

Einleitung

Das Thema „Essen“ nimmt im individuellen Alltag sowie auch in den Medien und der Öffentlichkeit einen großen Stellenwert ein: Essen ist lebensnotwendig. Essen ist aber auch mit sozialen Aktivitäten und Kontakten assoziiert. Darüber hinaus werden das Essen und seine Zubereitung in einer Vielzahl von Kochbüchern und TV-Sendungen geradezu zelebriert, herausragende Kochkünste werden honoriert, und in entsprechenden Restaurants soll Essen zum ultimativen Genusserlebnis werden. Essen wird des Weiteren in vielfältigsten Formen zum Kauf angeboten, die Auswahlmöglichkeiten nehmen kontinuierlich zu. Essen ist offensichtlich nicht nur lebensnotwendig, es ist in unserer Gesellschaft auch ein wichtiger Teil des sogenannten „Lifestyles“ – den meisten Menschen verschafft Essen Freude und Genuss.

Gleichzeitig existiert in der westlichen Gesellschaft ein körperliches Schönheitsideal, das sich in den letzten vierzig Jahren immer mehr in Richtung „schlank“ bzw. „dünn“ entwickelt hat. Erstrebenswert erscheint dieses Ideal, weil es Schlankheit mit Gesundheit, Schönheit und Erfolg gleichsetzt. Dabei werden eine Figur und ein Körpergewicht propagiert, die nicht mit den physiologischen Voraussetzungen der meisten Menschen übereinstimmen. Anders ausgedrückt: Das Ideal kann mit normalem (langfristig gesundem) Ess- und Ernährungsverhalten nicht erreicht werden.

Dieses unrealistische Ideal wird in Werbung und Medien nicht weniger intensiv und bildhaft angepriesen wie der Themenbereich Essen, was erwiesenermaßen zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, gestörtem Essverhalten, Sorgen um Gewicht und Figur sowie ungesunden Strategien der Gewichtskontrolle führt (Becker/Fay 2006) – Schlanksein wird beinahe zur kollektiven Besessenheit. Für viele entwickelt sich das Thema Essen daher weg vom Genuss und wird zur Belastung: Ein vormals meist unbeschwerter Bereich bekommt eine derart hohe Relevanz, ja Omnipräsenz, dass er nicht mehr mit Lust, sondern mit Leiden verknüpft ist.

Es existieren verschiedenste Muster nicht-normativen Essverhaltens und dysfunktionaler Bewertungen hinsichtlich der Bedeutung von Figur und Gewicht. Das Ausmaß der jeweiligen Abweichung vom „Normalen“ variiert, und die Grenze zwischen bedenklichem Verhalten, problematischem und gestörtem Verhalten ist fließend. Problematisches,

nicht-normatives Verhalten im Umgang mit Essen, Figur und Gewicht ist weit verbreitet. So treten beispielsweise gezügeltes Essverhalten (durch Einsparen von Nahrung oder Diätieren wird das Körpergewicht beeinflusst bzw. kontrolliert) und wiederholtes erhebliches Überessen bis hin zu Essanfällen auch bei Gesunden häufig auf. Im Unterschied zu klinisch relevanten Essstörungen sind diese Verhaltensweisen jedoch (noch) nicht mit einer deutlichen Belastung und Beeinträchtigung verbunden. Vom Ausmaß einer eigentlichen klinischen Störung im Umgang mit Essen, Figur und Gewicht ist ein vergleichsweise geringer Teil der Bevölkerung betroffen.

Auffälliges Verhalten in Bezug auf das Essen sowie damit verknüpfte Schwierigkeiten sind nichts Neues, sondern historisch belegt; Beschreibungen von selbst gewähltem Hungern bis hin zu exzessivem Überessen existieren seit Jahrhunderten. Jedoch scheinen die Schwierigkeiten im Umgang mit dem Essen, die aktuell als Essstörungen definiert werden, eine „neue“ oder „moderne“ Entwicklung zu sein, charakteristisch für das zwanzigste Jahrhundert (Vandereycken 2002). Auffällig ist, dass ein Teil dieser Essstörungen unverhältnismäßig häufig unter weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen auftritt. Diese manifesten Essstörungen, namentlich die Anorexia Nervosa („Magersucht“), Bulimia Nervosa („Ess-Brech-Sucht“), Binge Eating Störung („Essanfallsstörung“) und die nicht näher bezeichnete Essstörung (Residualkategorie), werden in diesem Buch beschrieben. Dabei sollen auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Befunde u. a. folgende Fragen beantwortet werden, um einen Einstieg in das Thema „Essstörungen“ zu vermitteln:

- Was ist unter den verschiedenen Essstörungen konkret zu verstehen, und wie unterscheiden sie sich voneinander?
- Wie häufig tritt die jeweilige Essstörung auf, und wer ist davon betroffen?
- Warum entwickelt nur ein Bruchteil derer, die dem gängigen Schlankheitsideal nahekommen, eine manifeste Essstörung, oder was trägt zur Entwicklung einer Essstörung bei?
- Welche Behandlungsansätze sind zur Therapie der Essstörung wirksam?

Die Essstörungen gehören neben anderen psychischen Störungsbildern wie beispielsweise den Angst- und affektiven Störungen in den Bereich der Psychopathologie. Dieser wird innerhalb des Studiums der Klinischen Psychologie vermittelt. Störungsspezifisches Wissen über Essstö-

rungen ist die Grundlage für deren wirksame Behandlung; es ermöglicht jedoch auch ein besseres Verständnis für die Betroffenen und deren Angehörige. Gerade auch im pädagogischen Bereich kann es hilfreich sein, aufgrund von Basiswissen betroffene oder gefährdete Kinder, Jugendliche oder Adoleszente zu erkennen und adäquate erste Hilfestellungen zu geben.

Anorexia Nervosa – Weigerung, das Minimalkörpergewicht zu halten

1

Essen vermag nicht nur den Hunger zu stillen, es kann auch tröstlich oder als Belohnung wirken. Es dient also sowohl der körperlichen als auch der seelischen Bedürfnisbefriedigung des Einzelnen. Im sozialen Leben nimmt das Essen ebenfalls eine wichtige Rolle ein, da es Bestandteil von Zusammenkünften, Austausch und Kommunikation ist. Zum „normalen Essen“ – dessen Definition auch kultur- und gesellschaftsabhängig ist – gehören ein gesunder Appetit und unbeschwertes Genießen.

Körperliche Grunderkrankungen und zeitweilige Belastungen können dieses „normale Essen“ stören – der Mensch isst weniger und nimmt ab. Auch willentliche Einschränkungen beim Essen, beispielsweise bei einer Diät, können zur Gewichtsreduktion führen. Eine solche bewusst herbeigeführte Gewichtsabnahme wird bei übergewichtigen Menschen, deren Körpergewicht ein medizinisches Problem darstellt, angestrebt. Aber auch viele normalgewichtige Menschen wollen ihr Gewicht kontrollieren und reduzieren – aus kosmetischen Gründen und weil sie sich zu dick fühlen.

Es gibt darüber hinaus aber auch Menschen, bei denen die Gewichtsreduktion ein extremes Ausmaß annimmt und die eine Essstörung, die Anorexia Nervosa entwickeln: Die Betroffenen – meist sind es junge Frauen – sind gedanklich ständig mit ihrem Körpergewicht und den Möglichkeiten, dieses zu reduzieren, beschäftigt. Essen ist fortan mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden und die Betroffenen haben große Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, trotz bestehenden Untergewichts, dick zu sein.

Erscheinungsbild der Anorexia Nervosa

Kernaussage

Das Kernmerkmal der Anorexia Nervosa ist ein selbst herbeigeführter Gewichtsverlust. Das Körpergewicht liegt mindestens 15 Prozent unter dem zu erwartenden Gewicht, bei Betroffenen in der Vorpubertät kann eine altersentsprechende Gewichtszunahme ausbleiben.

Das extreme Untergewicht basiert auf der Weigerung, ein minimales normales Körpergewicht (\uparrow BMI $< 17,5 \text{ kg/m}^2$) zu halten. Charakteristisch für die Anorexia Nervosa ist auch, dass das angestrebte Körpergewicht nicht nur unterhalb der medizinischen Norm liegt, sondern bei ständiger Gewichtsabnahme immer noch weiter heruntergesetzt wird. Das heißt, die Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu sein, bleibt trotz fortschreitender Abmagerung bestehen.

Ein weiteres Merkmal der Anorexia Nervosa besteht in der ständigen gedanklichen Beschäftigung mit dem Thema Essen. Typische Gedanken sind dabei: „Wie viele Kalorien habe ich jetzt zu mir genommen?“, „Wie kann ich noch mehr Kalorien einsparen?“. Die Zubereitung und Beschaffenheit von Nahrungsmitteln hat eine große Bedeutung für die Betroffenen. Besonders zucker- und fetthaltige Lebensmittel werden vermieden; mit der Zeit werden nur noch ganz bestimmte Esswaren verzehrt (rigide Esskontrolle), Auswahl und Menge von Nahrungsmitteln sind stark eingeschränkt. Darüber hinaus vermeiden anorektische Patienten häufig gemeinsame Mahlzeiten mit anderen.

Trotz bestehenden Untergewichts betonen die Betroffenen meist, sich leistungsfähig und fit zu fühlen. Solange wie möglich wird versucht, überdurchschnittliche Leistungen zu erbringen, sei es in Beruf, Studium oder Schule. Hingegen nehmen die sozialen Kontakte ab und reduzieren sich häufig auf wenige Kontaktpersonen. Als längerfristige körperliche Folgen des extremen Untergewichts entwickeln sich typischerweise \uparrow Amenorrhoe, Herzrhythmusstörungen, Unruhe, Frieren.

Ein Teil der anorektischen Patienten verliert allein durch eine stark reduzierte Nahrungsaufnahme – oft in Verbindung mit deutlich gesteigerter körperlicher Aktivität – an Körpergewicht („restriktiver Typ“ der Anorexia Nervosa; siehe dazu auch die Diagnosekriterien im Abschnitt „Klassifikation und Diagnostik“). Ein anderer Teil der Betroffenen greift zu weiteren gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie Einnahme von Abführmitteln und selbst herbeigeführtes Erbrechen. Letzteres ge-

schieht oft im Anschluss an einen Essanfall („Binge-Eating/Purging“-Typ der Anorexia Nervosa; siehe auch dazu die Diagnosekriterien).

Fallbeispiel: Etablierung anorektischen Verhaltens bei einer 17-jährigen jungen Frau

„Angefangen hat alles mit dem Wunsch, ein paar Kilo an Gewicht zu reduzieren (Ausgangs-BMI: 22), um meiner Vorstellung eines idealen Körpers näher zu kommen. Mittels Diät halten gelang es mir in relativ kurzer Zeit mein ursprüngliches Zielgewicht zu erreichen. Trotz der erfolgreichen Gewichtsreduktion fühlte ich mich aber im Umgang mit anderen Menschen nach wie vor unsicher, und verhielt mich eher zurückhaltend und scheu und war der Meinung, dass ich mit weniger Körpergewicht erfolgreicher und sicherer im Umgang mit anderen würde. Gleichzeitig erlebte ich jedoch mit der Veränderung meines Essverhaltens und der daraus resultierenden Gewichtsabnahme ein Gefühl der Kontrolle, das für mich immer mehr zum Beweis wurde, wie effektiv und einflussreich ich sein kann. Die kontinuierliche Einschränkung der Nahrungszufuhr und das Aushalten des Hungers wurde zu einer immer zentraleren Aufgabe, die ich – analog zu meinen Schulleistungen – erfolgreich bewältigen wollte. Je länger ich mich darum bemühte, desto mehr kreisten meine Gedanken ums Essen. Keine „Mahlzeit“ ohne langes vorheriges Abwägen, ob ich jetzt tatsächlich essen muss oder nicht noch warten sollte, ob ich nicht noch weniger essen könnte, was ich an diesem Tag schon gegessen habe usw. Genau so dominant wurden die Gedanken darum, wie ich die zugeführte Energie auch möglichst effizient und rasch wieder abbauen könnte. Dazu diente tägliches Joggen, im Minimum 1,5 Stunden, wenn immer möglich mehr. Obwohl ich mein Gewicht bis auf einen BMI von 16,5 reduzierte, war ich nach wie vor der Meinung, zu dick zu sein und sehr unzufrieden mit meinem Körper. Das über einen längeren Zeitraum hinweg sehr eingeschränkte Essverhalten (ich aß praktisch nur noch Gemüse, Früchte und Salat, möglichst fettfrei zubereitet) kippte plötzlich in phasenweise anfallsartiges Essen: innert kurzer Zeit aß ich – vorausgesetzt ich war alleine zu Hause – eine Unmenge all jener Nahrungsmittel, die ich mir seit längerer Zeit verboten hatte zu essen. Nach einem solchen Essanfall bemühte ich mich wiederum noch verstärkt, das Essen einzuschränken. Meine sozialen Kontakte habe ich über kurz oder lang auf ein Minimum reduziert: Ich habe vermieden, mich mit anderen zum Essen zu treffen; zu Hause habe ich versucht, wann immer möglich, nicht mit der Familie essen zu müssen,

und habe mir dafür immer wieder neue Ausreden oder Begründungen für mein geringes Essen ausgedacht; aufgrund meines hohen Einsatzes für die Schule und das tägliche Joggen blieb mir auch gar nicht mehr viel Zeit für Verabredungen. Mit der Zeit interessierte ich mich auch gar nicht mehr dafür, etwas zu unternehmen oder etwas zu machen, was mir vor einem Jahr noch Freude bereitet hatte. Körperlich traten nebst Erschöpfung weitere Veränderungen ein, wie das Ausbleiben der Menstruation, ständiges Frieren, trockene Haut.“

Epidemiologie und Komorbidität

Wie häufig tritt die Anorexia Nervosa auf?

Hinsichtlich der ↑ Epidemiologie der Anorexia Nervosa lassen sich folgende Aussagen treffen: Die ↑ Prävalenzrate der Anorexia Nervosa bei jungen Frauen im Alter zwischen vierzehn und zwanzig Jahren schwankt zwischen 0 und 0,9 % und beträgt im Durchschnitt 0,3 %. Die ↑ Inzidenzrate der Anorexia Nervosa umfasst acht Neuerkrankungen pro Jahr bezogen auf 100 000 Einwohner (Hoek 2006). Die Prävalenz der Anorexia Nervosa ist seit den 1970er Jahren stabil, stieg in den Jahrzehnten davor jedoch stetig an. Damit tritt die Anorexia Nervosa deutlich weniger häufig auf als die Bulimia Nervosa (Kapitel 2) und die Binge Eating Disorder (Kapitel 3).

Kernaussage

Die Anorexia Nervosa tritt in ihrer ↑ klinisch relevanten Ausprägung relativ selten auf. Hingegen sind entsprechende einzelne Symptome eines gestörten Essverhaltens in der Bevölkerung relativ häufig. Zu diesen Symptomen gehören beispielsweise rigides oder gezügeltes Essverhalten, Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht, das Durchführen von Diäten. Auch sie sind wiederum vor allem unter jungen Frauen in der ↑ Adoleszenz verbreitet (Hoek/van Hoeken 2003).

Wer erkrankt an der Anorexia Nervosa?

Die höchsten Inzidenzraten der Anorexia Nervosa treten bei jungen Frauen im Alter zwischen fünfzehn und neunzehn Jahren auf. Aus die-

ser Altersgruppe stammen ca. 40% der Neuerkrankungen. Pubertät und Adoleszenz mit den dazugehörigen Veränderungen hinsichtlich Körpergewicht und Figur stellen besondere Risikozeiten für die Entstehung dieser Essstörung dar. Mit zunehmendem Alter nimmt die Inzidenz der Anorexia Nervosa hingegen kontinuierlich ab. Die Anorexia Nervosa tritt vorwiegend bei Frauen auf, wobei auch Männer von der Essstörung betroffen sein können. Das Geschlechtsverhältnis Frauen: Männer beträgt 10:1 (Hoek/van Hoeken 2003). Gehäuft tritt die Anorexia Nervosa in Bevölkerungsschichten mit einem höheren sozioökonomischen Status auf.

Welchen Verlauf nimmt die Anorexia Nervosa und wie ist die Prognose?

Eine Übersichtsarbeit von Steinhausen (2002) beschreibt folgenden Verlauf des Störungsbildes der Anorexia Nervosa:

- Bei weniger als der Hälfte remittierte (↑ Remission) die Symptomatik.
- Bei einem Drittel verbesserte sich die Symptomatik.
- Circa 20% der Betroffenen wiesen eine Chronifizierung der Essstörung auf.
- Durchschnittlich 5% der Betroffenen starben aufgrund der Essstörung.

Eine Verlaufsuntersuchung von Fichter et al. (2006) zeigt, dass zwölf Jahre nach Behandlungsabschluss

- rund 52% der Patientinnen unter keiner Essstörung mehr litten,
- knapp 20% noch die Kriterien einer Anorexia Nervosa erfüllten,
- 9,5% die Symptomatik einer Bulimia Nervosa (Kapitel 2) aufwiesen,
- knapp 19% die Kriterien einer „nicht näher bezeichneten Essstörung“ erfüllten (Kapitel 4),
- 7,7% der Betroffenen im Verlauf der zwölf Jahre in Folge der Essstörung verstorben waren.

Diese Befunde zeigen, dass längerfristig noch circa die Hälfte der Betroffenen nach wie vor unter einer Essstörung leiden.