



Leseprobe aus Gerlinghoff, Backmund und Bittenbinder-Obermeier,

Essen will gelernt sein, ISBN 978-3-407-86489-5

© 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-86489-5)

isbn=978-3-407-86489-5

Vorwort

»Essen will gelernt sein« ist erstmals im Jahr 2000 erschienen. Damals wie heute ist das Essprogramm der wesentliche Teil des Buches. Der Ursprung des Programms geht auf eine Initiative von Patientinnen zurück, die sich für die Zeit nach ihrer Entlassung aus der Tagklinik des Therapie-Centrums für Essstörungen (TCE) eine Hilfe für die Gestaltung ihrer Ernährung im Alltagsleben schaffen wollten, eine Richtschnur für »richtiges« Essen. Die Patientinnen haben die Sammlung von Rezepten »Startschuss« genannt. Daraus ist schließlich unser Buch entstanden.

Menschen mit einer Essstörung müssen nämlich wieder lernen zu essen. Das pathologische Essverhalten ist zwar nicht das wesentlichste Symptom dieser Krankheiten, aber ohne Zweifel haben die Patientinnen einen normalen, üblichen, spontanen Umgang mit Nahrung und Essen im Verlauf ihrer Krankheit verlernt. Bei Unsicherheiten über Art und Mengen von Nahrung wird eine magersüchtige Patientin »eher einsparen«, wie sie es nennt, und eine Patientin mit Essanfällen eher etwas mehr essen. Essenspläne und Essprogramme, Vorgaben für »richtiges Essen« sind für Akutpatientinnen und »Ehemalige« eine wichtige Hilfe.

Ratschläge zum Essen können auch für Menschen hilfreich sein, die, ohne an einer Essstörung zu leiden, aus vielerlei Gründen und Sachzwängen mit ihren täglichen Ernährungsgewohnheiten durcheinandergelassen sind und den Wunsch haben, Orientierung zu finden. Es mag Leserinnen und Leser geben, die das Bedürfnis haben, sich zu informieren, was als

gesunde Mischkost, als vegetarische oder vegane ausgewogene Kost bezeichnet werden kann, und dafür geeignete Rezepte suchen. Andere wünschen sich vielleicht Anregungen für die kulinarische Gestaltung einer Einladung oder Party.

Die vorliegende aktualisierte Neuauflage dieses Buches bietet Orientierung und liefert wichtige Informationen. Im ersten Teil beschreiben wir die Essstörungen als Krankheiten einschließlich ihrer Komplikationen. Es folgt eine Darstellung aus der Sicht von Patientinnen, die an diesen Krankheiten leiden und vermitteln können, wie sehr diese Krankheiten sich im Leben der betroffenen jungen Menschen ausbreiten und letztlich in alle Bereiche eingreifen – weit ab von zu wenig oder zu viel essen. Danach erklären wir, wie und mit welchen Hilfsmitteln eine gesunde, normale – im Jargon der Erkrankten »richtige« – Ernährung gelernt werden kann. Es folgen einige Denkanstöße und Ratschläge zum Thema von Patientinnen und uns. Diese und weitere Denkanstöße haben wir in einer eigenen Broschüre zusammengefasst, die Sie auf der Internetseite des Beltz Verlages kostenlos herunterladen können.

Der letzte Teil enthält Anleitungen zum Backen und Kochen für verschiedene Gelegenheiten und schließlich eine Fülle von Rezepten, von einer einfachen, rasch zubereiteten Mahlzeit, über Snacks und Dips bis hin zu genussvollen Speisen.

Denn auch Genießen – nicht nur beim Essen – kann und will gelernt sein!

I. Einführung

Aktuelles zum Essverhalten in Deutschland

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Essstörungen kommt immer wieder die Frage: Was ist eigentlich ein normales Essverhalten? Eine einfache Antwort darauf ist nicht möglich. Jeder wird für sich und seine Lebensumstände eine eigene Norm definieren und außerdem gilt auch fürs Essen: Die Geschmäcker sind verschieden.

Die Ernährungsgewohnheiten der ganzen Bevölkerung können genau erfasst und beschrieben werden. Anfang des Jahres ist zum Beispiel der Ernährungsreport 2017 des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft erschienen mit dem Titel *Deutschland, wie es isst*¹. Am liebsten essen die Deutschen, so ist zu lesen, zu 53 Prozent Fleischgerichte, 38 Prozent Nudeln, aber nur 16 Prozent Fischgerichte und 14 Prozent Kartoffelgerichte. Pizza erreicht in dieser Aufstellung nur 13 Prozent, noch weniger als Suppen mit 15 Prozent. Auch zum Nahrungserwerb gibt es wichtige Aussagen: »Ich kaufe, was mir schmeckt« hat mit 97 Prozent die höchste Zustimmung, es folgt als Kriterium mit 73 Prozent die Auswahl regionaler Lebensmittel. 57 Prozent achten darauf, dass das Lebensmittel, das sie auswählen, preiswert ist.

In diesem Bericht finden sich weitere interessante Ergebnisse rund ums Essen: 55 Prozent der Befragten wünschen sich eine einfache und schnelle Zubereitung der Nahrung, zehn Prozent mehr als bei der Befragung ein Jahr zuvor (2015),

dementsprechend ist die Zahl derer, die täglich kochen, von 41 Prozent auf 39 Prozent weiter gesunken. Allerdings begeistern sich Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren überraschend häufig fürs Kochen, nämlich 89 Prozent, wenn auch nicht täglich.

Woher haben die Deutschen den Großteil ihrer Lebensmittel? 62 Prozent kaufen im Supermarkt, noch mal 3 Prozent mehr als 2015 (59 Prozent), 30 Prozent im Lebensmittelgeschäft (4 Prozent weniger als 2015) und 6 Prozent im Bioladen (2 Prozent weniger als 2015), und zwar kaufen dort hauptsächlich 14- bis 18-Jährige und über 60-Jährige.

Manche Menschen bevorzugen eine Ernährung mit eingeschränkter Auswahl an Lebensmitteln. Über die Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland unterrichtet das Robert-Koch-Institut im Journal of Health Monitoring 2016 1(2)². In diesem ausführlichen, informativen Artikel, der sich überwiegend auf DEGS1³ bezieht, wird der Prozentsatz der Bevölkerung (im Alter von 18 bis 79 Jahren), der sich üblicherweise vegetarisch ernährt, mit 4,3 Prozent angegeben und zwar 6,1 Prozent der Frauen und 2,5 Prozent der Männer. Der Anteil ist unter den 18- bis 29-Jährigen (Frauen 9,2 Prozent und Männer 5,0 Prozent) sowie bei Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren mit 7,3 Prozent am höchsten. Menschen mit veganer Lebensweise verzichten auf alle tierischen Produkte einschließlich Eiern und Honig. Ihr Anteil an der Bevölkerung wird in dem Bericht in Deutschland mit etwa 1 Prozent angegeben.

Wie steht es mit den Essgewohnheiten Jugendlicher? Schülerinnen und Schüler vor allem der weiterführenden Schulen müssen sich auch in der Gestaltung ihrer täglichen Ernährung den Vorgaben der jeweiligen Schule anpassen. Regelmäßiges Frühstück, Mittagessen und Abendbrot waren früher einmal. Frühstück gilt gerade im Kindes- und Jugendalter eigentlich

als wichtigste Mahlzeit des Tages. Dem Faktenblatt des HBSC-Studienverbundes Deutschland⁴ »Häufigkeit des Frühstücks von Kindern und Jugendlichen« ist aber zu entnehmen, dass nur 57,3 Prozent der Mädchen und 65,1 Prozent der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren an Schultagen täglich frühstücken, rückläufig mit zunehmendem Alter. Das Mittagessen wird im Schulalltag in erster Linie von der Unterrichtsdauer bestimmt. Ob eine Mensa vorhanden ist oder nicht, spielt für Jugendliche, die mittags den Schulbereich verlassen dürfen, keine Rolle, die Tendenz zu Snacks und Fast Food ist ungebrochen und der Gesichtspunkt einer gesunden Ernährung spielt kaum eine Rolle. »Weil es gut schmeckt« ist mit 100 Prozent der höchste Akzeptanzfaktor, wie aus einer Veröffentlichung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) zusammen mit »in form« hervorgeht⁵. Weil es nicht so gut bestellt ist mit der gesunden Ernährung Jugendlicher, hat Ende 2015 der Bundeslandwirtschaftsminister Christian Schmidt die Einführung eines neuen Schulfaches angeregt: »Jedes Kind soll das Einmaleins einer gesunden Ernährung lernen, unabhängig von der Herkunft und vom Schultyp.«

Ein Teil der Jugendlichen und Erwachsenen ist mit Körper, Aussehen und Figur nicht zufrieden. Eine Diät soll helfen. Gemeint ist eine sogenannte Reduktionsdiät, das bedeutet, es sollen weniger Kalorien gegessen als verbraucht werden. Dazu gibt es eine Fülle von Ratschlägen und Empfehlungen und ebenso viele Fertigprodukte, die das Abnehmen erleichtern sollen. Nicht alle Diäten sind gesund, und Ärzte empfehlen, eine Reduktionsdiät von vornherein zeitlich zu begrenzen. Immerhin hat nach einer Studie des Institutes für Demoskopie Allensbach 2014⁶ knapp die Hälfte der deutschen Bevölkerung (ab 16 Jahre), nämlich 45 Prozent (39 Prozent Männer, 51 Prozent Frauen) den Wunsch, abzunehmen, und zwar nicht nur

diejenigen mit deutlichem Übergewicht (BMI >30), sondern auch 10 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen mit Normalgewicht! Erfahrungen mit einer Diät haben 38 Prozent der Bevölkerung (24 Prozent der Männer, 51 Prozent der Frauen) und immerhin 76 Prozent der Befragten haben ihre Diät als ganz oder teilweise erfolgreich empfunden.

Was ist nun das sicht- und messbare Ergebnis jeglicher ungezügelter, eingeschränkter, einsichts- oder ideologiesteuerter oder diätetischer Ernährung? Auch diese Frage kann nur im Kollektiv beantwortet werden. Die übliche Maßeinheit ist der Body-Mass-Index (BMI = kg/m²). Es gelten nach WHO folgende Werte: Normbereich 18 bis 25 kg/m², Übergewicht 25 bis 30 kg/m² und Adipositas (Fettleibigkeit) ab einem BMI von 30 und darüber.

Zahlen gibt es aus der schon erwähnten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1), veröffentlicht 2013. Demnach fand sich bei der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren ein durchschnittlicher BMI von 26,4 bei den Frauen und von 26,9 bei den Männern. Übergewichtig waren in dieser Studie 53 Prozent der Frauen und 67,1 Prozent der Männer, Werte, die im 10-Jahres-Vergleich wenig verändert sind. Gestiegen ist aber die Prävalenz der Adipositas, die bei den Frauen nun 23,9 Prozent (im Vergleich: 22,5 Prozent) und 23,5 Prozent (im Vergleich 18,9 Prozent) bei den Männern beträgt. Der deutliche Anstieg der Adipositas zeigt sich besonders bei jüngeren Altersgruppen, etwa ab 25 Jahren.

Auch in der Europäischen Union ist Adipositas ein Thema. Nach einer europäischen Gesundheitsbefragung 2014⁷ hatten 46,1 Prozent der in der Europäischen Union lebenden Erwachsenen ab 18 Jahren Normalgewicht, 51,6 Prozent waren übergewichtig, und zwar 35,7 Prozent präadipös (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²) und 15,9 Prozent adipös. 2,3 Prozent waren untergewichtig.

Aber das Problem einer Gewichtszunahme trifft auf die ganze Menschheit zu, wie eine wissenschaftliche Untersuchung um eine Londoner Forschergruppe ergab⁸: 1975 waren 6,4 Prozent der Frauen und 3,2 Prozent der Männer adipös, im Jahr 2014 sind die Zahlen auf 14,9 Prozent der Frauen und 10,8 Prozent der Männer angestiegen (davon hatten 5,0 Prozent der Frauen und 2,3 Prozent der Männer einen BMI über 35 kg/m², also eine deutliche Fettleibigkeit), das sind etwa 641 Millionen Menschen, und die Forscher verweisen auf die mit starkem Übergewicht verbundenen Krankheiten. Trotz dieser weltweiten Gewichtszunahme gibt es viele – viel zu viele – Länder, in denen die Menschen noch immer Hunger leiden.

Dieses statistische Dickerwerden der Menschen wurde für Erwachsene ab 18 Jahren beschrieben. Zum Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen gibt es Angaben in einem weiteren Faktenblatt der schon erwähnten HBSC-Studie 2013/14, veröffentlicht im November 2015⁹. Insgesamt wurde bei Jungen und Mädchen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren bei 75,9 Prozent ein Normalgewicht errechnet, bei 5,9 Prozent ein Übergewicht und bei 3,1 Prozent eine Adipositas. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: Von den Jungen waren 6,8 Prozent übergewichtig und 3,3 Prozent adipös, von den Mädchen hatten 4,9 Prozent Übergewicht und 2,8 Prozent waren adipös. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der übergewichtigen und adipösen Jugendlichen, bei den Jungen stärker als bei den Mädchen.

Die Nachteile eines Übergewichts, besonders bereits im Jugendalter, sind vielfältig. Obwohl nicht alle übergewichtigen Menschen krank sind, besteht doch in allen Altersgruppen die Gefahr von medizinischen Komplikationen, natürlich ganz besonders bei Adipositas. Zudem sind im Jugendalter durch Übergewicht ausgelöste Ausgrenzungen bis hin zum Mobbing nicht selten.

Über- und auch Untergewicht können jedoch vermieden werden. Wer es wünscht und sich dafür engagiert, kann an seinem Essverhalten etwas ändern. Ob ein jugendlicher oder erwachsener Mensch zu viel oder zu wenig Nahrung zu sich nimmt: Wir wollen zeigen, dass vernünftiges Essen gelernt werden kann!

Gestörtes Essverhalten

Die Frage, warum es für viele Menschen so mühsam und letztlich frustrierend ist, ein individuell angestrebtes Gewicht zu erreichen und zu halten, ist generell nicht zu beantworten. Jedenfalls sind die Lebensumstände für eine geregelte Nahrungsaufnahme schwieriger geworden. Der früher übliche Zeitplan Frühstück – Mittagessen – Abendessen ist durcheinandergeraten. Feste Mahlzeiten gibt es eigentlich nur mehr in Institutionen, etwa in Kantinen, Krankenhäusern oder Seniorenheimen. Dadurch, dass immer irgendetwas zu essen verfügbar ist, in kleinen Portionen und handlich verpackt, kann man sich, wann und wo man will, verköstigen. Auch für den »kleinen Snack zwischendurch« ist reichlich gesorgt. Allerdings geht bei dieser Art der Ernährung die Kontrolle leicht verloren. Wir haben das Gefühl, schon tagelang nicht mehr »richtig« gegessen zu haben; Chips und das Bier beim Fernsehen zählen sowieso nicht. So bekommt Essen eine emotionale Funktion: Wir gönnen uns etwas Verbotenes, weil wir sowieso immer zu kurz kommen, ob aus Freude oder aus Ärger, um etwas zu feiern oder aus einer beruflichen Verpflichtung. Danach reden wir davon, dass wir gesündigt haben, aber es wieder in den Griff bekommen. So entsteht ein ständiges Hin und Her zwischen Wollen, Müssen und Nichtdürfen.

Dem Wunsch nach einer Traumfigur eifern viele nach – entweder erlegen sie sich selbst diesen Druck auf oder sie geben den Erwartungen ihrer Mitmenschen nach. In manchen Berufen ist die Gewichtskontrolle obligatorisch. Dazu gehören zum Beispiel professionelles Tanzen, Modeln, viele Sportarten und schließlich jeder Job, bei dem attraktives Aussehen und Fitness zu den Einstellungsbedingungen gehören, zum Beispiel in Führungspositionen. Wenn der Druck groß genug wird und wiederholte Abmagerungskuren und Diäten nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben, werden zusätzliche Methoden zur Gewichtsregulierung eingesetzt, wie Nulldiät, Abführmittel, entwässernde Medikamente, willentliches Erbrechen nach einer Diätsünde oder auch exzessive sportliche Aktivitäten. Dies alles zusammen rechnen wir zu einem gestörten Verhalten.

Viele Menschen leben so, ohne dass sie dadurch ernsthaft Schaden nehmen. Trotzdem finden wir dieses Verhalten nicht gut. Wenigstens zwei Gründe möchten wir anführen: Der erste Grund ist, dass ein gestörtes Essverhalten allmählich in eine manifeste Essstörung übergehen kann, der zweite Grund sind die Kinder. Es gibt nämlich keinen Zweifel, dass das Essverhalten der Eltern, meistens vor allem das der Mütter, die Essgewohnheiten der Kinder wesentlich beeinflusst. Wenn jemand eine Abmagerungskur nach der anderen macht oder nach dem Essen erbricht oder sonst etwas Ungesundes für seine schlanke Linie tut, dann ist das seine Sache, solange er ohne Kinder lebt, als Vorbildfunktion ist dieses Verhalten aber bestimmt untauglich.

Auch die Gruppe der Gleichaltrigen (Peergroup) ist nicht ohne Einfluss auf das Figurbewusstsein jedes einzelnen Kindes oder Jugendlichen. Da spielt zum Beispiel eine Rolle, was die »Coolen« in den Schulpausen essen. Das mütterliche Pausenbrot ist längst »out«, also von eher negativem Wert für das

Ansehen. Was es an einem Kiosk in erreichbarer Nähe gibt, beim Chinesen oder Türken oder in einer Bäckerei, ist »in«.

Gedanken und Aussagen von Patientinnen mit einer Essstörung

Essen – essen – essen, essen – schmecken, essen – schlucken, essen – essen – essen – essen – schmecken, essen – schlucken ...

Mein absoluter Kindheitstraum: eine Milchschnitte, 100 m lang, immer wieder beißen, kauen, schlucken, beißen, kauen, schlucken, beißen, kauen, ...

Voll bin ich, fett bin ich, gleichgültig bin ich. Meine Mutter macht eine Diät nach der anderen, um abzunehmen, während sie die anderen Familienmitglieder mästet.

Mein Vater ist übergewichtig, ist es immer gewesen. Bei ihm ist Essen der absolut wichtigste Lebensinhalt.

Bei meiner Großmutter folgt eine Mahlzeit nach der anderen. Sie will uns etwas Gutes tun, wie sie immer sagt. Offenbar kennt sie keinen anderen Ausdruck von Zuneigung, als uns vollzustopfen.

In meiner Familie wurde schon immer gerne und viel gegessen. Meine Eltern sind beide übergewichtig. Sie essen in jeder Lust- und Frustsituation.

Mein Vater hat uns vermittelt, dass er dicke Frauen widerlich findet. Ich habe ihm immer gefallen wollen und darum war es für mich selbstverständlich, dass ich kein Gramm Fett ansetzte.

Mein Vater ist gertenschlank und legt viel Wert auf seine Figur und die Figur seiner Frauen.

Die Liste der Dinge, die sich meine Eltern für mich zur Abwendung meines Übergewichtes einfallen ließen, würde Seiten füllen.

Seit ich denken kann, sind Figur und Dünnssein in unserer Familie ein zentrales Thema.

Mein Vater teilt die Menschheit in »dick« und »dünn« ein. Dicke Menschen sind verachtenswert, dünne begehrenswert und attraktiv.

Feiertage und Feste sind in unserer Familie ein willkommener Anlass, alles in sich reinzustopfen, so als stünde eine Hungersnot bevor. Danach ist die Verzweiflung groß und die neueste Diät steht auf dem Plan.

Ich aß nie regelmäßig, dafür aber unregelmäßig und fast nur süßes Zeug.

Ich wechselte ständig zwischen Hunger- und Fressphasen.

Meine Eltern behaupten, dass ich als Kleinkind immer noch ein zweites Glas Babynahrung wollte – wenn ich es nicht bekam, brüllte ich angeblich, bis ich rot und blau anlief.

Meine Mutter startete fast täglich eine neue Diät und versuchte mich eigentlich von früher Kindheit an anzuspornen, mitzumachen.

Vor jeder Diät schwöre ich mir, ich werde mein Leben verändern.

Solange ich denken kann, war ich fett. Ich konnte meine Klassenkameraden so weit beeinflussen, dass ich sogar mit ihnen über die andere Fette in der Klasse lästerte. Sie trug immer hautenge Jogginganzüge und achtete nicht auf ihr Äußeres. Mir war früh

bewusst, Fette müssen mehr bieten als Dünne, um anerkannt zu sein. Ich versuchte immer, mit Musik, Witz, Zuwendung oder verrücktem Künstlerimage die Aufmerksamkeit auf mich zu lenken.

Solange ich denken kann, hat meine Mutter massenhaft Abführmittel eingenommen. Heute hat sie total kaputte Nieren und muss dreimal die Woche für fünf Stunden an die Dialyse.

Schon als Kind wurde ich aufgezogen, weil ich dicker war als andere Kinder. Schon damals investierte ich mein ganzes Taschengeld in Süßigkeiten.

Ab einem bestimmten Zeitpunkt war mein Leben nur noch beherrscht von dem Gedanken, abnehmen zu müssen. Ich war hin und her gerissen zwischen meinem Aussehen und der Gier nach Süßigkeiten. Beim Essen kann ich mich betäuben und ablenken, vergessen, mich bestrafen, mir etwas gönnen.

In meiner Klasse waren nur die »in«, die zu den Dünnen zählten. Alle anderen wurden total ausgestoßen.

Ich muss mich wiederfinden in dem Wust von Nahrungsmitteln, dem Schlankheitswahn, der Selbstverachtung und dem Selbstbetrug.

II. Essstörungen sind Krankheiten

Formen und Diagnosen der Essstörungen

»Gestörtes Essverhalten« ist ebenso schwer zu definieren wie »normales Essen«. Jedenfalls ist gestörtes Essverhalten für sich genommen keine Krankheit.

Essstörungen hingegen sind im medizinischen Sinn schwerwiegende Krankheiten. Es gibt im Wesentlichen drei Formen:

- die Magersucht (Anorexia nervosa, AN),
- die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa oder Bulimie, BN),
- und die Esssucht (Binge-Eating-Disorder, BED).

Kennzeichnende Symptome dieser Krankheiten sind in diagnostischen Leitlinien und Klassifikationsverzeichnissen festgelegt. In der Bundesrepublik ist die Codierung von Krankheiten nach ICD (International Classification of Diseases) vorgeschrieben, gültig ist noch die 10. Version, die 11. Revision wird demnächst erwartet. Speziell für psychiatrische Erkrankungen wird hauptsächlich an Universitäten und Forschungseinrichtungen eine Codierung der American Psychiatric Association verwendet, nämlich DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases). Gültig ist seit 2013 DSM-5.

In diesem Buch geben wir die offiziellen Diagnosekriterien der einzelnen Essstörungen in etwas vereinfachter Form wieder.

1. Magersucht (Anorexia nervosa, AN)

Symptome nach ICD-10:

- a. Zu niedriges Körpergewicht, BMI 17,5 oder weniger.
- b. Der Gewichtsverlust wurde selbst herbeigeführt.
- c. Große Angst, dick zu werden.
- d. Verzerrte Wahrnehmung von Gewicht und Figur und übertriebener Einfluss des Gewichts auf das Selbstwertgefühl.
- e. Ausbleiben der Monatsblutung (Amenorrhö). Bei Krankheitsbeginn vor der Pubertät kommt der Zyklus nicht in Gang.

Im DSM-5 gibt es zwei wichtige Änderungen: Es heißt nicht mehr: »Der Gewichtsverlust wurde selbst herbeigeführt«, sondern es besteht eine »in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energiezufuhr«. Diese Formulierung wünschen wir uns auch für ICD-11. Außerdem wurde das Merkmal »Amenorrhö« gestrichen.

Bei der Magersucht können zwei Formen unterschieden werden:

- eine restriktive (asketische, passive) Form; das bedeutet, die Verminderung des Gewichtes erfolgt durch Hungern und übermäßige Bewegung
- eine bulimische (Binge-purging- oder aktive) Form; das heißt die Gewichtsreduktion wird durch aktive Maßnahmen herbeigeführt wie Erbrechen, Missbrauch von abführenden oder entwässernden Medikamenten etc.

2. Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa oder Bulimie, BN)

Bulimie heißt so viel wie Stierhunger und bedeutet das Verschlingen großer Nahrungsmengen, das in der Regel nicht durch ein Hungergefühl ausgelöst wird. Im Zusammenhang

mit Magersucht ist bulimisches Verhalten seit Langem bekannt. Die wissenschaftliche Diskussion, ob die Bulimie als eigenständige Krankheit von der Magersucht abgegrenzt werden soll, wurde dadurch entschieden, dass die Bulimie als eigene Essstörung ab 1980 in die Diagnoseverzeichnisse aufgenommen wurde.

Die wichtigsten Diagnosekriterien der Bulimie sind, vereinfacht, folgende Symptome:

- a. Heißhungeranfälle, bei denen große Mengen Nahrung verschlungen werden.
- b. Kompensatorische Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme.
- c. Ausgeprägte Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Körpergewicht und Figur.
- d. Die Störung tritt nicht ausschließlich bei einer Episode von Magersucht auf.

Nicht immer werden große Mengen an Nahrung zu sich genommen. Entscheidend ist der momentane Verlust der Kontrolle über Art und Menge eigentlich verbotener Nahrungsmittel, zum Beispiel Schokolade oder Ähnliches.

Als kompensatorisch werden alle Maßnahmen bezeichnet, die bewusst eingesetzt werden können, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Sehr häufig ist freiwilliges Erbrechen, das manche perfekt beherrschen. Menschen, die Schwierigkeiten haben, zu erbrechen, benutzen Abführmittel, entwässernde Medikamente oder andere Stoffe, die gewichtsreduzierend wirken (zum Beispiel Schilddrüsenhormone). Einige Patientinnen oder Patienten verordnen sich nach einem Essanfall für mehrere Tage eine Nulldiät oder bewegen sich übermäßig. Schwierig zu beurteilen sind körperliche Bewegungsprogram-

me. Die Grenze zwischen üblichem sportlichem Training und krankhaft gesteigertem Bewegungsdrang ist oft nicht klar zu ziehen.

3. Esssucht (Binge-Eating-Disorder, BED)

Nach ICD-10 ist diese Form einer Essstörung keine eigenständige Krankheit, sondern eine besondere Form der Bulimie. Im DSM-5 wird sie als eigene Essstörung beschrieben.

Im Unterschied zur Bulimie unternehmen die Betroffenen keine kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtsregulierung, sodass es allmählich zu einer Gewichtszunahme kommt. Die Essanfälle sind mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden wie Ekel vor sich selbst, Niedergeschlagenheit und quälenden Schuldgefühlen nach einem Essanfall. Nicht das Übergewicht ist für die Diagnose entscheidend, sondern die mit dem gestörten Essverhalten einhergehenden psychischen Störungen.

Essstörung als Querschnittsdiagnose

Als Querschnittsdiagnose verstehen wir die Feststellung einer bestimmten Essstörungsform zu einem bestimmten Zeitpunkt. Nicht selten kommt es im Krankheitsverlauf zu einem Übergang von einer Essstörungsform in eine andere. Etwa die Hälfte der ursprünglich restriktiv Magersüchtigen kann im Verlauf der Krankheit die strikte Nahrungseinschränkung nicht durchhalten. Es kommt zunächst sporadisch, schließlich immer häufiger und dann regelmäßig zu Heißhungeranfällen, etwa, wenn eine Magersüchtige dem Druck in der Familie, zu essen, nicht länger standhalten kann. Es entwickelt sich dann ein bulimisches Verhalten und aus einer Anorexia nervosa vom asketischen Typ wird eine Anorexia nervosa vom Binge-purging-Typ. Kommt es unter diesem Verhalten zu einer Gewichtszunahme und steigt der BMI über den Wert von 17,5, so

muss die Essstörung bei der gleichen Patientin als *Bulimia nervosa* bezeichnet werden. Umgekehrt kann eine Kranke mit Übergewicht eines Tages kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsverminderung einsetzen, also bulimisches Verhalten praktizieren, sodass schließlich die Diagnose einer *Bulimia nervosa* gestellt werden muss. Bei erfolgreicher Gewichtsreduktion und unverändertem Krankheitsverhalten tritt schließlich eine Magersucht vom Binge-purging-Typ auf. Somit kann es beim gleichen kranken Menschen durch eine Verschiebung von Symptomen im Zeitverlauf zu verschiedenen Diagnosen einer Essstörung kommen.

Begleitkrankheiten (Komorbidität)

Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung leiden nicht selten unter zusätzlichen psychiatrischen Störungen oder Erkrankungen. Bis zu drei Viertel der Kranken mit Magersucht und Bulimie erfüllen die Kriterien einer Depression. Zwangssymptome treten gehäuft bei Magersüchtigen auf. Von Angststörungen sind häufiger bulimisch Kranke betroffen. Ein Missbrauch von Alkohol und anderen Stoffen findet sich häufiger bei bulimischen Patientinnen und Patienten im Vergleich zu Magersüchtigen. Bei einigen Patientinnen und Patienten verschwinden komorbide psychiatrische Störungen im Verlauf der Behandlung der Essstörung. Andererseits können sich durch Zurücktreten der Symptome der Essstörung begleitende psychische Störungen schließlich als eigenständige Krankheiten manifestieren, welche unter Umständen dann einer eigenen Therapie bedürfen.

Komorbide Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, kommen gelegentlich bei Bulimie vor.

Orthorexie (Orthorexia nervosa)

Orthorexie ist keine Diagnose im medizinischen Sinn. Der Begriff wurde von dem amerikanischen Arzt Steven Bratman 1997 geprägt und beschreibt die krankhafte Fixierung auf gesunde Nahrung und die strikte Vermeidung von ungesundem Essen. Die von dieser Störung betroffenen Menschen definieren gesunde Nahrung immer rigider, sodass schließlich kaum »erlaubte« Lebensmittel übrigbleiben, daraus resultieren Mangelernährung und Untergewicht, und sie leben schließlich isoliert und einsam. Wissenschaftliche Untersuchungen sind notwendig, damit die Krankheit anerkannt wird und Aussagen unter anderem zur Prävalenz gemacht werden können.

Übergewicht und Fettleibigkeit

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) sind im Vergleich zu den besprochenen Essstörungen sehr häufig. Wie in der Einführung dargestellt, sind Übergewicht und Fettleibigkeit weltweit die am meisten verbreiteten Formen gestörten Essverhaltens. Wohl wegen der komplexen Ursachen ist aber Adipositas bis heute in den Krankheitsverzeichnissen nicht als eigene Diagnose aufgeführt.

Bei Erwachsenen ist Adipositas ab einem BMI von 30 kg/m² definiert, bei Kindern und Jugendlichen bei BMI-Werten oberhalb der 90. Perzentile.

Die Sicht von Patientinnen zu Essen als »Droge«

Essen bedeutet mir alles. Essen ist mein Leben, mein Halt, meine Struktur, Ersatz für Beziehungen, Freunde, Entspannung, Tröster, einfach alles.

Ich komme mir vor wie eine Süchtige. Essen, essen und noch einmal essen. Immer dann, wenn ich mich einsam fühle, wenn ich gekränkt wurde, irgendeine Spannung in mir, warum auch im-

mer, empfinde. Dass ich sogar stehle, um an Nahrung heranzukommen, hätte ich niemals für möglich gehalten. Ich kann mir nichts Besseres vorstellen, als zu stehlen und zu fressen, um mich an meinem wohlhabenden, perfekten, immer korrekten Vater zu rächen.

Längst ist Fressen zu meinem absoluten Lebensinhalt geworden. Längst kann ich mir ein Leben ohne das gar nicht mehr vorstellen. Ich lebe ein Doppelleben: Das eine heißt Perfektion, Korrektheit, das andere Gier, Verwahrlosung, Lust, Überfluss.

Ich hungere nach Liebe, Verstehen, Freude und Lust, und ich verschlinge Nahrung ohne Ende, seit vielen Jahren immer wieder und immer wieder. Ich zerstöre mich durch Erbrechen und Abfuhrmittelmissbrauch, aber ich fresse weiter. Ich kann nicht mehr aufhören. Ich fresse bis zum Platzen. Ich will endlich satt werden. Ich will mich endlich geborgen und geliebt fühlen. Die Nahrung, die ich bei meinen Fressanfällen bevorzuge, ist warm, süß, weich, aber mir ist danach nicht wohl warm und angenehm. Ich hasse und verachte mich. Ich finde mich widerlich und mache mich erneut auf den Weg, Nahrung zu finden.

Oft habe ich gefressen aus Langeweile und innerer Leere. Ich wusste nichts mit mir anzufangen, oft aus körperlicher und seelischer Erschöpfung. Das Essen hat mich ruhiggestellt, entspannt und für den Augenblick alles um mich herum vergessen lassen. Oft habe ich aus Einsamkeit und Traurigkeit gefressen. Das Essen war sofort verfügbar, nur für mich da, hat mich getröstet, mir Wärme und Geborgenheit gegeben. Oft habe ich gefressen, um Gefühle wie Wut und Enttäuschung zu unterdrücken, weil ich dachte, sie nicht aushalten zu können, und nicht wusste, wie ich damit umgehen sollte. Das Essen hat alle Gefühle unterdrückt. Ich konnte alles mit mir selbst und dem Essen ausmachen. Essen hat mir Menschen und alles andere ersetzt.