

Katholische Fachhochschule
Karlstraße 63
79104 Freiburg

Hausarbeit zum Thema
„Bulimie - wenn Heißhunger nicht satt macht“

von

Kerstin Hasenfratz

XXX

XXX

XXX

Fachbereich Sozialarbeit 4. Semester

Eingereicht im SS 98 am 04.05.1998, im
Theorie und Praxis Seminar „Arbeit mit Abhängigen“
bei Andreas Gruber

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| EINLEITUNG | 3 |
| Was versteht man unter einer Eßstörung? | 3 |
| 1. KAPITEL: WAS IST BULIMIE? | 4 |
| 1.1. Definition | 4 |
| 1.1.1. Diagnosekriterien nach dem Klassifikationsschema DSM-IV: | 5 |
| 1.2. Die Betroffenen | 6 |
| 1.3. Das bulimische Eßverhalten | 7 |
| 2. KAPITEL: KÖRPERLICHE FOLGESCHÄDEN | 9 |
| 2.1. Körperliche Schäden durch regelmäßiges Erbrechen..... | 9 |
| 2.2. Körperliche Schäden durch Abführmittelmißbrauch..... | 10 |
| 2.3. Körperliche Schäden durch Mißbrauch von harntreibenden Mitteln | 11 |
| 2.4. Probleme durch exzessives Sporttreiben..... | 11 |
| 3. KAPITEL: DIE URSACHEN VON BULIMIE | 12 |
| 3.1. Soziokulturelle Faktoren..... | 12 |
| 3.2. Familiäre Einflüsse..... | 13 |
| 3.2.1. Die Funktion der Bulimie für die Betroffene | 14 |
| 3.3. Individuelle Voraussetzungen | 15 |
| 4. KAPITEL: BEHANDLUNG EINER EßSTÖRUNG | 16 |
| 4.1. Der Weg aus der Eßstörung | 17 |
| SCHLUß | 19 |
| LITERATUR | 21 |

Einleitung

Essen ist ein Bedürfnis, das alle Menschen befriedigen müssen. Besonders im menschlichen Zusammenleben spielt es eine bedeutungsvolle Rolle. Es gibt keine menschliche Gesellschaft, in der nur gegessen wird, um die Funktionen des Körpers aufrechtzuerhalten. Zum Beispiel wird ein Gast willkommen geheißen, indem ihm Essen und Trinken angeboten wird.

Doch spontanes, unbefangenes Eßverhalten scheint in den vergangenen Jahren immer mehr eine Seltenheit geworden zu sein. Es hat vielfach einem Eßverhalten Platz gemacht, das längerfristig Schwierigkeiten bereitet.

In den letzten dreißig Jahren hat sich unsere Gesellschaft in eine Wohlstandsgesellschaft gewandelt. Durch das Überangebot an Nahrungsmitteln gibt es immer mehr übergewichtige Menschen, und den meisten davon bereitet dieses Übergewicht Probleme. Dies bietet Eßstörungen sozusagen den idealen „Nährboden“.

Was versteht man unter einer Eßstörung?

Eßstörungen sind psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter, bei denen Seele und Körper aufeinander reagieren.

Die geschätzten Zahlen, der von Eßstörungen Betroffenen, reichen von 500 000 bis 2 Millionen. 90% davon sind Frauen zwischen Beginn der Pubertät und dem 45. Lebensjahr.

Von gestörtem Eßverhalten spricht man:

- wenn jede Gewichtsschwankung, sei sie auch noch so gering, einen Stimmungsumschwung mit sich bringt
- wenn alle Gedanken um Essen oder Nichtessen kreisen
- wenn Essen nicht mehr genießen heißt, sondern schlechtes Gewissen
- wenn die Kalorienwerte fast aller Lebensmittel bekannt sind, und sie über den Tag hinweg addiert werden
- wenn das Essen zur täglichen Bedrohung wird

Die Betroffenen leiden entweder an Magersucht (Anorexia nervosa), Eß-Brechsucht (Bulimia nervosa), Eßsucht/Fettsucht oder Latenter Eßsucht. Unter Latenter Eßsucht versteht man ein streng kontrolliertes Eßverhalten, also eine lebenslange Diät.

Grundsätzlich sind die Erscheinungsformen nicht eindeutig voneinander abgrenzbar, die Übergänge sind fließend. So können sowohl Eßsüchtige als auch Magersüchtige nach dem Essen erbrechen. Magersucht kann sich zur Eßsucht oder Eß-Brechsucht wandeln und umgekehrt.

Eine Eßstörung ist jedoch keine Ernährungsstörung. Sicherlich ernähren sich viele Eßgestörte falsch, doch dies nicht aus Mangel an Wissen über gesunde Ernährung. Besonders bei Magersüchtigen und Bulimikerinnen sind detaillierte Kenntnisse über Kalorien und Nährwerte vorhanden.

(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 5)

In meiner Arbeit möchte ich nun näher auf die Bulimia nervosa, im weiteren Textverlauf als Bulimie bezeichnet, eingehen.

Für die Bearbeitung des Themas habe ich folgende Fragen zugrunde gelegt:

Wer sind die Betroffenen? Wie verhalten sie sich im täglichen Leben? Gibt es besondere Ursachen für Eßstörungen? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

1. Kapitel: Was ist Bulimie?

1.1. Definition

„Das Syndrom wurde 1976 von Boskind-Lodahl als Bulimarexie, 1979 von Russell als Bulimia nervosa, von Lacey 1982 als Bulimie-Syndrom und schließlich im psychiatrischen DSM III einfach als Bulimie bezeichnet.“ (Habermas 1990, 13)

Bulimie ist griechisch und bedeutet soviel wie „Ochsenhunger“.

Die Bulimie wurde zuerst im Kontext der Magersucht bemerkt und als eine ihrer Unterformen oder möglichen Ausgänge formuliert.

Seit 1980 ist die Bulimie als eigenständige Krankheit von der Magersucht abgegrenzt, die Übergänge sind jedoch fließend.

(vgl. Habermas 1990, 14)

Kennzeichnend für die Bulimie sind:

- regelmäßig wiederkehrende, von den PatientInnen selbst als Kontrollverlust erlebte Heißhungerattacken
- diesen Heißhungerattacken folgt selbst herbeigeführtes Erbrechen

- der Mißbrauch von Abführmitteln und harntreibenden Mitteln
- rigoroses Fasten, unterstützt von Appetitzüglern
- 60% der Betroffenen erbrechen 1-2 mal täglich

Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt sieben Jahre, bei vielen der Betroffenen kreisen jedoch auch noch nach einer Therapie die Gedanken täglich ums Essen.

1.1.1. Diagnosekriterien nach dem Klassifikationsschema DSM-IV:

- A. Wiederholte Episoden von „Freßattacken“, die charakterisiert sind durch
 - 1) Essen in relativ kurzer Zeit und
 - 2) das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essen zu verlieren.
- B. Wiederholt unangemessene Verhaltensweisen zur Gegensteuerung einer Gewichtszunahme, wie z.B. Einnahme von Laxantien (Abführmittel) oder Diuretika (harntreibende Mittel), Fasten, exzessives Maß an Körperaktivität.
- C. Die „Freßattacken“ und unangemessene gegensteuernde Maßnahmen erfolgen mindestens zweimal pro Woche über drei Monate.
- D. Das Selbstwertgefühl ist übermäßig durch subjektive Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts beeinflusst.
- E. Die Störung erfolgt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia nervosa (Magersucht).

Es werden zwei spezifische Untertypen unterschieden:

1. Bulimie mit Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretikaeinnahme
2. Bulimie ausschließlich verbunden mit Fasten, Diät oder exzessiver körperlicher Bewegung, ohne Erbrechen oder Mißbrauch pharmakologischer Substanzen.

1.2. Die Betroffenen

Eiß-Brechsüchtige sind meist normal- bzw. idealgewichtig, fühlen sich jedoch ähnlich wie Magersüchtige, zu dick. Die meisten Betroffenen beginnen mit einem Kreislauf aus Diäten, Eßanfällen und anschließendem noch strengem Fasten, bevor sie das Erbrechen als scheinbar perfekte Methode entdecken, wie sie Essen und gleichzeitig dabei abnehmen können.

Bei allen individuellen Unterschieden in Bezug auf Ausmaß, Häufigkeit und auslösende Faktoren der Heißhungerattacken sind die Betroffenen ausnahmslos krankhaft besorgt um Figur und Körpergewicht bei gleichzeitigem Drang, Nahrung in großen Mengen zu verschlingen. (vgl. Gerlinghoff 1997, 18ff)

Das durchschnittliche Alter, in dem die bulimische Symptomatik beginnt, wird in den meisten Untersuchungen mit 18 Jahren angegeben.

Bulimie ist eine typische „Frauenkrankheit“, denn 90% der Betroffenen sind Frauen.

Die Symptomatik beginnt bei Männern etwas später (Durchschnittsalter ca. 22 Jahre) als bei Frauen, sie sind in der Mehrzahl leicht übergewichtig und streben ein niedrigeres Gewicht an. Sehr häufig leiden diese Männer unter Störungen der Geschlechtsidentität, denn ein großer Anteil von ihnen ist homosexuell oder bisexuell. Viele Betroffene haben zusätzlich Schwierigkeiten mit Alkohol und Drogen.

Im Gegensatz zu den Frauen, welche ihre Freißanfälle gänzlich zu verheimlichen versuchen, geben die Männer ihrem Eßdrang häufiger in öffentlichen Situationen, während der Mahlzeiten, nach. Diese Unterschiede deuten darauf hin, daß die Bulimie eng mit der weiblichen Geschlechtsrollenidentität zusammenhängt.

(vgl. Habermas 1990, 15f)

Dies, zusammen mit der relativen Seltenheit der Bulimie bei Männern, sowie der Tatsache, daß es auch kaum Literatur über betroffene Männer gibt, denke ich, rechtfertigt es, daß ich nun im weiteren Textverlauf ausschließlich auf betroffene Frauen eingehe.

Meist sind die Betroffenen junge, attraktive und dynamische Frauen. Sie verbergen ihr von heimlichen Heißhungerattacken bestimmtes Leben hinter einer perfekten äußeren Erscheinung.

Für die Betroffenen besteht das größte Problem darin zu akzeptieren, daß ihre Eßstörung Ausdruck einer psychischen Krankheit ist. Ihr Umgang mit Essen stellt keine Patentlösung zu harmloser Gewichtsregulierung dar, mit der man dem gängigen Schönheitsideal näherkommt.

(vgl. Gerlinghoff 1997, 7)

1.3. Das bulimische Eßverhalten

Auf den ersten Blick ist für Außenstehende meist kein extrem abweichendes Eßverhalten feststellbar. In Gegenwart anderer essen Bulimikerinnen üblicherweise ausgesprochen diszipliniert und sind recht wählerisch bei der Auswahl ihres Essens. Daß sie fast immer auf Diät sind, fällt kaum auf, da dies heutzutage bei Frauen eine eher übliche Verhaltensweise ist.

(vgl. Becker 1994, 40)

Die innere Stimmung vor Beginn einer Heißhungerattacke wird als unruhig und extrem angespannt beschrieben. Viele planen einen Eßanfall im voraus. Es wird bereits lange vorher überlegt, wann sich im Tagesablauf ein günstiger Zeitpunkt für einen Heißhungeranfall bietet.

Andere berichten, daß ein Heißhungeranfall für sie völlig überraschend komme und sie dann von ihren Eßgelüsten total überrumpelt und überwältigt werden, als würde eine fremde Macht von ihnen Besitz ergreifen. (vgl. Becker 1994, 44f)

Die Freßanfälle und das Erbrechen werden aus Scham fast immer vor anderen Personen verborgen und finden in aller Heimlichkeit statt. Die Nahrungsmittel werden versteckt und gehortet und erst gegessen wenn niemand zu Hause ist. Dabei verschlingen die bulimisch Kranken in kürzester Zeit riesige Nahrungsmengen. Meist werden große Mengen kohlehydratreicher oder andere fettreiche Speisen verschlungen, durchschnittlich 3000 bis 4000, im Einzelfall bis zu 10 000 Kalorien. Die Dauer einer Heißhungerattacke kann einige Minuten bis hin zu Stunden betragen.

Der Freßanfall wird beendet durch Erbrechen oder Abführen. Es folgen lange Fastenperioden mit Hilfe von Appetitzüglern. Viele haben jedoch oft schon wieder am folgenden Tag den nächsten Anfall.

Unabhängig davon, ob ein Anfall nun geplant oder überraschend stattfindet, sein Ablauf wird oft wie ein Ritual auf immer gleiche Weise zelebriert.

Welche Nahrungsmittel bei den Freißanfällen verwendet werden, hängt jedoch auch häufig davon ab, wieviel Geld den Betroffenen zur Verfügung steht. Manche versuchen die Schuldgefühle, die sie aufgrund des Erbrechens haben, dadurch abzubauen, indem sie nur billige Nahrung essen. Einige verschlingen auch Ungeießbares, wie z.B. Obstschalen, Nahrungsreste anderer oder auch Hundefutter, weil es billiger ist.

Bei nicht wenigen führen die Freißanfälle schließlich zu massiven finanziellen Schwierigkeiten, und sie beginnen zu stehlen oder machen Schulden, um ihr Verlangen befriedigen zu können.

(vgl. Gerlinghoff 1997, 20f)

Auslöser eines solchen Freißanfalles sind in den wenigsten Fällen echte Hungergefühle. Häufiger sind es als unangenehm erlebte Gefühlszustände wie Traurigkeit, Langeweile, Enttäuschung oder Angst.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Nahrungsauswahl bei einem Heißhungeranfall ist auch, daß die Speisen ohne großen Zubereitungsaufwand verfügbar sein müssen. Manchmal ist auch eine Unterscheidung zwischen *weichen* und *harten* Eißanfällen möglich. Bei einem weichen Anfall wird Wert darauf gelegt, daß keine große Kauarbeit geleistet werden muß. Es werden also möglichst weiche Nahrungsmittel verschlungen, wie zum Beispiel Pudding und Eis. Entsprechend werden bei einem harten Eißanfall harte Speisen gegessen, die regelrecht zermalmt werden. Während eines Anfalles wird sehr viel getrunken, bevorzugt Cola. Dies geschieht hauptsächlich, um das anschließende Erbrechen zu erleichtern.

Gegessen wird, ohne auf den Geschmack der Nahrung zu achten, auch ein Sättigungsgefühl wird nicht gespürt. Üblicherweise wird weit über die Sättigungsgrenze hinaus gegessen, bis die Aufnahmekapazität des Magens erreicht ist.

(vgl. Becker 1994, 45f)

2. Kapitel: Körperliche Folgeschäden

Wenn man von den körperlichen Folgeschäden spricht, ist es wichtig, den folgenden Unterschied zu berücksichtigen.

Unterscheidung in die zwei Typen laut DSM - IV:

1. Bulimie mit Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretikaeeinnahme
2. Bulimie ohne Erbrechen verbunden mit Fasten, Diät oder exzessiver körperlicher Bewegung, ohne Mißbrauch pharmakologischer Substanzen

2.1. Körperliche Schäden durch regelmäßiges Erbrechen

Durch regelmäßiges Erbrechen werden wichtige Körperfunktionen wie das Verdauungs- und Atmungssystem sowie die Nieren- und Herztätigkeit stark beeinträchtigt. Die entstehenden gesundheitlichen Schädigungen können lebensbedrohlich sein: Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, Tetanie¹, Schädigung der Nieren, Haarausfall, Hamsterbacken, das heißt aufgedunsene Wangen aufgrund der Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen, Zahnschmelzschädigungen durch ständige Übersäuerung der Mundhöhle bis hin zum Zahnverfall, Entzündungen des Rachenraumes durch Einführen des Fingers oder anderer Gegenstände zum Auslösen des Brechreizes, Entzündungen der Speiseröhre infolge des Rückflusses von Magensaft, Sodbrennen, chronische Heiserkeit, Schwierigkeiten und Schmerzen beim Schlucken, Risiko eines Speiseröhrenrisses und Verzögerung der Magenentleerung durch gastrische² Atonie³.

Es wird außerdem angenommen, daß durch häufiges Erbrechen die Sättigungsgrenze nach oben verschoben wird. Aufgrund dessen, weil die aufgenommene Nahrung zum großen Teil wieder Erbrochen wird, erfährt der Organismus selten

¹ Anfallsweise auftretende neuromuskuläre Übererregbarkeit durch seelische Ursachen.

Im Falle einer Bulimikerin handelt es sich um eine Kalziummangeltetanie. Der Anfall beginnt mit Taubheitsgefühl und Kribbeln in den Fingerspitzen. Darauf folgen Hitzegefühl in der Haut des ganzen Körpers, Prickeln in der Haut um den Mund herum, Pulsbeschleunigung und Gähnkrämpfe. Nach einer Weile tritt Fischmaulhaltung des Mundes und Pfötchenstellung der Hände auf. Dauer: wenige Minuten bis mehrere Stunden. Der Anfall kann durch Injektion von Kalzium beendet werden. (vgl. Peters 1997, 528)

² „Vom Magen ausgehend“ (Duden, Das große Fremdwörterbuch 1994, 503)

³ „Erschlaffung der Muskeln“ (Duden, Das große Fremdwörterbuch 1994, 157)

das Gefühl, satt zu sein. Der Sättigungsmechanismus fordert daraufhin immer größere Nahrungsmengen, bis er das Signal, *satt*, gibt.

Gefährlich können auch die Auswirkungen des Erbrechens auf das Atmungssystem sein, da Magensäure und Mageninhalt in die Luftröhre und die Bronchien angesaugt werden. Es kann zu einer lebensgefährlichen Lungenentzündung (Aspirations-Pneumonie⁴) kommen.

(vgl. Becker 1994, 48f)

2.2. Körperliche Schäden durch Abführmittelmißbrauch

Als Maßnahme zur Gewichtsregulation sind Abführmittel vollkommen ungeeignet, da ein regelmäßiger Stuhlgang in keinem Zusammenhang zum eigentlichen Körpergewicht steht. Entscheidend ist hier für viele Frauen wohl der subjektive Eindruck, nach dem Stuhlgang leichter zu sein und einen flachen Bauch zu haben. Laxantien führen erst zu einer Entleerung des Darms, nachdem die meisten Kalorien bereits vom Körper aufgenommen worden sind.

Stuhlgang ist sehr kaliumreich, deshalb entsteht bei regelmäßigem Gebrauch von Abführmitteln Kaliummangel im Körper, der zur Erschlaffung der Darmmuskulatur führt (gastrische Atonie). Die Folge davon ist Darmträgheit, bis hin zur chronischen Verstopfung. Die regelmäßige Einnahme von Abführmitteln verstärkt also genau das Übel, das eigentlich bekämpft werden sollte. Weitere medizinische Risiken sind Durchfall, Unterbauchschmerzen, vermehrte Wassereinlagerung und Blutungen im Magen-Darm-Trakt. Seltener kann es zu Fettdurchfall kommen, bei dem ungespaltenes Fett in großen Mengen, als flüssige, beim Abkühlen erstarrende Masse, abgeschieden wird.

(vgl. Becker 1994, 49f)

⁴ Aspiration: Eindringen von Flüssigkeiten oder festen Stoffen in die Luftröhre oder die Lungen. Pneumonie = Lungenentzündung (vgl. Duden. Das große Fremdwörterbuch 1994, 147, 1080).

2.3. Körperliche Schäden durch Mißbrauch von harntreibenden Mitteln

Der Gebrauch von Entwässerungsmitteln zur Gewichtsregulation ist ebenfalls unsinnig. Denn auch hier basiert die Gewichtsabnahme auf schnell wieder ausgeglichenen Flüssigkeitsverlusten. Sinnvolle Anwendungsmöglichkeiten für Diuretika sind hauptsächlich erkrankungsbedingte Wassereinlagerungen und sollten nur unter ärztlicher Aufsicht stattfinden.

Ernsthafte gesundheitliche Schäden ergeben sich vor allem durch den großen Flüssigkeitsverlust. Der Elektrolythaushalt wird gestört, es kommt zu einem Verlust von Kalium und Natrium, der die Nierenfunktion beeinträchtigt. Ebenso erhöht der Flüssigkeitsverlust die Gefahr einer Thrombose.

Weitere Probleme, die auftreten können: ein Anstieg des Blutfettgehalts und der Harnsäurewerte, ein hoher Blutzuckerspiegel und das Risiko des Austrocknens. (vgl. Becker 1994, 50f)

2.4. Probleme durch exzessives Sporttreiben

An Bulimie erkrankte Personen versuchen oft eine Gewichtsabnahme zu erreichen, indem sie viel Sport treiben und so zusätzlich Kalorien verbrennen. Vorsicht ist dann angebracht, wenn die sportlichen Aktivitäten einen zwanghaften Charakter annehmen.

Durch die permanente Belastung bis an die Grenzen der physischen Leistungsfähigkeit zeigen sich unter anderem Probleme mit den Muskeln und den Gelenken, Ausbleiben der Menstruation, Schwächeanfälle, Müdigkeit und Verlust der Konzentrationsfähigkeit.

(vgl. Becker 1994, 52f)

3. Kapitel: Die Ursachen von Bulimie

Wenn man über die Ursachen von Bulimie spricht, müssen drei Bereiche berücksichtigt werden:

- ⇒ Soziokulturelle Faktoren
- ⇒ Familiäre Einflüsse
- ⇒ Individuelle Voraussetzungen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß die Gründe für eine Erkrankung an Bulimie meistens nicht nur in einem der genannten Bereiche zu suchen sind. Je nach individueller Lebensgeschichte können gesellschaftliche, familiäre und persönliche Faktoren eine gleichwertige oder unterschiedlich große Rolle in Bezug auf die Entstehung einer Bulimie spielen.

Ein generell gültiges Ursachenmuster für die Entstehung einer Bulimie konnte bisher nicht festgestellt werden. Es muß daher stets auf die Einzelperson bezogen erforscht werden, welche Gründe zur Entwicklung der Bulimie beigetragen haben.

3.1. Soziokulturelle Faktoren

Eine gute Figur gilt heutzutage als Symbol für Jugend, Schönheit und Gesundheit. Dem makellosen Aussehen wird in unserer Gesellschaft ein hoher Wert beigemessen.

Die Medien und Zeitschriften vermitteln uns ein Schlankeitsideal, welchem jedoch nur die wenigsten gerecht werden können. Überall begegnen uns attraktive, leistungsfähige, durchtrainierte, erfolgreiche und dynamische junge Frauen.

Millionen junger Mädchen und Frauen versuchen, mit Hilfe von Diäten aus Zeitschriften, ihrem Traumgewicht und damit Attraktivität und Selbstbewußtsein näherzukommen. Das Streben nach dem Traumgewicht nimmt immer größere Ausmaße an. Besonders bedenklich ist, daß die Mädchen, die bemüht sind, sich durch Diäten dem gängigen Schönheitsideal anzupassen, immer jünger werden. Eine Untersuchung in den USA hat ergeben, daß bereits 40 Prozent der acht- bis neunjährigen Mädchen Diäten einhalten.

Eine große Zahl von Frauen ist offenbar fest entschlossen, sich ihren Traum von der guten Figur zu erfüllen. Ihr starkes Bedürfnis nach Schlankeheit macht selbst vor massiven Eingriffen in die Unversehrtheit des eigenen Körpers nicht halt.

Die in anderen Bereichen recht kritische deutsche Konsumentin erweist sich in Bezug auf die Werbeversprechen der Anbieter von Schlankeheitsmitteln als überraschend leichtgläubig.

Der Druck der von unserer Gesellschaft auf Frauen ausgeübt wird, wird immer größer. Einerseits wird von ihnen immer noch erwartet, Mutter und Hausfrau zu sein und den größten Teil der Kindererziehung und der Verantwortung für den Haushalt zu übernehmen, andererseits ist der weibliche Anspruch auf wirtschaftliche Unabhängigkeit, auf Selbständigkeit, Erfolg und Karriere weitverbreitet. In all ihren Rollen soll die Frau möglichst perfekt sein, wenn ihr an gesellschaftlicher Anerkennung liegt.

(vgl. Gerlinghoff 1997, 33f)

3.2. Familiäre Einflüsse

Es gibt keine Liste mit guten Einflüssen und krankheitsfördernden Merkmalen. Das Problem ist komplexer. Es hat damit zu tun, wie Menschen - Vater, Mutter und Kinder miteinander umgehen, wie die Werte der Familie gelebt und vermittelt werden. Wird viel Liebe weitergegeben? Ist Leistung wichtig? Wird Ehrgeiz belohnt oder der Mangel an Ehrgeiz bestraft? Die Orientierung einer Familie nach außen, die Anpassung an Wertvorstellungen der Gesellschaft, wie z.B. Pflichterfüllung, Leistung, Ordnung und Bildung, läßt Liebe und Zuwendung unter den einzelnen Mitgliedern der Familie zu kurz kommen.

Familien von Eßgestörten nehmen oft auf unglaublich hochmütige Weise für sich in Anspruch, alles zu besitzen oder zu repräsentieren, was gut und erstrebenswert ist, wie hohes geistiges Niveau, Ordnung, Bildung, tadelloses Aussehen, hervorragende Leistungen und gute Manieren. Die Bedürfnisse des einzelnen, seine Gefühle und Wünsche werden dabei nicht berücksichtigt. Wer die Ansprüche nicht erfüllt, stört die Harmonie und muß bestraft werden, nur zu seinem Besten natürlich. In solchen Familien herrschen sehr oft noch die alten Rollenklischees, einen Beruf auszuüben ist Sache des Mannes und die Frau ist für den Haushalt und die

Kindererziehung zuständig. Beide sind pflichtbewußt und orientieren sich stark an den gängigen gesellschaftlichen Normen. Als erstrebenswert gelten eine gehobene berufliche Stellung des Mannes, ein Einfamilienhaus, ein Zweitwagen für die Ehefrau und einmal im Jahr ein großer Urlaub. Die Kinder wachsen also behütet in geordneten Verhältnissen auf und gelten als wohlgeraten. Angesichts dieser Makellosigkeit erscheint es zunächst schwer begreiflich, wie jemand in dieser Familie eine Krankheit, wie die Bulimie, entwickeln kann.

Familien in denen Emotionen und Schwächen keinen Platz haben, in denen Konflikte nicht ausgetragen werden, brauchen eine andere Ausdrucksform, um sich zu artikulieren. Unter den Geschwistern regieren meist Gefühle wie Eifersucht, Neid und Rivalität, da die Eltern die Leistungen der Kinder vergleichen und dem einen die Erfolge des anderen vorhalten. Wirkt die Familie nach außen hin als harmonische Einheit, so ergibt sich bei näherer Betrachtung häufig ein anderes Bild. Der tatsächliche Zusammenhalt ist nur gering. Die Familienmitglieder können oft nur wenig miteinander anfangen und gehen sich eher aus dem Weg.

In manchen Familien, in denen ein Kind eßgestört ist, legen auch die Eltern ein sonderbares Eßverhalten an den Tag: Sie essen entweder zu viel oder zu wenig, in jedem Fall nimmt auch bei ihnen das Essen einen besonderen Stellenwert ein. Die Mütter vieler magersüchtiger Mädchen achten selbst sehr auf ihr Gewicht und durch das Abnehmen versuchen die Töchter ihre Mütter zu übertrumpfen. Dick- oder Schlanksein ist in solchen Familien häufig ein wichtiges Beurteilungskriterium.

Auffallend häufig ist die Tatsache, daß viele Bulimikerinnen in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden.

(vgl. Gerlinghoff 1997, 35ff)

3.2.1. Die Funktion der Bulimie für die Betroffene

⇒ *Protest*

Heimliche Auflehnung gegen die in der Familie geltenden Gesetze, speziell gegen das Leistungsdictat.

⇒ *Entlastung*

Ausgleich und Erholung von den als Überforderung empfundenen Ansprüchen und dem Konkurrenzdruck.

⇒ *Abgrenzung*

Versuch, über das abweichende Eßverhalten Selbständigkeit zu erreichen und sich gegen die Eingriffe der Eltern in die persönliche Sphäre zu wehren.

⇒ *Bewältigung traumatischer Erfahrungen*

Zum Beispiel sexueller Mißbrauch, Scheidung der Eltern oder Tod eines geliebten Menschen.

⇒ *Harmonisierung der elterlichen/familiären Beziehungen*

Die gemeinsame Sorge um die kranke Tochter erzeugt eine, sonst nicht vorhandene Verbundenheit zwischen den Familienmitgliedern.

(vgl. Becker 1994, 76f)

3.3. Individuelle Voraussetzungen

Selbstverständlich spielen individuelle Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßstörungen eine immense Rolle.

Es gibt bestimmte Wesenszüge und Verhaltensweisen, die Eßgestörte häufig gemeinsam haben. Dazu gehören Depressionen, mangelnde Selbstkontrolle, Suchtverhalten, Perfektionismus, Zwanghaftigkeit, ein geringes Selbstwertgefühl, Kontaktprobleme und ein negatives Körperbild. (vgl. Becker 1994, 81)

Aus Angst vor den Unsicherheiten des Lebens klammern sie sich an die Normen und Meinungen ihrer Umgebung und sind immer angepaßt. Sie sind ständig auf der Lauer zu erfahren, was andere von ihnen erwarten, um sich dementsprechend zu verhalten. (vgl. Gerlinghoff 1997, 52f)

Das Bedürfnis nach Anerkennung ist stark, denn ein Großteil des Selbstwertgefühls wird über das Interesse und die Zuneigung anderer bezogen. Die emotionale Unsicherheit und Verletzbarkeit zeigt sich in Angst vor Kontakt und Kritik. Trotz des starken Wunsches, geliebt zu werden, ist bei den meisten Bulimikerinnen eine zunehmende Isolation zu beobachten. Ein Grund dafür ist, daß die ständige Beschäftigung mit Essen und der Figur keine Zeit mehr für Freundschaften läßt.

Bulimikerinnen stellen sehr hohe Erwartungen an sich selbst, nicht nur hinsichtlich ihrer Attraktivität und ihrer Figur, sondern auch in allen anderen Lebensbereichen. Sie wollen perfekt sein. Mißerfolge führen sie auf ihre eigene Unzulänglichkeit zurück. Sie hassen und verachten sich, wenn sie hinter den hohen Erwartungen und

Ansprüchen zurückbleiben. Diese überhöhten Ansprüche an sich selbst, verknüpft mit der ständigen Angst, zu versagen und schwach zu erscheinen, führen zu einer permanenten Selbstüberforderung.

Ängstlichkeit und Schwierigkeiten, seelische Anspannung zu bewältigen, ist ein zentrales Problem von Personen, die unter Bulimie leiden. Hier fungiert die Bulimie als eine Art Streßbewältigungsstrategie, als Methode mit negativen Gefühlen umzugehen und Probleme zu lösen, die weit über Gewichtsprobleme hinausgehen. Viele essen, wenn sie angespannt, ängstlich oder depressiv sind. Das vermehrte Essen wird somit zur Beruhigung eingesetzt. Die angst- und streßreduzierende Wirkung hat eine entscheidende Funktion bei der Aufrechterhaltung des bulimischen Eßverhaltens. Andere Möglichkeiten, mit Streß umzugehen, verlieren allmählich an Bedeutung.

(vgl. Becker 1994, 81, 84-87)

4. Kapitel: Behandlung einer Eßstörung

Obwohl bei der Eßstörungssymptomatik Anteile süchtigen Verhaltens zu finden sind und auch von Magersucht, Eß-Brechsucht und Fettsucht gesprochen wird, können in der Beratung und Behandlung nicht automatisch Suchtkonzepte übernommen werden.

Ein ganz wesentlicher Unterschied zur Tablettensucht, Alkoholismus und zur Drogensucht besteht darin, daß es keine Abstinenzregel geben kann, da es ja nicht möglich ist, auf das Essen zu verzichten.

Im Laufe der letzten Jahre hat sich jedoch ein breites Angebot mit speziellen Konzepten für Eßgestörte etabliert. Es gibt inzwischen Beratungsstellen für Eßstörungen und Spezialabteilungen in psychosomatischen Kliniken und Suchtkliniken. Darüberhinaus gibt es viele freie Praxen und Selbsthilfegruppen, an die sich Betroffene wenden können. Wichtigste Voraussetzung ist die Bereitschaft eine Hilfe von außen anzunehmen.

Die Behandlung darf sich jedoch nicht nur darauf beschränken, ein „normales“ Gewicht zu erreichen oder die Anzahl der Freßanfälle pro Tag zu verringern. Es ist wichtig herauszufinden, welche Rolle die jeweilige Eßstörung im Leben der Betroffenen spielt und welche Funktion sie übernommen hat. Nur dann können wäh-

rend des therapeutischen Prozesses alternative Verhaltensweisen aufgebaut werden.

4.1. Der Weg aus der Eßstörung

Der erste Schritt: Die Krankheitseinsicht

Der Familie

Es ist sicherlich nicht leicht, sich einzugestehen, daß in der eigenen Familie etwas nicht stimmt und daß es Probleme gibt. Sich und der Umwelt einzugestehen, daß ein Familienmitglied „aus der Rolle fällt“ ist sehr schwer. Dies heißt nämlich zugeben zu müssen, nicht mehr die perfekte Familie zu sein. Das Selbstbild der Familie läßt dies häufig lange nicht zu und verhindert damit eine Behandlung der Eßstörung.

Des Betroffenen

Die Krankheitseinsicht des Betroffenen ist der schwierigste Schritt, er ist jedoch die Grundlage für einen Weg aus der Krankheit.

Der zweite Schritt: Besuch einer Beratungsstelle

Wenn die Möglichkeit besteht, sollte unbedingt eine Beratungseinrichtung aufgesucht werden. Ein Gespräch kann wertvolle Informationen vermitteln und Entlastung bieten. Die Beratungsstelle kann auch mit Adressen für die weitere Behandlung weiterhelfen.

Der dritte Schritt: Medizinische Betreuung

Durch eine sofortige medizinische Betreuung kann verhindert werden, daß bereits vorhandene Schädigungen chronisch werden, oder daß durch die Fehl- und Unterversorgung des Körpers weitere Mangelerscheinungen auftreten. Die medizinische Betreuung ist aber immer nur eine begleitende Maßnahme, die eine Therapie nicht ersetzen kann.

Der vierte Schritt: Die Therapie

Stationäre Therapie

Eine stationäre Therapie ist dann unbedingt notwendig, wenn das Gewicht die 30 kg Grenze erreicht hat, es zu ausgeprägten Depressionen bis hin zu Suizidgedanken oder anderen lebensbedrohlichen Komplikationen kommt. Bei einem kritischen körperlichen Zustand (unter 35 kg) ist ein therapeutisches Vorgehen nicht möglich, weil die erforderliche Konzentrationsfähigkeit nicht gegeben ist. Es muß zuerst intensiv-medizinisch eine Gewichtszunahme eingeleitet und erreicht werden, z.B. durch künstliche Ernährung über eine Magensonde. Eine stationäre Behandlung bietet den Vorteil, daß der Betroffene etwas Abstand von seinem sozialen Umfeld und der Familie bekommt und ein vielfältiges Therapieangebot kennenlernen kann.

Ambulante Therapie

Eine ambulante Therapie gewährleistet die Nähe zum alltäglichen Lebenszusammenhang und ermöglicht das direkte Umsetzen der Therapieerfahrungen. Bei der ambulanten Therapie ist sowohl eine Einzel - als auch eine Gruppentherapie möglich.

Sowohl für eine stationäre als auch für eine ambulante Therapie muß in der Regel eine lange Wartezeit in Kauf genommen werden. Meist liegen zwischen Therapieentscheidung und Therapiebeginn mehrere Monate. Diese Zeit kann mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe überbrückt werden. Auf die einzelnen Therapieformen möchte ich nicht näher eingehen, da dies den Rahmen dieser Hausarbeit sprengen würde. Ich möchte lediglich einen kleinen Überblick über mögliche Therapieformen geben.

Überblick über verschiedenen ambulante Therapieformen:

- Familientherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Körpertherapie
- Psychoanalyse

In der Therapie, ganz egal welche Form von der Betroffenen gewählt wurde, geht es nicht nur darum das Eßverhalten zu normalisieren, sondern vor allem um Kompetenztraining und Selbstmanagement. Dazu gehören Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz und Stärkung des Selbstbewußtseins ebenso wie die Aufgabe egozentrischer Sichtweisen und die Sensibilisierung für die Bedürfnisse der Mitmenschen.

(vgl. Gerlinghoff 1997, 179)

Der fünfte Schritt: Die Nachsorge

Wesentliche Arbeit leistet die Selbsthilfe in der Nachsorge. Die Behandlung von Eßstörungen ist ein sehr langwieriger Prozeß, der auch noch lange nach einer stationären Therapie nicht abgeschlossen ist und deshalb eine Selbsthilfegruppe den nötigen Rückhalt bieten kann.

Auch für die Familienmitglieder gibt es Selbsthilfegruppen, in denen sie mit anderen Eltern oder auch Ehemännern ihre Erfahrungen und Probleme besprechen können.

(vgl. Baeck 1994, 61-78)

Schluß

Nach längerer Beschäftigung mit dem Thema „Bulimie“, bin ich zu dem Schluß gekommen, daß Essen bei einem Heißhungeranfall viele Funktionen erfüllt, die jedoch wenig mit wirklichem Hunger zu tun haben. Durch das Überessen soll ein seelischer Hunger nach Liebe, Zärtlichkeit, Lob oder Anerkennung befriedigt werden. Aus Berichten von Betroffenen ist jedoch zu entnehmen, daß diese Sehnsucht durch einen Heißhungeranfall nur sehr kurzzeitig erfüllt wird. Denn schon direkt nach einem Anfall regieren Gefühle wie Scham, Ekel vor sich selbst, Wut darüber, die Kontrolle über sich verloren zu haben und der Wunsch, die soeben verschlungenen Kalorien möglichst schnell wieder los zu werden. Die Seele geht dabei jedoch leer aus.

Es stellt sich nun die Frage, warum dieser Umweg über das Essen gewählt wird. Ich denke, ein Grund dafür ist die Angst, sich den eigenen Bedürfnissen zu

stellen, zu registrieren, was im eigenen Leben fehlt, verbunden mit der Angst enttäuscht oder zurückgewiesen zu werden, wenn man jemanden darum bitten würde.

Vielfach werden Eßanfälle auch dazu benutzt, um unangenehme Situationen zu bewältigen. Warum werden die Schwierigkeiten jedoch nicht auf direkte Weise angegangen? Meiner Meinung nach, ist die Antwort darauf recht einfach: weil die Betroffenen nicht mehr wissen, wie sie dies tun sollen.

Um nicht mehr auf Heißhungeranfälle als Problemlösungsstrategie zurückgreifen zu müssen, ist es erforderlich, daß sie lernen, mit problematischen Situationen und Gefühlen angemessen umzugehen. Sogar mit Hilfe einer Therapie kann dieser Lernprozeß allerdings sehr langwierig sein, denn die Eßstörung bleibt auch noch viele Jahre im Repertoire der erlernten Verhaltensweisen erhalten. Es ist deshalb auch noch nach vielen Jahren völliger Symptombfreiheit ein „Rückfall“ möglich.

Ich bin der Meinung, daß durch die ständig schlechter werdenden Zukunftsperspektiven für die Jugendlichen, die steigende Arbeitslosigkeit und die immer größer klaffende Lücke zwischen Arm und Reich ein weiteres Ansteigen der Suchtkrankheiten, auch der Eßstörungen, zu befürchten ist. Nicht zuletzt deshalb, weil der Schlangheitswahn in unserer Gesellschaft scheinbar nicht auszumerzen ist und die Geborgenheit in der Familie immer mehr in Vergessenheit gerät.

Ich glaube, daß ein bisher in der Literatur jedoch noch sehr vernachlässigter Teil sozialarbeiterischer Tätigkeit, im Bereich der Bulimie, die Prävention ist. Durch gezielte Aufklärungsarbeit an Schulen, bei der auch die Eltern sowie die Lehrkräfte mit einbezogen werden müssen, wäre es möglich eine Kombination aus Information über Anzeichen, Symptome und die Gefahren der Bulimie und ihre Behandlungsmöglichkeiten weiterzugeben. Viele Eltern und Betroffene wissen nämlich immer noch nicht genau über die verheerenden körperlichen Folgeschäden der Bulimie und den Mißbrauch von Laxantien und Diuretika bescheid. Über die Effizienz solcher Aufklärungsveranstaltungen läßt sich selbstverständlich streiten, was die Erfahrungen hinsichtlich der bereits durchgeführten Präventionsprogramme gegen den Mißbrauch von Drogen gezeigt haben. Ich bin jedoch der Ansicht, daß ein größeres Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung mit Sicherheit einigen Betroffenen und auch Angehörigen helfen kann, erkennen zu können, daß es sich hierbei um eine ernsthafte Krankheit handelt, die dennoch behandelt werden

kann. Je früher eine Bulimie erkannt und behandelt wird, um so geringer sind die Folgeschäden und das Leiden der Betroffenen. Denn Hunger, der aus der Seele kommt, ist zu stillen, sofern alle mithelfen.

Literatur

Baeck, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer. Freiburg 1994.

Becker, K.: Die perfekte Frau und ihr Geheimnis. Hamburg 1994.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Eßstörungen. Bulimie - Magersucht - Eßsucht. Köln.

Gerlinghoff, M./Backmund, H.: Der heimliche Heißhunger. Wenn Essen nicht satt macht. Bulimie. München 1997.

Habermas, T.: Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Frankfurt am Main 1990.

Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Augsburg 1997.

Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.): Duden. Das große Fremdwörterbuch. Mannheim 1994.