung der biologischen Funktionsstörungen zu erreichen. Diese Funktionsstörungen werden hauptsächlich durch die Mangelernährung während der Diätphasen zwischen den Heisshungeranfällen verursacht. Hauptziel des sogenannten "Ernährungsmanagements" ist es deshalb, das alltägliche Essverhalten zu normalisieren. Dabei wird nicht nur auf ausreichende Kalorienzufuhr, sondern auch auf angemessene Nahrungszusammensetzung und zeitlich Verteilung der Nahrungsaufnahme geachtet. Um dies zu erreichen wird, zunächst das Essverhalten der Patientin untersucht. Danach wird die Betroffene über die biologischen und psychologischen Konsequenzen der Mangelernährung aufgeklärt. In einer abschliessenden Übungsphase wird die Patientin angeleitet, ihre Nahrungsaufnahme zu strukturieren. Häufig ist beim Ernährungsmanagement eine starke Kontrolle der Patientin notwendig, da die Betroffenen sich zwar oft scheinbar auf die Ernährungsumstellung einlassen, aus Angst vor einer Gewichtszunahme aber heimlich Erbrechen herbeiführen.

Es ist deshalb auch wichtig, z.B. mit der Patientin auszumachen, dass sie sich für das Einhalten der Therapie selber belohnt. Ausgehend von der Annahme, dass Bulimie Ausdruck einer tieferliegenden Ursache, wie z.B. eines mangelnden Selbstwertgefühls ist, erscheint es notwendig, dass die Behandlung sich nicht allein auf die Normalisierung der Symptomatik, d.h. des Essverhaltens, und der ernährungsbedingten Verfassung beschränkt. Zur langfristigen Behandlung werden verschiedene Methoden angewandt: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden da angenommen wird, dass im Laufe der Erkrankung das Erbrechen als eine Art der Problemlösung erlernt worden ist, um die Angst vor dem Dickwerden zu bewältigen, wird versucht, diesen Lernprozess zu durchbrechen. Die Patientin soll erfahren, dass nach der Nahrungsaufnahme die Angst vor Gewichtszunahme abnimmt, auch wenn sie am Erbrechen gehindert wird. Darüber hinaus wird in der Therapie gemeinsam mit der Patientin untersucht, welche irrationalen Annahmen ihrem Verhalten zugrunde liegen und versucht diese zu verändern. So kann z.B. die Überzeugung, nur liebenswert zu sein, wenn man schlank ist, ein Motiv für die strikte Gewichtskontrolle sein. In diesem Fall könnte mit der Patientin erarbeitet werden, welche anderen Eigenschaften einen Menschen liebenswürdig machen, bzw. wie die Patientin weniger davon abhängig werden könnte, von anderen liebenswürdig gefunden zu werden.

Problemlösungsstrategien

Aufgrund der Tatsache, dass Ess- und Brechanfälle bei bulimischen Frauen häufig nach Belastungssituationen auftreten, werden bei der Therapie mit der Patientin andere Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress und Problemen eingeübt. Dazu wird z.B. die Betroffene in eine Situation gebracht, die normalerweise einen Essanfall auslöst. Sie wird dann aber daran gehindert, dass dieser tatsächlich auftritt und aufgefordert, ein anderes Bewältigungsverhalten einzuüben.

Familientherapie

Um Störungen in der Familie anzugehen, aber auch um den Familienmitgliedern den Umgang mit der Erkrankung der Patientin zu erleichtern, werden bei der Behandlung auch die Angehörigen der Betroffenen mit einbezogen. Gemeinsam soll festgestellt werden, welche Faktoren zur Aufrechterhaltung der Bulimie beitragen und dann beispielsweise ein angemessener Umgang mit Konflikten eingeübt.

Gestaltungstherapie

Bei der Mal- oder Musiktherapie soll es der Patientin ermöglicht werden, Gefühle und Konflikte auszudrücken, die sie vielleicht nicht direkt mitteilen möchte oder kann. So kann ein von der Betroffenen gemaltes Bild für den

Therapeuten einen wichtigen Zugang zu dem Erleben der Patientin bedeuten. Diese Verfahren werden selten alleine eingesetzt, sondern dienen zur Ergänzung anderer Therapiemassnahmen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der Therapie von Bulimie, schon allein um chronischen Gesundheitsschäden vorzubeugen, zunächst das gestörte Essverhalten angegangen werden muss, ein langfristiger Therapieerfolg aber nur zu erwarten ist, wenn auch die der Störung zugrundeliegenden Faktoren behandelt werden. Dabei nimmt die Verbesserung des schlechten Selbstwertgefühls und der angemessene Umgang mit Problemen einen zentralen Stellenwert ein.

Was ist Magersucht?

Die Anorexia nervosa ist keine organische Erkrankung, führt aber zu organischen Auswirkungen und Körperveränderungen. Die Ursache ist jedoch psychischer Genese. Diese Krankheit, die im schlimmsten Fall sogar mit dem Tod enden kann, ist gerade in den Industrieländern verbreitet! Wie der Name schon sagt, handelt es sich um die Sucht, mager zu sein. Viele haben schon einmal eine Diät angefangen und sich ein Ziel festgelegt, dass sie erreichen wollten und auch erreicht haben. Spätestens dann kehren sie wieder zum normalen Essverhalten zurück. Hier werden die Unterschiede sehr deutlich. Die später Magersüchtigen hungern weiter, auch dann, wenn sie ihr Zielgewicht bereits weit unterschritten haben. Ein neues niedriges Gewicht wird definiert. Auch dann, wenn das Untergewicht bedrohliche Masse angenommen hat. Sie sind stolz darauf, ihr Traumgewicht erreicht zu haben, und noch stolzer, wenn sie noch weiter runter kommen. Das macht die Krankheit aus. Nach dem Motto: Immer weiter, wenn ich es bis dahin geschafft habe, schaffe ich auch noch mehr.“ Nicht der gesamte Körper steht im Blickfeld, sondern einzelne Körperteile wie Oberschenkel, Bauch oder Hüften. Das Körpergewicht kann von 15% bis 55% unter das Normalgewicht absinken. Begleitend zu der Kalorienreduktion führen einige kalorienverbrauchendes Körpertraining durch. Das Wort "Anorexia" - Appetitlosigkeit - ist irreführend. Magersüchtige sind nicht appetitlos, ganz im Gegenteil, sie leiden Hunger, auch wenn sie dies hartnäckig verleugnen. Viele Magersüchtige versuchen ihre Hungergefühle durch Kaugummikauen und Zufuhr von kalorienloser Flüssigkeiten zu vertreiben. Sie glauben, sie haben sich unter Kontrolle, während andere um sie herum schwach sind und ständig ihren Gelüsten nachgeben müssen. Für Magersüchtige ist essen was "Verbotenes, und das es zur Lebenserhaltung dient, haben sie aus den Augen verloren. Es gilt: Leistung und Anerkennung, Pflicht und Gehorsam, Ordnung und Sauberkeit, Zusammenhalt und Anpassung, Recht und Unrecht. Unzufriedenheit mit sich ist nur eine der vielen Ursachen warum immer mehr Mädchen (aber auch Jungen) an Magersucht erkranken. Angst, der Gesellschaft nicht zu gefallen, zu starke Orientierung nach Vorbildern, die Angst, die Eltern zu enttäuschen und damit die Angst nicht mehr geliebt zu werden. Aber auch die Angst vor dem Erwachsenwerden kann ein Grund sein! Bei etwa 60% der Magersüchtigen kommt der Tag, an dem Sie die Kontrolle verlieren und viel essen. Sei es wegen den Eltern, oder einfach weil

Sie ihrem Hungergefühl nicht widerstehen können. Sie essen mehr, als sie sich erlaubt haben und erbrechen danach willentlich. Dies ist der Anfang von Heisshungerattacken - **die Magersucht hat sich zur Bulimie ausgeweitet.**

Nicht allen gelingt es, erbrechen zu können. Deshalb nehmen einige Abführmittel ein, mit ständig steigender Dosierung. Das schlimme ist, das Magersüchtige ihre Krankheit sehr gut verstecken und überspielen können. Millionen von Familien weltweit stehen heute vor dem Problem, daß eine Angehörige an einer Eßstörung leidet. Fälle von Bulimie (Freß-Brech-Sucht), Magersucht (Weigerung zu essen) und Fettsucht (unbeherrschtes Essen) sind in den letzten Jahren bei uns rapide angestiegen. Diese Störungen sind vorwiegend ein weibliches Problem. Betroffen sind Ledige und Verheiratete aller Altersgruppen. Zu den Erkrankten gehören sowohl junge Mädchen als auch Frauen im reiferen Alter. Da über 90 Prozent der Betroffenen Mädchen und Frauen sind, ist in unserer Erörterung hauptsächlich vom weiblichen Geschlecht die Rede. Wenn jemand, den man gern hat, an einer Eßstörung leidet, möchte man ihm zweifellos helfen. Aber eine bulimische Patientin zu bitten, die Eßanfälle und das Erbrechen zu unterlassen, wäre so, als würde man jemanden mit einer Lungenentzündung auffordern, nicht zu husten. Bevor man überhaupt helfen kann, müssen die zugrundeliegenden tiefgehenden psychischen Probleme erkannt und angegangen werden. Die meisten Patientinnen zeigen auch noch nach Jahren erhebliche Sorgen um ihr Gewicht, sowie auch insbesondere affektive Störungen, meist Depressionen. Diese Depressionen werden oft mit Antidepressiva behandelt.

Ursachen der Essstörungen

Es muss sehr viel zusammenkommen, damit aus Diätenhalten Magersucht oder Bulimie wird. Die meisten Essgestörten stammen aus äusserlich intakten Familien. Es sind Familien in denen nichts Aussergewöhnliches passiert sein muss. Ihr Lebensstil ist geprägt von Konventionen, Pflichtbewusstsein, Leistung und Ordnung. Vernunft wird hoch gewertet, Emotionalität dagegen eher abgewertet. Die Umgangsformen sind ritualisiert, Konflikte werden selten ausgetragen, vielmehr, um des Familienfriedens Willen, lieber totgeschwiegen. Der Wert der Familie - wie auch immer der Begriff definiert sein mag - steht über allem. Der Vater sorgt als Ernährer für die finanzielle Sicherheit. Er weiss was richtig und was falsch ist. Die Mutter investiert ihre gesamte Kraft in ihrer vielfältigen Aufgaben als Hausfrau. Unglücklichsein darf sie sich nicht zugestehen, zumal die äusseren Bedingungen für ein glückliches und zufriedenes Leben gegeben sind. Die Magersüchtigen erfüllen ihre Aufgaben gewissenhaft, mit höchsten Ansprüchen an Perfektion und Leistung, auch wenn sie dabei oft überfordert sind. Sie hungern nach Anerkennung, nach Liebe. Angesichts der vielfältigen Verpflichtungen dem Vater, der Mutter und der Familie gegenüber bleibt ihnen wenig Raum für eine individuelle Entwicklung und Entfaltung. Das Selbstwertgefühl ist sehr gering, was sie auf unterschiedliche Weise zu kompensieren versuchen und nicht

selten hinter einer sicheren Fassade zu verbergen wissen. Es vergehen zwischen 4 bis 5 Jahre bis eine Behandlung begonnen wird. Über lange Zeit wollen Magersüchtige nichts von einer Therapie oder einer Behandlung wissen. Das hungern bedeutet ihr Lebensinhalt, einen täglich sichtbaren Beweis von Leistung, Stärke und Macht über den eigenen Körper. Sie wissen nicht, wer sie sind und haben Angst ein nichts zu sein. Ein Versager. Gewichtsabnahme bedeutet Stolz, Glück, Zufriedenheit. Es übernimmt die Funktion, endlich den perfekten Weg zur Lebensbewältigung gefunden zu haben. Es erfüllt Sehnsüchte, Wünsche und Bedürfnisse, es kompensiert Unsicherheiten, Ängste, Defizite und löst Probleme. Magersucht ist eine Art Sprache, Botschaft, die stumm an jemanden gerichtet ist. Eine stumme Sprache, die Liebe und Geborgenheit sucht.

Häufigste Ursachen:

- Kindheits- oder Familienkonflikte.
- Probleme mit dem Erwachsenwerden, bzw. bei Mädchen mit dem "Frau-Sein".
- Orientierung an übertriebenen Schlankeitsidealen.
- Mangelndes Selbstbewußtsein, familiärer Leistungs- und Erfolgsdruck.
- Sexueller Missbrauch/Vergewaltigung
- Unbewußtes Aufmerksammachen auf die eigene Person, Hilferuf nach mehr Beachtung und Liebe.
- Streben nach Selbständigkeit und Abgrenzung.
- Erhöhtes Erkrankungsrisiko, wenn in der Pubertät mit Fastenkuren und Diäten experimentiert wird und die Erfahrung gemacht wird, daß sich nach einigen Tagen des Hungerns eine Hungereuphorie einstellen kann.

Auflistung einiger Merkmale der Familiensituation:

- Korrektheit
- Ordnung
- Disziplin
- Emotionalität und Austausch von Zärtlichkeit wird sehr oft abgelehnt
- Lust und Sinnlichkeit werden ebenfalls oft abgelehnt
- Ehe der Eltern ist oft unbefriedigend
- Mütter haben oft zu Gunsten der Familie auf eigene Karriere verzichtet - desillusioniert, nach Aussen dominierend
- Vollkommenheitswunsch
- Perfektes Kind, ohne Widerrede, ...
- Väter sind oft wenig präsent

Magersucht kann man in diesen Formen sehen:

- Schönheitsideal
- Leistungsbeweis
- Kontrollmassnahme
- Ausdruck des Besonderen, Einmaligen
- Ausdruck von Macht und Stärke
- Möglichkeit sich von der Familie abzugrenzen
- Lebenssinn und -Inhalt
- Flucht von der realen Welt
- Ausdruck von Leiden
- Möglichkeit, sich zu zerstören
- etwas Vertrautes
- Suche nach Zuwendung und Liebe
- Schutz vor dem Erwachsenwerden
- Schutz vor Weiblichkeit
- Möglichkeit sich wahrzunehmen
- Ein Weg die innere Leere auszufüllen
- Unabhängigkeitsbeweis Ersatz für Freunde und Liebe

Magersucht hat nichts mehr mit dem anfänglichen Ziel zu tun, abzunehmen, um eine bessere Figur zu bekommen. Sie ist das Sichtbar werden einer schweren inneren Not; sie ist die Ausdrucksform einer Vielzahl psychischer Probleme.

Symptome bei Magersüchtigen:

- Nahrungsreduktion wie bei strenger Diät oder Fasten
- Extremer Gewichtsverlust
- Eßrituale, zum Beispiel Nahrung in winzige Stücke zu schneiden
- Untergewicht
- Frieren
- Schwindel/Kreislaufstörungen
- Schwächegefühl in den Beinen
- Haarausfall
- Zahnschäden
- Behaarung am Körper
- Schuppige Haut
- Brüchige Nägel
- Durchblutungsstörungen an Händen und Füßen
- Niedriger Blutdruck
- Verlangsamter Puls
- Wassereinlagerung (Protein-Kalorienmangel)
- Ausfall der Menstruationsblutung
- Schlafstörungen

- Konzentrationsstörungen
- Zwangsdenken
- Zwangshandlungen
- Soziale Isolierung
- Depressive Verstimmung
- Eßanfälle bei Ärger, Nervosität oder Aufregung
- Mißbrauch von harntreibenden Mitteln, Appetitzüglern oder Abführmitteln
- Bei großen Gewichtsverlusten nimmt das Herz an Muskelmasse ab
- Magersucht führt langfristig zu Knochenschwund, sogenannt Osteoporose

Soziale Isolierung

Sie ziehen sich mehr und mehr in ihre eigenen vier Wände zurück, brechen Kontakte ab zu Mitschülern und Kolleginnen. Damit in Verbindung steht auch ein ausgesprochen geringes Selbstwertgefühl. Trotz der starren Haltung und der starken Leistungsorientierung ist ein Unsicherheitsgefühl erkennbar. Das Fasten und die Abmagerung machen die lebenserhaltende Identität aus, ohne sie bleiben nur Unsicherheit, Leere, Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Nichts wofür sich zu leben lohnt. Magersüchtige leiden darunter ihr persönliches "Ich" zu finden, um ihren Platz in der Gesellschaft einzunehmen. Sie haben ständige Lebensängste, Angst vor jeglichem Scheitern und schwere Zweifel.

Wie Eltern reagieren sollten:

- Streit am Tisch vermeiden. Die Einnahme der Mahlzeit sollte nie zum familiären Kampfplatz werden.
- Kinder und Jugendliche nicht dazu zwingen, etwas Bestimmtes oder bestimmte Mengen zu essen.

Es ist nicht immer leicht, bei einer Tochter, Ehefrau oder Freundin eine Eßstörung zu erkennen. Das liegt daran, daß die Betroffenen ihr Problem wahrscheinlich verbergen. Doch eine Eßstörung verschwindet im allgemeinen nicht von selbst. Je früher die Erkrankte angesprochen wird und Hilfe erhält, um so größer sind die Heilungsaussichten. Ehe man aber jemanden anspricht, der vermutlich eine Eßstörung hat, sollte man sorgfältig überlegen, wie man es anspricht. Am besten ist es, wenn man selbst ruhig ist und keine Störungen zu erwarten sind. Falsches Vorgehen, zum Beispiel heftiges Drohen, behindert die Kommunikation und macht alles nur noch schlimmer. Im Gespräch mit der Betroffenen kommt es darauf an, sie nicht zu verurteilen, sondern präzise Aussagen zu machen. Man muß einsehen, daß man jemanden nicht zwingen kann, zu essen oder Eßanfälle zu unterlassen. Je mehr Zwang ausgeübt wird, desto zäher wird der Kampf. Die meisten Eßgestörten sind Perfektionisten. Viele von ihnen haben kaum Fehlschläge erlebt. Manchmal haben die Eltern trotz bester Absichten zu dem Problem beigetragen. Wie? Dadurch, daß sie ihr Kind zu sehr behütet haben und es

gegen alle Anfeindungen abschirmen wollten. Eltern müssen ihrer Tochter vor Augen führen, daß Fehler zum Leben gehören und nicht ihren Wert als Person bestimmen. Wenn Eltern ihrer Tochter verstehen helfen, daß Niederlagen normal sind, vorübergehen und zu überwinden sind, wird sie bei Fehlschlägen nicht am Boden zerstört sein. Um die Eßstörung überwinden zu können, muß das Mädchen fühlen, daß es als Individuum respektiert und geschätzt wird. In vielen Familien, in denen eine Tochter oder die Ehefrau eine Eßstörung hat, läßt der Gedankenaustausch zu wünschen übrig. Eßgestörten fällt es meist schwer, ihre Meinung zu äußern, wenn diese anders ist als die der Eltern oder des Ehepartners. Das gilt besonders für Familien, die nach der Regel leben: "Wenn du nichts Nettes zu sagen hast, dann sag nichts." Essen wird zum Mittel, Frustrationen zu verdrängen.