

9. Auflage

Nachfolger von
Davison, Neale &
Hautzinger

Kring • Johnson • Hautzinger

Klinische Psychologie

↓ Online-Material

BELTZ

12 Essstörungen

12.1 Allgemeine Merkmale und Epidemiologie der Essstörungen

- 12.1.1 Anorexia nervosa
- 12.1.2 Bulimia nervosa
- 12.1.3 Binge-Eating-Störung

12.2 Ätiologie der Essstörungen

- 12.2.1 Genetische Faktoren
- 12.2.2 Neurobiologische Faktoren
- 12.2.3 Kognitiv-behaviorale Faktoren
- 12.2.4 Soziokulturelle Faktoren
- 12.2.5 Weitere ätiologische Faktoren

12.3 Therapie der Essstörungen

- 12.3.1 Medikamentöse Behandlungen
- 12.3.2 Psychotherapie der Anorexia nervosa
- 12.3.3 Psychotherapie der Bulimia nervosa
- 12.3.4 Psychotherapie der Binge-Eating-Störung
- 12.3.5 Prävention



Lernziele

Wenn Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben, können Sie

- (1) die Symptome von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung sowie die Unterschiede zwischen diesen Essstörungen beschreiben,
- (2) die an der Ätiologie von Essstörungen beteiligten neurobiologischen, soziokulturellen und psychologischen Faktoren nennen,
- (3) erklären, welche Einflüsse zur epidemisch wachsenden Zahl adipöser Menschen beitragen,
- (4) die Behandlungen von Essstörungen erläutern und Belege für deren Effektivität anführen.

Fallbeispiel

Die 24-jährige **LUISE** wurde zur Behandlung ihrer Magersucht (Anorexia nervosa) in ein Krankenhaus eingewiesen. Sie selbst glaubte zwar nicht, dass ihr etwas fehlte, ihre Eltern hatten jedoch einen Psychiater konsultiert, und gemeinsam stellten sie Luise vor die Wahl, entweder freiwillig in eine Klinik zu gehen oder gezwungen zu werden. Bei der Aufnahme wog Luise bei einer Körpergröße von 1,64 Meter noch 36 Kilo. Sie hatte seit drei Jahren keine Menstruation mehr und litt an verschiedenen körperlichen Symptomen wie niedrigem Blutdruck, unregelmäßigem Herzschlag und abnorm niedrigen Kalium- und Kalziumwerten.

Luise hatte mehrere Phasen mit drastischem Gewichtsverlust hinter sich. Die Episoden setzten im Alter von 15 Jahren ein, als sie von zuhause auszog und in ein Internat wechselte. Keine der früheren Phasen war jedoch so dramatisch gewesen, und sie hatte sich bislang auch nie in Behandlung begeben. Ihre große Angst war es, dick zu werden, und obwohl sie nie übergewichtig war, hielt sie ihren Bauch und den Po für viel zu dick (auch als sie nur 36 Kilo wog). In den Phasen, in denen sie so stark abnahm, aß sie sehr wenig und nahm große Mengen Abführmittel. Gelegentlich hatte sie Essanfälle, nach denen sie absichtlich erbrach, um nur ja nicht zuzunehmen.

Essen spielt in vielen Kulturen eine große Rolle. In Europa gibt es Feinschmecker-Restaurants zuhauf, und stets kommen neue hinzu, zahlreiche Zeitschriften, Blogs, Websites und TV-Kochshows widmen sich dem Thema Lebensmittel und der Zubereitung von Mahlzeiten. In den Supermärkten gibt es ein geradezu irritierend riesiges Angebot an Lebensmitteln. Imbiss- und Fast-Food-Ketten bestimmen das Bild. Kein Wunder also, dass ein sehr großer Teil der Bevölkerung übergewichtig ist. Andererseits sind Diäten an der Tagesordnung und viele Menschen, besonders Frauen, wünschen sich, schlanker zu sein – ein Wunsch, mit dem die allerbesten Geschäfte gemacht werden. Angesichts des starken Interesses an Lebensmitteln und am Essen überrascht es nicht, dass dieser Aspekt unseres Verhaltens auch störanfällig ist.

Zwar sind Essstörungen im klinischen Bereich seit vielen Jahren bekannt – Beschreibungen von Magersucht existieren sogar seit Jahrhunderten –, in den Diagnosenkatalog wurden sie aber erst in den 1980er-

Jahren aufgenommen und zwar als Unterkategorie psychischer Störungen, die in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen. Heute sind Essstörungen eine eigene diagnostische Kategorie, wohl weil sich Fachleute in der klinischen Praxis und Forschung stärker für diese Krankheiten interessieren.

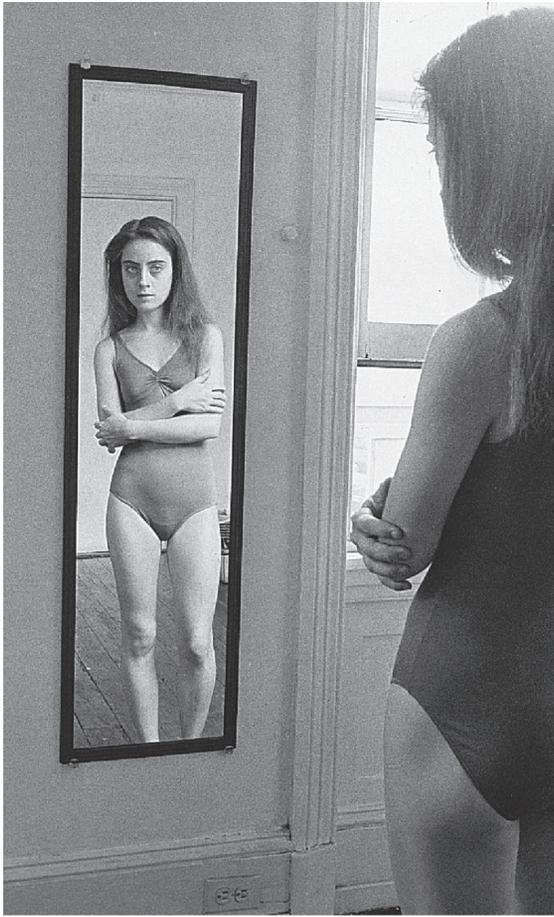
Leider gehören auch Essstörungen zu den oft stigmatisierten Erkrankungen. In einer neueren Studie bekamen Studierende Schilderungen fiktiver Frauen vorgelegt, die sie anschließend unter verschiedenen Aspekten einschätzen sollten (Wingfield et al., 2011). Die Testpersonen schätzten Frauen, die als essgestört dargestellt wurden, als selbstzerstörerisch ein und gaben ihnen selbst die Schuld an ihrem Zustand. Die männlichen Befragten neigten besonders dazu, an die leichte Überwindbarkeit von Essstörungen zu glauben. In einer anderen Studie wurden die Teilnehmenden nach dem Zufallsprinzip zwei Gruppen zugewiesen: Eine Gruppe bekam die Geschichte einer essgestörten Frau zu lesen, die andere die Geschichte einer depressiven Frau. Die Teilnehmenden hielten die Frau mit der Essstörung im Vergleich zur Frau mit der Depression eher als selbst für die Störung verantwortlich und für labiler und schrieben ihre Störung eher dem Verlangen nach Aufmerksamkeit zu. Solche Einschätzungen und Bewertungen entsprechen jedoch nicht dem aktuellen Stand der Forschung über Essstörungen.

12.1 Allgemeine Merkmale und Epidemiologie der Essstörungen

Wir werden zunächst die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa beschreiben, zwei Störungen mit einigen gemeinsamen Merkmalen, dann die Binge-Eating-Störung.

12.1.1 Anorexia nervosa

Luise, deren Fall eingangs beschrieben wurde, litt an → **Anorexia nervosa**. Mit dem Begriff *Anorexia* ist der schwere Appetitverlust gemeint, *nervosa* bedeutet, dass die Gründe dafür emotionaler Natur sind. Die Bezeichnung ist etwas irreführend, weil viele anorektische Menschen ihren Appetit oder das Interesse am Essen keineswegs verlieren. Im Gegenteil – die meisten Betroffenen hungern zwar, beschäftigen sich jedoch intensiv mit Essen, studieren ständig Kochbücher und bereiten für ihre Familien die besten Gerichte zu.



Susan Rosenberg/Photo Researchers, Inc.

Abbildung 12.1 Egal, wie dünn sie sind, anorektische Mädchen und Frauen finden sich immer zu dick und mustern sich stundenlang überkritisch im Spiegel

Luise erfüllte alle drei für diese Diagnose erforderlichen Kriterien:

- (1) *Normales, gesundes Körpergewicht wird bewusst vermieden.* Damit ist gemeint, dass die Person deutlich weniger wiegt als für ihr Alter und ihre Körpergröße normal. Der → **Body-Mass-Index (BMI)** liefert die Maßzahlen (Abb. 12.2): Wer als erwachsene Person mindestens 15 % unter dem Normalgewicht liegt oder einen BMI von 17,5 und weniger aufweist, gilt als stark untergewichtig. Der Gewichtsverlust wird durch starke Einschränkung der Nahrungsaufnahme, aber auch gegensteuernde Maßnahmen herbeigeführt. Selbstinduziertes Erbrechen, starker Gebrauch von Abführmitteln und exzessives Sporttreiben können Teil dieses Krankheitsbilds sein.

- (2) *Starke Angst vor Gewichtszunahme und vor dem »Dicksein«.* Diese Angst lässt auch bei Gewichtsverlust nicht nach – »zu dünn« gibt es für Betroffene nicht.
- (3) *Verzerrtes Körperbild, gestörte Körperwahrnehmung.* Selbst im Zustand völliger Auszehrung halten sich Betroffene für übergewichtig und bestimmte Körperpartien, insbesondere Bauch, Hüften und Schenkel für zu dick. Sie wiegen sich häufig, messen ihre Körperpartien nach und mustern ihre Figur überkritisch im Spiegel. Ihre Selbstachtung hängt stark davon ab, ob sie ihr (Unter-)Gewicht halten können.

In früheren Klassifikationssystemen war Amenorrhoe, das Ausbleiben der Menstruation, ein Kriterium für die Diagnose »Anorexia nervosa«. Heute entfällt dieses Kriterium, weil die Menstruation aus mancherlei Gründen, die mit dem Gewichtsverlust nichts zu tun haben, ausbleiben kann. Zudem wurden kaum Unterschiede gefunden zwischen Frauen, die nicht mehr menstruieren und die anderen drei Kriterien erfüllen, und Frauen, die die anderen drei Kriterien erfüllen und weiter menstruieren (Attia & Roberto, 2009). Da manche Betroffene angeben, keine Angst vor Gewichtszunahme zu haben, wurde dieses Symptom um den Zusatz »mit wiederkehrenden oder anhaltenden gegensteuernden Maßnahmen« erweitert (Attia et al., 2013).

Anorexia nervosa

Grundsymptome dieser Störung sind Nahrungsrestriktion und Untergewicht:

- ▶ unter dem Normwert von BMI 17,5 ($\leq 85\%$ dem Alter entsprechendes) liegendes Körpergewicht
- ▶ Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- ▶ beherrschende Angst vor Gewichtszunahme
- ▶ wiederholte gegensteuernde Maßnahmen
- ▶ verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperbildstörung)

Bei Anorexia nervosa wird der Schweregrad, den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation entsprechend, anhand des BMI bestimmt (Tab. 12.1). Der Body-Mass-Index bezieht das Körpergewicht auf das Quadrat der Körpergröße und gilt als validestes Instrument zur Ermittlung des Körperfettanteils. Bei Frauen liegt der normale BMI zwischen 20 bis 25 kg/m². Der BMI ist lediglich ein Richtwert. Viele Menschen haben aus Gründen, die nichts mit dem Körperfett zu tun haben, einen höheren oder niedrigeren BMI. Bei einer sehr

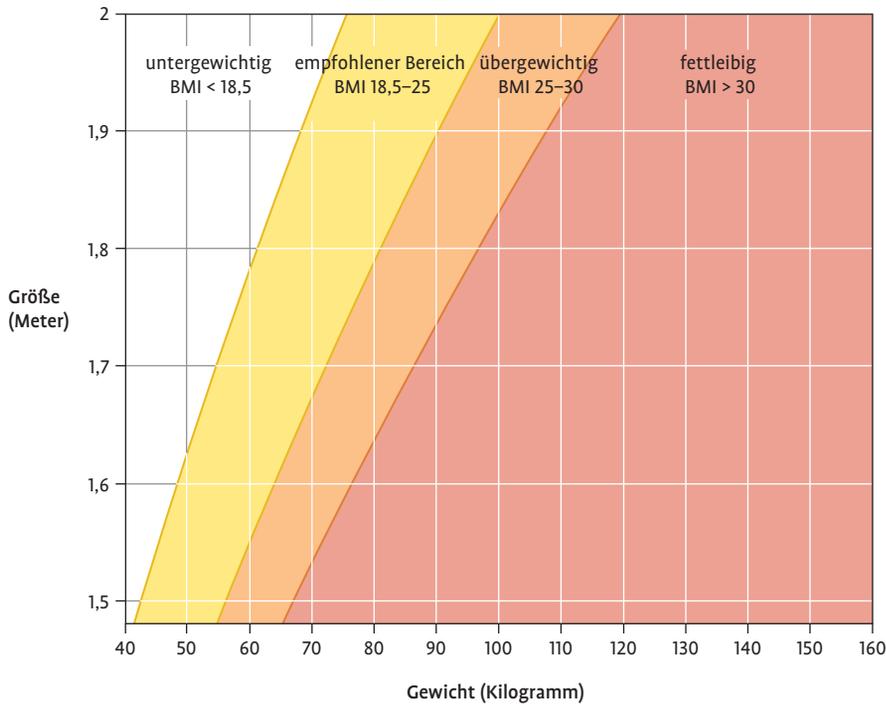


Abbildung 12. 2 Berechnung des Body-Mass-Index (BMI). Um den BMI zu bestimmen, sucht man in dem Graphen den Punkt, an dem sich Körpergröße und Gewicht treffen

muskulösen Person beispielsweise, wird der BMI erhöht sein, ohne dass sie übergewichtig oder fettleibig wäre. Ein sehr hagerer Spitzenläufer dagegen kann einen niedrigen BMI haben, ohne anorektisch zu sein.

Die Körperbildstörung, die mit der Anorexia nervosa einhergeht, wird mit unterschiedlichen Methoden erfasst, meist jedoch mithilfe eines Fragebogens, etwa mit dem Essstörungsinventar (*Eating Disorder Inventory*, EDI; Garner et al., 1983; Paul & Thiel, 2004). Einige Items dieses Fragebogens sind in Tabelle 12.2 aufgelistet. Eine andere Möglichkeit besteht darin, den Patientinnen Zeichnungen von Frauengestalten mit unter-

schiedlichem Körpergewicht vorzulegen. Sie werden aufgefordert, diejenige auszuwählen, die ihrer eigenen Figur momentan am ähnlichsten ist, und dann diejenige, die in ihren Augen die Idealfigur darstellt (Abb. 12.3). Frauen mit Anorexia nervosa überschätzen ihre eigene Figur und wählen eine sehr dünne Idealfigur. Trotz dieser Fehleinschätzungen machen Personen mit Anorexia nervosa, nach ihrem Gewicht gefragt, ziemlich korrekte Angaben (McCabe et al., 2001), wohl weil sie sich so häufig auf die Waage stellen.

Eine interessante Studie fand bei essgestörten Männern ein etwas anderes Muster. Männer mit einer Essstörung unterschieden sich nicht von gesunden Männern, wenn sie aufgefordert wurden, die ideale Männerfigur auszuwählen. Die essgestörten Männer überschätzten jedoch ihre Körpermaße beträchtlich und demonstrierten damit ein verzerrtes Körperbild (Mangweth et al., 2004).

Das DSM-5 behält zwei Unterkategorien der Anorexia nervosa bei, wenngleich die Forschung deren Validität bezweifelt:

Tabelle 12.1 Schweregrade der Anorexia nervosa

Schweregrad	BMI-Bereich
leicht	≤ 17,50
moderat	16–16,99
schwer	15–15,99
extrem	< 15

Tabelle 12.2 Beispielitems aus dem Essstörungsinventar (EDI) von Garner et al. (1983). Die Antworten werden auf einer Skala von 1 bis 6 gegeben

Streben nach Schlankheit	Ich überlege, ob ich eine Diät machen soll. Wenn ich mich zu vollgegessen habe, fühle ich mich ziemlich mies. Ich wünsche mir die ganze Zeit, ich wäre dünner
Bulimie	Ich stopfe mich mit Essen voll. Ich hatte schon Essanfälle, bei denen ich glaubte, nicht mehr aufhören zu können. Ich denke manchmal daran, mich zu übergeben, um abzunehmen.
Unzufriedenheit mit der eigenen Figur	Ich finde meine Oberschenkel zu dick. Ich finde mein Gesäß zu dick. Ich finde meine Hüften zu dick.
Unfähigkeit	Ich fühle mich unfähig. Ich habe eine schlechte Meinung von mir. Ich fühle mich innerlich (emotional) leer.
Perfektionismus	In meiner Familie sind nur die allerbesten Leistungen gut genug. Als Kind habe ich immer versucht, meine Eltern und Lehrer nicht zu enttäuschen. Ich hasse es, nicht in allem die Beste zu sein.
Misstrauen anderen gegenüber	Es fällt mir schwer, anderen gegenüber meine Gefühle auszudrücken. Ich muss Menschen auf einem gewissen Abstand halten (fühle mich unbehaglich, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen).
Interozeptives Bewusstsein	Ich weiß nicht genau, welche Gefühle ich habe. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht. Ich weiß nicht, ob ich Hunger habe oder nicht.
Angst vor dem Erwachsenwerden	Ich wünschte, ich könnte wieder in die Sicherheit und Geborgenheit der Kindheit zurückkehren. Ich glaube, Menschen sind als Kinder am glücklichsten. Die Ansprüche des Erwachsenseins sind zu hoch für mich.

- ▶ *Restriktiver Typus*: Die Gewichtsabnahme wird durch starke Einschränkung der Nahrungsaufnahme erreicht.
- ▶ *Binge-Eating-/Purging-Typus*: Regelmäßige Essanfälle und selbstinduziertes Erbrechen kommen hinzu (s. Luise im Fallbeispiel).

Verlaufsstudien zufolge ist die Unterscheidung der beiden Typen wohl nicht sonderlich hilfreich (Eddy et al., 2002). Fast ein Drittel der Frauen, die anfangs die Kriterien des restriktiven Typus erfüllten, hatten nach acht Jahre zum Binge-Eating-/Purging-Typus gewechselt. Die Fachliteratur zu den beiden Unterkategorien bescheinigt diesen eine begrenzte prognostische Validität, doch Psychotherapeuten halten die Unterscheidung für nützlich (Peat et al., 2009). Deshalb werden die Unterkategorien (noch) beibehalten.

Die Anorexia nervosa setzt meist in den frühen bis mittleren Jugendjahren ein, und zwar häufig nach einer Diät oder einem belastenden Ereignis. Die Lebenszeitprävalenz liegt seit mehreren Jahrzehnten stabil bei

knapp 1 %; es gibt also weder mehr noch weniger Anorexie-Fälle. Bei Frauen ist die Störung zehnmals häufiger als bei Männern (Hoek & van Hoeken, 2003). Entwickeln Männer eine Anorexia nervosa, entsprechen ihre Symptome und andere Merkmale, etwa Berichte über Familienkonflikte, denen anorektischer Frauen (Olivardia et al., 1995). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Prävalenz der Anorexie rühren sehr wahrscheinlich daher, dass in unserer Kultur die Schönheit von Frauen einen höheren Stellenwert hat als die von Männern, und in den letzten Jahrzehnten eine schlanke Figur zum Ideal avancierte (s. Abschn. 12.2.4). Eine französische Studie hat allerdings ergeben, dass die Mortalität der wenigen Männer, die tatsächlich an Anorexia nervosa erkranken, die anorektischer Frauen übersteigt (Gueguen et al., 2012).

Anorexia nervosa ist bei Frauen und Männern gleichermaßen häufig komorbid mit Depressionen, Zwangsstörungen, spezifischen Phobien, Panikstörungen und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (Baker et al., 2010;

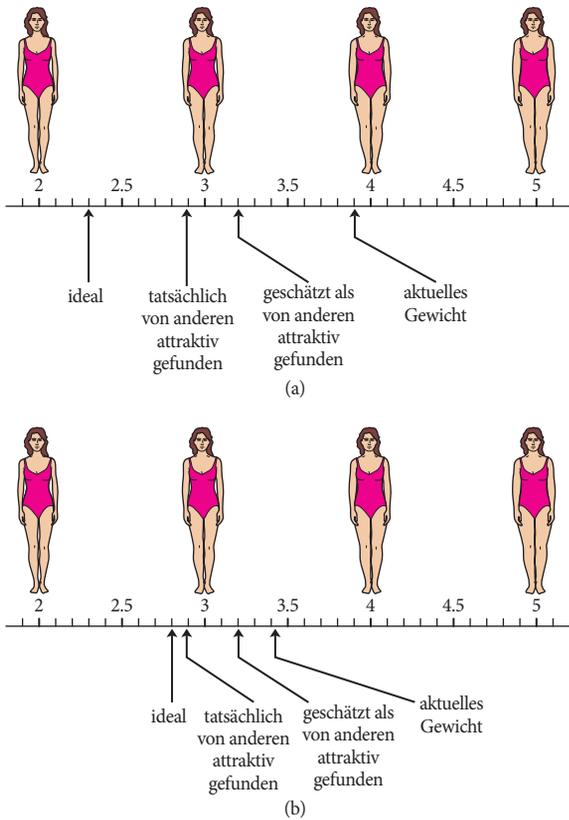


Abbildung 12.3 Bei dieser Einschätzung des Körperbildes geben die Befragten ihre momentane Figur, ihre Idealfigur und die Figur an, die ihrer Meinung nach vom anderen Geschlecht am attraktivsten gefunden wird. Die Figur, die Angehörige des anderen Geschlechts tatsächlich am attraktivsten finden, ist in beiden Skalen eingezeichnet. **(a)** Einschätzungen von Frauen, die ein stark gestörtes Verhältnis zum Essen haben, **(b)** Einschätzungen von Frauen, bei denen dies weniger ausgeprägt ist. Frauen mit deutlich gestörten Einstellungen zum Essen überschätzen ihre tatsächliche Figur und geben eine sehr dünne Idealfigur an

Root et al., 2010; Striegel-Moore et al., 1999). Die Suizidraten von Menschen mit Anorexia nervosa sind hoch: Nicht weniger als 5 % vollenden und 20 % der Betroffenen versuchen einen Suizid (Franko & Keel, 2006).

Körperliche Folgen der Anorexia nervosa. Freiwilliges Hungern und die Verwendung von Abführmitteln haben zahlreiche schädliche körperliche Auswirkungen. Häufig sinken Blutdruck und Herzfrequenz, es kommt zu Nieren- und Magen-Darm-Problemen, die Knochenmasse schwindet, die Nägel werden spröde und brechen, die Haut trocknet aus und der Hormonhaushalt ändert sich, auch eine leichte Blutarmut ist mög-

lich. Manchen Betroffenen fallen die Haare aus, andere entwickeln eine Laguna – einen feinen Haarflaum am ganzen Körper. Wie bei Luise ändern sich die Elektrolytwerte, z. B. von Kalium und Natrium. Diese ionisierten Salze kommen in verschiedenen Körperflüssigkeiten vor und sind für den Hirnstoffwechsel und andere neurale Kommunikationssysteme unerlässlich. Niedrige Werte können zu Müdigkeit, Schwäche, Herzrhythmusstörungen, ja sogar plötzlich zum Tod führen. **Prognose.** Zwischen 50 und 70 % der Anorexiepatientinnen genesen irgendwann (Keel & Brown, 2010), wenn auch oft erst nach sechs, sieben Jahren. Rückfälle sind die Regel, bevor ein stabiles Essmuster erreicht und ein normales Gewicht gehalten wird (Strober et al., 1997). Wie in Abschnitt 12.2.4 noch näher ausgeführt, ist es sehr schwierig, die gestörte Selbstwahrnehmung Betroffener zu ändern, insbesondere in Kulturen, in denen eine schlanke Figur einen hohen Stellenwert hat.

Anorexia nervosa ist eine lebensbedrohliche Krankheit; die Mortalität ist zehnmal höher als die der Allgemeinbevölkerung und doppelt so hoch wie die Mortalität bei anderen psychischen Störungen. Die Mortalität von Frauen mit Anorexie liegt zwischen 3 und 5 % (Crow et al., 2009; Keel & Brown, 2010). Meistens führen dabei die körperlichen Komplikationen der Krankheit, z. B. eine dekompensierte Herzinsuffizienz, oder aber Suizid zum Tod (Herzog et al., 2000; Sullivan, 1995). Einer aktuellen Verlaufsstudie zufolge haben Personen mit der längsten Anorexie-Geschichte (zwischen 7 und 25 Jahren) das höchste Risiko, an ihrer Krankheit zu sterben (Franco et al., 2013).

12.1.2 Bulimia nervosa

Fallbeispiel

TONI war das zweite Kind ihrer Eltern. Wie ihr Bruder, der im Fußballverein spielte, betrieb sie schon relativ jung intensiv Sport, und zwar Gymnastik. Mit vier Jahren wurde sie bereits im Turnverein angemeldet, wo sie hervorragende Leistungen erbrachte. Als sie neun war, fand ihre Mutter, es sei Zeit für eine bessere Betreuung, als vor Ort möglich war, und fuhr sie mehrmals wöchentlich über 100 Kilometer zu einem landesweit anerkannten Trainer. In den folgenden Jahren häuften sich Tonis Preise und Medaillen und ihre Hoffnung auf einen Platz im olympischen Team wuchs.

Als Toni in die Pubertät kam, begann sich ihr zierlicher Körper zu runden, und sie fing an, sich

Sorgen über die Folgen der Gewichtszunahme für ihre sportlichen Leistungen zu machen. Daraufhin schränkte sie die Nahrungsaufnahme ein, verlor nach ein paar Tagen des Hungerns allerdings die Kontrolle und stopfte sich dann mit Essen voll. Ihre Angst, dick zu werden, wurde immer größer. Mit 13 fand sie dann eine Lösung in selbst herbeigeführtem Erbrechen. Recht bald verfiel sie in ein Muster: Drei- bis viermal pro Woche stopfte sie sich voll und erbrach sich wieder. Eine Zeitlang konnte sie dieses Verhalten geheim halten, irgendwann kamen ihr die Eltern jedoch auf die Spur und brachten sie daraufhin zur Behandlung.

Tonis Verhalten veranschaulicht die Merkmale der → **Bulimia nervosa**. Das Wort *Bulimie* kommt aus dem Griechischen und bedeutet »Ochsenhunger«. Das Kernsymptom dieser Störung sind Heißhungeranfälle, in denen große Mengen Lebensmittel verzehrt werden, gefolgt von gegensteuernden Maßnahmen, wie Erbrechen, Fasten oder exzessive sportliche Bestätigung, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Eine »Essattacke« wird durch zwei Merkmale definiert: Erstens werden innerhalb kurzer Zeit (z. B. zwei Stunden) riesige Nahrungsmengen verzehrt, d. h. deutlich mehr als normalerweise gegessen wird. Zweitens haben Betroffene dabei das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren – als könnten sie einfach nicht mit Essen aufhören. Die Diagnose »Bulimia nervosa« wird nicht gestellt, wenn die Ess-Brech-Episoden nur in Zusammenhang mit Anorexia nervosa und dem damit einhergehenden drastischen Gewichtsverlust auftreten; in dem Fall wäre die richtige Diagnose »Anorexia nervosa, Binge-Eating-/Purging-Typus«. Der entscheidende Unterschied zwischen Anorexie und Bulimie ist der Gewichtsverlust: Anorektische Personen verlieren extrem viel Gewicht, bulimische Personen nicht.

Bulimia nervosa

Grundsymptome dieser Störung sind Essanfälle mit Erbrechen:

- ▶ wiederholte, häufige Episoden von Essanfällen (mehrere tausend Kalorien in kurzer Zeit)
- ▶ gegensteuernde bzw. Kompensationsmaßnahmen, zur Verhinderung von Gewichtszunahme, wie selbst herbeigeführtes Erbrechen u. a.
- ▶ Figur und Gewicht nehmen zentralen Einfluss auf Selbstwert und Selbstachtung.

Die bulimischen Essanfälle finden meist im Geheimen statt; sie können durch Stress und die damit verbundenen negativen Emotionen ausgelöst werden und dauern an, bis die Person ein unangenehmes Völlegefühl verspürt (Grilo et al., 1994). Toni beispielsweise neigte zu Heißhungeranfällen, wenn sie eine Zeitlang dem Stress des Leistungssports ausgesetzt war. Betroffene greifen meist zu Nahrungsmitteln, die sich schnell essen lassen, vor allem zu Süßigkeiten wie Eis und Kuchen. Nach einer Studie treten die Essanfälle bulimischer Frauen vor allem im Laufe des Vormittags bzw. Nachmittags auf und dann, wenn sie alleine sind. Dazu kommt, dass sie ihrem Verlangen nach einem bestimmten Nahrungsmittel zwar einen Tag lang widerstehen können, am nächsten Morgen dann aber umso mehr davon verzehren (Waters, 2001). Weitere Studien belegen, dass den Essanfällen oft eine negative soziale Interaktion vorausgegangen ist – oder zumindest das Gefühl einer unangenehmen zwischenmenschlichen Begegnung (Steiger et al., 1999).

Zwar ist belegt, dass Personen mit Bulimia nervosa während eines Heißhungeranfalls manchmal gewaltige Mengen an Lebensmitteln zu sich nehmen, oft mehr, als ein gesunder Mensch über den ganzen Tag hinweg isst, der Kaloriengehalt der verzehrten Lebensmittel unterscheidet sich von Fall zu Fall jedoch sehr stark (z. B. Rossiter & Agras, 1990). Betroffene berichten von Kontrollverlust während der Anfälle, ja sogar von einer Art dissoziativem Zustand (Smith & Robbins, 2013), bei dem ihnen nicht mehr bewusst ist, was sie tun oder fühlen und ob es wirklich sie selbst sind, die sich da vollstopfen. Viele schämen sich ihrer Essanfälle und versuchen, sie zu verheimlichen.

Wenn der Anfall überstanden ist, führen starkes Unbehagen, Ekel und Angst vor Gewichtszunahme zum zweiten Schritt – zu unangemessenen gegensteuernden Entleerungsmaßnahmen (»Purging« genannt), um die Kalorienzufuhr rückgängig zu machen. Meist steckt sich die Person den Finger in den Hals, um den Brechreiz auszulösen. Nach einer gewissen Zeit gelingt es vielen, spontan zu Erbrechen, ohne den Finger zu Hilfe zu nehmen. Um eine Gewichtszunahme abzuwenden, machen manche Erkrankte übermäßigen Gebrauch von Laxanzien und Diuretika (die das Körpergewicht kaum reduzieren), andere fasten und treiben exzessiv Sport.

Viele Menschen haben gelegentlich Essanfälle, manche versuchen auch, die Kalorien durch Erbrechen

oder Abführen wieder loszuwerden. Die Kriterien bestimmen jedoch, dass die Diagnose »Bulimia nervosa« nur zu vergeben ist, wenn die Essanfälle und das Kompensationsverhalten mindestens einmal pro Woche und drei Monate lang auftreten. Ist diese Regel tatsächlich gerechtfertigt? Vermutlich nicht. Früher war die Frequenz der Essanfälle auf zweimal pro Woche festgelegt, nun auf einmal pro Woche, weil zwischen denen, die wöchentlich zweimal einen Anfall haben und denen mit selteneren Anfällen kaum Unterschiede festzustellen sind (Attia et al., 2013; MacDonald et al., 2014; Wilson & Sysko, 2009).

Tabelle 12.3 Schweregrade der Bulimia nervosa

Schweregrad	Erbrechen bzw. anderes Kompensationsverhalten
leicht	1–3 Mal pro Woche
moderat	4–7
schwer	8–13
extrem	14 oder mehr

Wie an Anorexia nervosa erkrankte Personen haben auch an Bulimia nervosa erkrankte Personen Angst zuzunehmen, und beide machen ihre Selbstachtung weitgehend davon abhängig, ob sie ihr normales Gewicht halten können. Während Menschen ohne Essstörungen ihr Gewicht gern herunterspielen und bei der Angabe ihrer Körpergröße ein wenig übertreiben, machen Bulimiekranken durchaus korrekte Angaben (Doll & Fairburn, 1998; McCabe et al., 2001). Doch auch die meisten an Bulimia nervosa leidende Menschen sind mit ihrem Körper unzufrieden.

Die Schweregradeinstufungen beruhen auf der Zahl der Kompensationsmaßnahmen pro Woche (Tab. 12.3).

Die Bulimia nervosa setzt meist in der Spätadoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter ein. Etwa 90 % der Betroffenen sind Frauen, und die Prävalenz bei Frauen wird auf 1 bis 2 % geschätzt (Hoek & van Hoeken, 2003). Viele Bulimiepatientinnen waren vor Beginn der Störung leicht übergewichtig, oft war eine Diät der Einstieg in die Essanfälle. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa setzen zwar in der Adoleszenz ein, können jedoch bis ins Erwachsenenalter und ins mittlere Lebensalter anhalten (Keel et al., 2010; Slevco & Tiggemann, 2011).

Die Bulimia nervosa ist oft komorbid mit mehreren anderen Störungen, vor allem mit Depression, Persön-

lichkeitsstörungen, Angststörungen, Substanzgebrauchsstörungen und Verhaltensstörungen (Baker et al., 2010; Gadalla & Piran, 2007; Godart et al., 2000, 2002; Root et al., 2010; Stice 2004; Striegel-Moore et al., 1999). Die Suizidrate bulimiekranker Menschen liegt über der der Allgemeinbevölkerung (Favaro & Santonastaso, 1997), jedoch deutlich unter der Suizidrate anorexiokranker Menschen (Franko & Keel, 2006).

Was war zuerst da, die Bulimia nervosa oder die komorbiden Störungen? Eine prospektive Studie hat den Zusammenhang zwischen Bulimie und Depressionssymptomen bei jungen Mädchen untersucht (Stice et al., 2004). Sie zeigen, dass Bulimiesymptome die Entwicklung von Depressionssymptomen vorhersagen und umgekehrt. Offenbar verstärkt die eine Störung das Risiko für die andere. Eine weitere prospektive Studie mit über 1.200 Zwillingspaaren hat den Zusammenhang zwischen Bulimiesymptomen und den Symptomen einer Substanzgebrauchsstörung untersucht und festgestellt, dass die Bulimiesymptome zuerst, also vor den Symptomen der Substanzgebrauchsstörung eingesetzt haben (Baker et al., 2010).

Körperliche Folgen der Bulimia nervosa. Wie bei der Anorexie treten auch hier verschiedene körperliche Nebenwirkungen auf. Die Menstruation wird unregelmäßig, wenn auch nicht so häufig wie bei Anorexie, und kann auch ganz ausbleiben. Der BMI Betroffener bleibt meistens normal (Gendall et al., 2000).

Bulimie und Anorexie, beides sind ernstzunehmende Störungen mit zahlreichen physischen Folgeschäden (Mehler, 2011). Häufiges Erbrechen kann zu Kaliummangel, der übermäßige Gebrauch von Laxanzien zu Diarrhoe führen, wodurch der Elektrolyt Haushalt verändert und der Herzschlag unregelmäßig werden kann. Wiederholtes Erbrechen ist mit Menstruationsproblemen in Verbindung gebracht worden, und kann zu Gewebeerletzungen in Magen und Rachen führen. Da die Magensäure den Zahnschmelz zersetzt, sehen die Zähne bald ungepflegt aus. Außerdem können die Speicheldrüsen anschwellen. Bulimia nervosa kann tödlich enden, genau wie Anorexie, von der früher eine höhere Mortalitätsrate angenommen wurde (Herzog et al., 2000; Keel & Brown, 2010; Keel & Mitchell, 1997), bis eine Studie mit fast 1.000 an Bulimie leidenden Frauen eine Mortalitätsrate von fast 4 % ermittelte (Crow et al., 2009).

Prognose. Langzeitfolgeuntersuchungen von Menschen mit Bulimia nervosa haben gezeigt, dass bis zu

70 % genesen und bis zu 20 % das Vollbild der Störung beibehalten (Keel et al., 1999, 2010; Reas et al., 2000; Steinhausen & Weber, 2009). Frühinterventionen (d. h. innerhalb der ersten Jahre) verbessern die Prognose (Reas et al., 2000). Personen mit Bulimia nervosa, die Heißhungeranfälle haben und dann erbrechen und zudem eine Substanzgebrauchsstörung oder eine Depression in der Anamnese aufweisen, haben eine schlechtere Prognose, als Bulimiepatienten ohne diese Faktoren (Wilson et al., 1999).

12.1.3 Binge-Eating-Störung

Fallbeispiel

Die 27-jährige ANNE hat, wie sie sagte, ihr Leben lang mit Gewichtsproblemen gekämpft. Als Kind galt sie als »pummelig«, für andere Kinder war sie der »Fettsack«. In ihrer Kindheit hatte sie mehrere, allerdings erfolglose Abmagerungskuren gemacht. Heute wiegt sie 95,5 Kilogramm bei einer Körpergröße von 162,5 Zentimetern und hat einen BMI von 35.

Im Alter von 20 Jahren, als sie von zuhause auszog, um zu studieren, setzten ihre episodischen Essanfälle ein. Nachdem man sie in einer Studentengruppe ausgegrenzt hatte, ging sie allein auf ihr Zimmer, wo sie zwei große Pizzen und eine Tüte Chips vertilgte. Danach hatte sie ein starkes Völlegefühl und legte sich schlafen.

Dieser ersten Essattacke folgten viele weitere; die gesamte Studienzeit über stopfte sie sich zweimal pro Woche mit Essen voll. Sie war dabei nicht immer hungrig, doch selbst wenn sie sich äußerst voll fühlte, konnte sie einfach nicht mit Essen aufhören. Hinterher schämte sie sich und ärgerte sich, so viel gegessen zu haben. In diesen Jahren nahm sie 30 Kilo zu.

Anne gab an, derzeit mindestens einmal pro Woche viel zu viel zu essen, typischerweise nach einem besonders anstrengenden Arbeitstag. Erst kürzlich hatte sie ihre Essprobleme einer Freundin anvertraut, die ihr daraufhin dringend empfahl, sich in Behandlung zu begeben.

Binge-Eating-Störung

Grundsymptome dieser Störung sind Essanfälle ohne gegensteuernde Maßnahmen:

- ▶ wiederkehrende Heißhunger- bzw. Essattacken
- ▶ Diese Essanfälle treten episodisch auf.
- ▶ Dabei wird hastig und schneller als normal gegessen.
- ▶ Es wird über die Sättigung hinaus (Übersättigung) gegessen.
- ▶ Es werden große Nahrungsmengen gegessen, auch ohne hungrig zu sein.
- ▶ alleine essen, weil die Person sich ihrer großen Portionen schämt
- ▶ Schuldgefühle, Ekelgefühle, Deprimiertheit nach einem Essanfall
- ▶ Es werden jedoch keine gegensteuernden Maßnahmen ergriffen.
- ▶ *Anzahl:* Drei oder mehr der Merkmale bestimmen die episodischen Essattacken.

Zur → **Binge-Eating-Störung** gehören wiederholte Essattacken (einmal wöchentlich über mindestens drei Monate), Kontrollverlust während der Attacken, Verzweiflung über die Attacken und andere Merkmale, wie hastiges Essen und alleine Essen. Diese Störung unterscheidet sich von der Anorexia nervosa dadurch, dass die Betroffenen kein Gewicht verlieren, und von der Bulimia nervosa dadurch, dass keine der Gewichtszunahme entgegenwirkenden Maßnahmen ergriffen werden (Erbrechen, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung). Die meisten Betroffenen sind → **adipös**, d. h. sie haben einen BMI von über 30. In den USA nimmt die Zahl übergewichtiger Personen dramatisch zu, weshalb es nicht überrascht, dass die Binge-Eating-Störung heute intensiver beforscht wird (Attia et al., 2013). Hier ist der Hinweis angebracht, dass keineswegs alle übergewichtigen Personen die Kriterien der Binge-Eating-Störung erfüllen. Nur wer Essanfälle und das Gefühl hat, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren, leidet an dieser Störung, und die Zahl der Betroffenen liegt irgendwo zwischen 2 und 25 % der adipösen Menschen (Wonderlich et al., 2009; s. Kasten).

Unter der Lupe

Adipositas – eine Epidemie des 21. Jahrhunderts?

Übergewicht ist zwar keine Essstörung, hat jedoch erbliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und kostet das Gesundheitswesen jährlich viel hundert Milliarden (Finkelstein et al., 2009). Jedes übergewichtige 10-jährige Kind verursacht im ganzen Leben Gesundheitskosten von 20.000 Euro, eine Summe, die sich, alle derzeit übergewichtigen 10-Jährigen zusammengenommen, auf über 10 Milliarden Euro addieren dürfte (Finkelstein et al., 2014).

Was treibt die Gesundheitsausgaben in diese Höhen? Adipositas geht mit zahlreichen Gesundheitsproblemen einher, wie Diabetes, Bluthochdruck, kardiovaskulären Erkrankungen und verschiedenen Krebsarten. Etliche Studien belegen, dass der Bluthochdruck von Kindern generell steigt, was wohl auch mit der steigenden Zahl übergewichtiger oder adipöser Kinder zu tun hat (Muntner et al., 2004). Die gute Nachricht ist, dass, einer aktuellen Studie zufolge, die Zahl der adipösen Kleinkinder zwischen 2 und 5 Jahren von 14 % im Jahr 2004 auf 8 % im Jahr 2012 gesunken ist (Ogden et al., 2014). Ein anderes Forschungsteam dagegen hat alle Daten ab dem Jahr 1999 analysiert und den Schluss gezogen, dass die Adipositasraten von Kindern über diese längere Zeitspanne hinweg konstant hoch geblieben sind (Skinner & Skelton, 2014).

Im Jahr 2012 waren in den USA über zwei Drittel der Erwachsenen übergewichtig, davon wiederum über ein Drittel adipös (Ogden et al., 2014). Zudem waren 20 % der Kinder adipös und ein Drittel der Kinder übergewichtig. In den USA sind sehr viel mehr Menschen adipös als in vielen anderen Ländern. Doch auch weltweit nimmt die Zahl fettleibiger Menschen zu, unter den Aborigines in Australien ebenso wie unter den Kindern in Ägypten, von Sibirien bis nach Peru (Ng et al., 2014). In Deutschland sind knapp 9 % der Kinder übergewichtig und über 6 % adipös (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Wie konnte es soweit kommen?

Umwelteinflüsse. Mehrere Einflüsse, auch die Kultur, in der wir leben, spielen dabei eine Rolle. In den vergangenen zehn Jahren sind zwei Bücher erschienen, die sich mit unserer »toxischen« Lebenswelt, wie sie der Psychologe Kelly Brownell bezeichnet, beschäftigen, und zwar im Hinblick auf das Lebens-

mittelangebot und das Angebot an Sportstätten und Bewegungsmöglichkeiten, das den meisten zur Verfügung steht (Brownell & Horgen, 2003; Cohen, 2014). Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist die Auswahl an Lebensmitteln, nicht nur das Fast-Food-Angebot, exponentiell gestiegen. Wir geben heute sehr viel weniger Geld für Nahrungsmittel aus, nämlich unter 10 % unseres Einkommens, als in den 1920er-Jahren, als der Anteil am Einkommen für Nahrungsmittel 25 % betrug. Heute können wir fast zu jeder Tages- und Nachtzeit Essen kaufen, und die meisten Supermärkte präsentieren ungesunde Produkte (die eine höhere Gewinnspanne haben) sehr viel auffälliger als gesunde.



Abbildung 12.4 Im Laufe der letzten 30 Jahre wurden immer mehr Menschen adipös, besonders in den USA

Zugleich ist unser Lebensstil bewegungsärmer geworden. Wir verbringen mehr Zeit denn je am Computer, mit dem Smartphone, im Auto oder vor dem Fernseher. Dazu kommt, dass an den Schulen immer weniger Sportunterricht erteilt wird (Critser, 2003). Mehr Menschen denn je essen in Restaurants, die Kochbücher halten mehr hochkalorische Rezepte bereit, und

auch die Lebensmittelpackungen in den Supermärkten sowie die Portionen im Restaurant sind größer denn je. Die meisten Menschen wissen nicht, wie groß die von den Gesundheitsbehörden empfohlenen Referenzmengen tatsächlich sind. Vor vierzig Jahren nahmen die Menschen täglich durchschnittlich 2.200 Kalorien zu sich, heute sind es 2.700 Kalorien. Die immer größer werdenden Portionen sowie das Überangebot an ungesunden Lebensmitteln wirken sich auf unseren Nahrungsmittelkonsum aus. Selbst Kochbücher können unser Essverhalten beeinflussen. Wansing und Payne (2002) haben 18 Rezepte analysiert, die seit 1936 in einer Kochzeitschrift erschienen sind, und fanden heraus, dass die gleichen Rezepte zwischen 1936 und 2006 um ein Drittel kalorienreicher geworden sind. Ein weiterer Faktor ist, dass es in ärmeren Stadtvierteln weniger Möglichkeiten gibt, gesunde Lebensmittel zu kaufen und gesunde Lebensmittel teurer sind.

Wir alle sind ständig Werbung ausgesetzt, insbesondere der Reklame für hochkalorische Snacks, für Desserts und Schnellrestaurants. Ein Beispiel: Im Jahr 2001 belief sich das Werbebudget von Coca Cola und Pepsi Cola zusammen auf drei Milliarden Dollar (Brownell & Horgen, 2003). Man vergleiche diese Summe mit den zwei Millionen Dollar, die das National Cancer Institut für eine Werbekampagne ausgegeben hat, die den häufigeren Verzehr von Obst und Gemüse propagierte (Nestle, 2002). Eine Arbeitsgruppe stellte 2004 fest, dass Fernsehwerbung für ungesunde Lebensmittel (z.B. für gezuckerte Frühstücksflocken und Getränke) die Essgewohnheiten von Kindern unter acht Jahren negativ beeinflusst, weil ihre kognitiven Fähigkeiten noch nicht ausreichend entwickelt sind, um Wahrheit und Werbung unterscheiden zu können (Kunkel et al., 2004). Um die direkten Auswirkungen dieser Werbestrategie zu demonstrieren, wurden Kinder randomisiert zwei Gruppen zugewiesen und bekamen Snacks angeboten, während sie TV-Werbespots für Snacks oder eine Sendung mit Werbespots für andere Produkte anschauten. Kinder der Gruppe, die die Sendung mit der Snack-Werbung sahen, aßen währenddessen mehr Snacks als Kinder der Gruppe, die die Sendung ohne Lebensmittelwerbung sah (Harris et al., 2009).

Genetische Faktoren. Neben der Umgebung spielen bei Adipositas auch genetische Faktoren eine Rolle. Die Verhaltensgenetik schreibt 25 bis 40 % der Va-

rianz für die Entwicklung von Fettleibigkeit der Erbanlage zu (Brownell & Horgen, 2003), die sich natürlich nur auswirkt, wenn sie mit entsprechenden Umgebungsfaktoren interagiert. Erbfaktoren können sich auf das Tempo der Nahrungsverwertung und den Hypothalamus sowie auf die Produktion von Enzymen auswirken, die zur Fettspeicherung beitragen, und damit zur Gewichtszunahme führen. Molekulargenetische Studien haben mehrere Gene identifiziert, die möglicherweise mit Adipositas in Verbindung stehen. Das Forschungsinteresse gilt insbesondere einer Variation (Polymorphismus) des *Insig2*-Gens. Dieses Gen wird mit der Regulierung von Fettsäuren und Cholesterin in Verbindung gebracht und wurde in einer genomweiten Assoziationsstudie bei 10 % der adipösen Personen gefunden (Herbert et al., 2006). Spätere Untersuchungen haben diese Verbindung jedoch nicht in allen Fällen bestätigt (Heid et al., 2009). So wichtig die Erbanlagen sind, die Adipositas können sie nur teilweise erklären. Klar ist, dass die Umgebung die entscheidende Rolle spielt. Laut einer neueren Studie mit über 500.000 Frauen, ist die Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft ein besserer Prädiktor für ein hohes Geburtsgewicht des Babys, als es genetische Faktoren sind (Ludwig & Currie, 2010).

Im Jahr 2011 wurden die Ergebnisse einer Studie publiziert, die beweisen, dass im Laufe der Jahrzehnte auch Tiere schwerer geworden sind, nicht nur Menschen (Klimentidis et al., 2001). Die Forscher untersuchten verschiedene Affenarten, Mäuse, Ratten und Seidenäffchen, die man in Gefangenschaft aufgezogen hatte, und stellten fest, dass diese Tiere allesamt im Laufe der Jahrzehnte schwerer geworden waren, obwohl sie stets das gleiche streng kontrollierte Futter bekamen, das sich weder qualitativ noch quantitativ merklich verändert hatte. Nun ist die Gewichtszunahme von Tieren ganz sicher nicht auf Werbung oder Fast-Food, ja nicht einmal auf mangelnde körperliche Betätigung zurückzuführen. Dennoch können diese Ergebnisse wichtige Erkenntnisse über Veränderungen in der Umwelt liefern, die mit der Adipositas-Epidemie beim Menschen zu tun haben, etwa über Chemikalien informieren, die das endokrine System stören, über Bakterien, andere Infektionserreger oder Stressbelastungen.

Faktor Stress. Stress und die damit einhergehenden Verstimmungen können manche Menschen tatsächlich veranlassen, sich mit Essen zu trösten (Arnou et

al., 1992; Heatherton & Baumeister, 1991). Tierversuche mit Ratten haben gezeigt, dass fett- und zuckerhaltige Nahrung den Stress der Tiere kurzfristig durchaus reduziert (Dallman et al., 2003; Kessler, 2009). Leider zeigen die Forschungsergebnis auch, dass diese Art von »Nervennahrung« längerfristig gesehen unzutraglich ist, weil sich die Verstimmungen nach dem Essen, zumindest nach einer Heißhungerattacke, meist verstärken (Haert-Matt & Keel, 2011). Aber auch Versuche, negative Gefühle zu unterdrücken, können die Neigung, sich bei Verstimmung mit Essen zu trösten, nicht unterbinden. In einer Studie verzehrten Probanden, die einen traurigen Film gesehen hatten und aufgefordert wurden, hinterher ihre Traurigkeit zu unterdrücken, mehr Eisportionen als andere, die lediglich aufgefordert wurden, sich den Film anzuschauen (Vohs & Heatherton, 2000).

Stigmatisierung. Das mit Fettleibigkeit verbundene Stigma ist weiterhin ein Problem. Es gibt im Fernsehen mehrere sog. »Reality Shows«, in denen stark überge-

wichtige Menschen auftreten, die gegen ihre Pfunde ankämpfen, die hart trainieren und streng Diät halten müssen oder mit wildem Tanzen versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren. Adipöse Menschen als moderne Form der Unterhaltung – wohl nicht gerade die beste Methode, ihrer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Stigmatisierend ist auch die Vorstellung, für die Fettleibigkeit selbst verantwortlich zu sein – wenn die Leute einfach weniger essen und sich mehr bewegen würden, hätten sie kein Gewichtsproblem. Selbstbeherrschung ist allerdings, wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge, gar nicht so einfach. Angesichts der vielen verschiedenen oben genannten Einflüsse, die zu Adipositas beitragen, ist eine derart simple Erklärung nicht angemessen. Persönliche Verantwortung ist selbstverständlich wichtig. Menschen können und müssen beschließen, gesündere Produkte und weniger zu essen. Dessen ungeachtet wirken Umgebungsfaktoren, wie Verfügbarkeit, Kosten und Transportmöglichkeiten ihren Entschlüssen nicht selten entgegen.

12

Die Binge-Eating-Störung wird heute als dritte Essstörung anerkannt, weil zunehmend mehr empirische Belege ihre Validität als Diagnosekategorie bestätigten (Attia et al., 2013; Striegel-Moore & Franco, 2008; Wonderlich et al., 2009). Die Schweregrade orientieren sich an der Anzahl der Essanfälle und sind in Tabelle 12.4 aufgelistet. Viele Betroffene haben in der Vergangenheit bereits Diätversuche unternommen (Kinzl et al., 1999; Pike et al., 2001). Die Binge-Eating-Störung tritt oft zusammen mit anderen Störungen auf, etwa mit einer affektiven Störung und einer Angststörung, mit ADHS, Verhaltensstörungen und Substanzgebrauchsstörungen (Kessler et al., 2013; Wonderlich et al., 2009). Zu den Risikofaktoren gehören Übergewicht in der Kindheit, kritische Kommentare zum Übergewicht, Versuche abzunehmen in der Kindheit, geringe Selbstachtung, Depression sowie körperlicher und sexueller Missbrauch in der Kindheit (Fairburn et al., 1998; Rubinstein et al., 2010).

Tabelle 12.4 Schweregrade der Binge-Eating-Störung

Schweregrad	Essanfälle pro Woche
leicht	1–3
moderat	4–7
schwer	8–13
extrem	14 oder mehr

Die Binge-Eating-Störung ist häufiger als Anorexie und Bulimie (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013). In einer aktuellen, länderübergreifenden Studie wird eine Lebenszeitprävalenz von 0,2 bis 4,7 % genannt (Kessler et al., 2013). Sie tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied weniger ausgeprägt ist als bei Anorexie und Bulimie (Kessler et al., 2013). Obwohl nur wenige epidemiologische Studien vorliegen, ist davon auszugehen, dass die Binge-Eating-Störung in allen ethnischen Gruppen gleich häufig vorkommt (Striegel-Moore & Franco, 2008).

Körperliche Folgen der Binge-Eating-Störung. Wie andere Essstörungen, schadet auch die Binge-Eating-Störung dem Körper. Viele physische Folgen sind vermutlich der damit einhergehenden Adipositas geschuldet, vor allem das höhere Risiko für Typ-2-Diabetes, für kardiovaskuläre Störungen, Gicht, chronische Rückenschmerzen und Kopfschmerzen, selbst wenn die Auswirkungen anderer komorbider Störungen berücksichtigt werden (Kessler et al., 2013). Andere Untersuchungen zeigen, dass Betroffene an körperlichen Störungen leiden, die mit ihrer Adipositas nichts zu tun haben, wie Schlafstörungen, Ängsten, Depression, Reizdarmsyndrom und, bei Frauen, früh einsetzende Menstruation (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003).

Prognose. Die Prognose der Binge-Eating-Störung ist bislang kaum untersucht worden. Bis jetzt geht die Forschung davon aus, dass zwischen 25 und 82 % der Betroffenen genesen (Keel & Brown, 2010; Striegel-Moore & Franco, 2008). In einer retrospektiven Studie geben Betroffene an, im Durchschnitt 14,2 Jahre mit dieser Störung zu leben, was ein sehr viel längerer Zeitraum ist, als die von Personen mit Bulimie oder Anorexie angegebene Zeit (Pope et al., 2006). In einer anderen aktuellen epidemiologischen, länderübergreifenden Studie wird jedoch eine Dauer von etwas über vier Jahren genannt (Kessler et al., 2013).

Kurz zusammengefasst

Die Anorexia nervosa hat drei Merkmale: Einschränkung der Nahrungsaufnahme, um ein Normalgewicht zu verhindern, ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme und vor dem Dickwerden sowie ein gestörtes Körperbild. Die Störung beginnt meist in den frühen Jugendjahren und ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Die nach starkem Gewichtsverlust eintretenden körperlichen Veränderungen können schwerwiegend und lebensbedrohlich sein. Etwa 70 % der Frauen mit Anorexie genesen irgendwann, manche allerdings erst nach vielen Jahren.

Zur Bulimia nervosa gehören Essattacken und Kompensationsmaßnahmen. Bei einer Attacke werden vor allem süße Sachen gegessen und zwar meist alleine, oft nach einer negativen zwischenmenschlichen Begegnung. Der Hauptunterschied zwischen Anorexie und Bulimie ist der Gewichtsverlust: Anorektische Personen nehmen extrem stark ab, bulimische Personen halten ihr Körpergewicht. Die Bulimie beginnt typischerweise im späten Jugendalter und betrifft mehr Frauen als Männer. Bulimie geht oft mit Depressionen einher, wobei die eine Störung offenbar das Risiko für die andere erhöht. Sie kann auch gefährliche körperliche Begleiterscheinungen haben, wie Menstruationsprobleme, Gewebeverletzungen in Magen und Rachen und angeschwollene Speicheldrüsen.

Kennzeichen der Binge-Eating-Störung sind mehrere Essanfälle. Die meisten (aber nicht alle) Betroffenen sind adipös (definiert durch einen BMI über 30). Nicht alle übergewichtigen Personen erfüllen die Kriterien der Binge-Eating-Störung – die Diagnose wird nur vergeben, wenn die Person Essattacken und

das Gefühl hat, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Die Binge-Eating-Störung kommt häufiger vor als Bulimie und Anorexie und häufiger bei Frauen als bei Männern, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied weniger ausgeprägt ist als bei Bulimie und Anorexie. Etwa 60 % der Betroffenen genesen von dieser Störung, die jedoch noch länger anhalten kann als Anorexie und Bulimie.

Schnell getestet 12.1

- (1) Alle folgenden Symptome sind Anorexiesymptome, *außer*:
 - (a) Angst vor dem Dickwerden und vor Gewichtszunahme
 - (b) Verweigerung eines normalen Körpergewichts
 - (c) Perfektionismus
 - (d) Körperbildstörung
- (2) Welche dieser Aussagen trifft auf die Binge-Eating-Störung zu?
 - (a) Sie tritt häufiger bei Männern auf als bei Frauen.
 - (b) Sie galt früher nicht als Essstörung.
 - (c) Sie ist nicht gleichbedeutend mit Adipositas.
 - (d) Essanfälle und selbstinduziertes Erbrechen gehören dazu.
- (3) Welche der folgenden Merkmale haben Anorexie und Bulimie gemeinsam?
 - (a) Beide Störungen gehen mit starkem Gewichtsverlust einher.
 - (b) Sie treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern.
 - (c) Sie haben körperliche Begleiterscheinungen (z. B. unregelmäßige Menstruation).
 - (d) Außer a treffen alle Aussagen zu.
- (4) Bitte nennen Sie drei Faktoren, die Adipositas begünstigen.

12.2 Ätiologie der Essstörungen

Wie viele psychische Störungen haben auch Essstörungen nicht nur eine Ursache. Die aktuelle Forschung in verschiedenen Fachgebieten legt den Schluss nahe, dass

es zu Essstörungen kommt, wenn im Leben einer Person mehrere Einflüsse zusammentreffen – Genetik, Neurobiologie, der soziokulturelle Druck, schlank zu sein, die Rolle der Familie und die Rolle von Stressoren in der Umgebung.

12.2.1 Genetische Faktoren

Essstörungen treten familiär gehäuft auf. Die Verwandten ersten Grades von Frauen mit Anorexie haben ein zehnfach höheres Risiko als andere, selbst diese Störung zu entwickeln (z. B. Strober et al., 2000). Ähnliches gilt für die Verwandten ersten Grades von Frauen mit Bulimie, deren Erkrankungsrisiko vierfach erhöht ist (z. B. Kasset et al., 1989; Strober et al., 2000). Die Verwandten ersten Grades essgestörter Frauen sind offenbar überdurchschnittlich gefährdet, eine Anorexie oder eine Bulimie zu entwickeln (Lilenfeld et al., 1998; Strober et al., 1990, 2000). Obwohl Essstörungen bei Männern recht selten sind, ist belegt, dass die Verwandten ersten Grades anorektischer Männer ein höheres Anorexierisiko haben (ihr Bulimierisiko ist nicht erhöht) als die Verwandten nicht-anorektischer Männer (Strober et al., 2001). Eine verhaltensgenetische Studie (Hudson et al., 2006) ergab, dass die Verwandten adipöser Personen mit einer Binge-Eating-Störung eher selbst diese Störung entwickeln (20 %) als die Verwandten adipöser Personen ohne Binge-Eating-Störung (9 %).

Zwillingsstudien über Essstörungen legen ebenfalls einen genetischen Einfluss nahe. Die meisten Anorexie- und Bulimiestudien fanden für eineiige Zwillinge höhere Konkordanzraten als für zweieiige (Bulik et al., 2000) und zeigen, dass die Varianz bei Zwillingen mit Essstörungen teilweise der genetischen Ausstattung zugeschrieben werden kann (Wade et al., 2000). Andererseits ist ebenfalls nachgewiesen, dass die gemeinsame bzw. nicht gemeinsame Umwelt, etwa verschiedene Interaktionen mit den Eltern oder verschiedene Freundeskreise, ebenfalls zur Entwicklung von Essstörungen beiträgt (Klump et al., 2002). Ein Beispiel: Einer Studie mit 1.200 Zwillingspaaren zufolge sind 42 % der Varianz von Bulimiesymptomen genetischen Faktoren zuzuschreiben, 58 % jedoch der nicht-gemeinsamen Umgebung (Baker et al., 2010). Belegt ist auch (a) die Erblichkeit der Kernmerkmale von Essstörungen, etwa Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, das starke Verlangen nach Schlankheit, Essanfälle und die ständige Sorge um das Körpergewicht (Klump et al., 2000), und

(b) dass gemeinsame genetische Faktoren den Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, wie negative Stimmungslagen und gezügeltes Essen (Diät halten), Essstörungen erklären können (Klump et al., 2002). Der bislang größten GWAS mit fast 3.000 an Anorexie leidenden Personen gelang es, mehrere, mit Anorexie assoziierte Einzelnukleotid-Polymorphismen (SNPs) zu identifizieren (Boraska et al., 2014). Diese Stichprobengröße ist zwar beeindruckend, allerdings nicht groß genug, um die Studienergebnisse replizieren zu können; Replikationen sind bei GWAS üblich, um zu verhindern, dass von Ergebnissen berichtet wird, die auch dem Zufall geschuldet sein könnten. Sämtliche Genetikstudien bestätigen die Beteiligung der Gene an Essstörungen, wobei noch näher untersucht werden muss, wie die genetischen Faktoren mit der Umgebung interagieren.

12.2.2 Neurobiologische Faktoren

Hunger, Essen und Sättigungsgefühl werden vor allem vom Hypothalamus gesteuert. Untersuchungen an Tieren mit einem geschädigten lateralen Hypothalamus zeigen, dass sie Gewicht und Appetit verlieren (Hoebel & Teitelbaum, 1966). Deshalb wird vermutet, dass bei Anorexie der Hypothalamus eine Rolle spielt. Tatsächlich weichen bei Anorexiepatientinnen einige vom Hypothalamus gesteuerte Hormonwerte, z. B. von Cortisol, von der Norm ab. Die hormonellen Abweichungen sind jedoch nicht die Ursache der Störung, vielmehr Folgen des Hungerns, weshalb sie sich bei Gewichtszunahme wieder normalisieren (Doerr et al., 1980; Stoving et al., 1999). Außerdem entspricht der Gewichtsverlust von Tieren mit geschädigtem Hypothalamus nicht den Erkenntnissen, die wir über Anorexie haben: Diese Tiere haben offenbar keinen Hunger und interessieren sich kaum noch für Nahrung, während anorektische Menschen anhaltend fasten, obwohl sie Hunger verspüren und an Lebensmitteln interessiert sind. Die Hypothalamusthese erklärt auch nicht die Körperbildstörung und die Angst vor Gewichtszunahme. Bei Anorexia nervosa ist eine Hypothalamus-Dysfunktion demnach wohl kein ursächlicher Faktor.

Endogene Opiode. Endogene Opiode sind körpereigene Substanzen, die Schmerzempfindungen vermindern, die Stimmung heben und den Appetit unterdrücken. Opiode werden in Hungerphasen freigesetzt und sind vermutlich an Anorexie, Bulimie und der Binge-Eating-Störung beteiligt. Wenn anorektische Menschen hun-

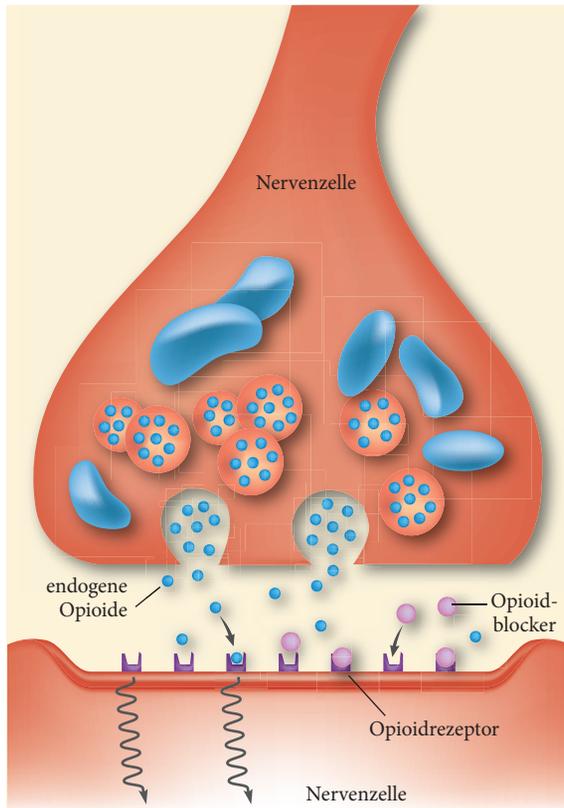


Abbildung 12.5 Zerebrales endogenes Opioidsystem

gern, kann dies ihre endogenen Opioidwerte erhöhen, die so zum Verstärker des euphorischen Zustands werden (Marrazzi & Luby, 1986). Auch die übermäßige sportliche Betätigung mancher Menschen mit Essstörungen kann ihre Opioidwerte erhöhen und damit verstärkend sein.

Belegt ist auch die Beteiligung endogener Opioiden an Essstörungen. Zwei Studien haben beispielsweise festgestellt, dass bei Bulimie die Werte des endogenen Opioids Beta-Endorphin (Abb. 12.5) herabgesetzt sind (Brewerton et al., 1992; Waller et al., 1986). Laut einer dieser beiden Studien weisen Menschen mit schwerer Bulimie die niedrigsten Beta-Endorphin-Werte auf (Waller et al., 1986). Diese Ergebnisse beweisen jedoch lediglich, dass Bulimie und niedrige Opioidspiegel zusammen auftreten, sie sagen nichts darüber aus, ob die Opioidspiegel bereits vor Störungsbeginn herabgesetzt waren. Wir wissen also nicht, ob die niedrigen Opioidspiegel Ursache oder Wirkung der Bulimie sind, etwa

die Folge der veränderten Nahrungsmittelaufnahme oder von Purgieren. Das Gleiche gilt für die Binge-Eating-Störung. Tierstudien haben gezeigt, dass Essanfälle das Opioidsystem verändern (z. B. Bello et al., 2011) – nicht gezeigt haben sie, dass Veränderungen des Opioidsystems vermehrt Essanfälle auslösen.

Serotonin und Dopamin. Schließlich wurden auch zwei Neurotransmitter besonders intensiv untersucht (Kaye, 2008), nämlich Serotonin, das mit Essverhalten und Sättigung (Völlegefühl) in Verbindung steht, und Dopamin, das mit den Belohnungsaspekten der Nahrungsaufnahme zu tun hat.

Aus Tierversuchen ist bekannt, dass Serotonin die Sättigung fördert; die Essanfälle von Bulimiekranken sind daher möglicherweise auf Serotoninmangel zurückzuführen, der verhindert, dass sich beim Essen ein Sättigungsgefühl einstellt. Bei Tierstudien wurde auch festgestellt, dass Einschränkungen der Nahrungsaufnahme die Serotoninsynthese im Gehirn stören. Demnach kann die stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme anorektischer Personen das Serotoninsystem beeinträchtigen.

Auch die Serotoninmetaboliten von Personen mit Anorexie (z. B. Kaye et al., 1984) und Bulimie (z. B. Carrasco et al., 2000; Jimerson et al., 1992; Kaye et al., 1998) sind untersucht worden. Die Unteraktivierung eines Neurotransmitters wird auch vom niedrigen Spiegel des Neurotransmitters und seiner Metaboliten belegt. An Anorexie erkrankte, erheblich untergewichtige Personen reagieren auch weniger stark auf Serotoninagonisten (d. h. auf Substanzen, die die Serotoninrezeptoren stimulieren) als anorektische Personen, die einen Gutteil ihres Gewichts zurückgewonnen haben, was wiederum auf ein unteraktives Serotoninsystem verweist (Attia et al., 1998; Ferguson et al., 1999). Auch Personen mit Bulimie reagieren auf Serotoninagonisten weniger stark (Jimerson et al., 1997; Levitan et al., 1997). Antidepressiva, die in manchen Fällen von Bulimie und Anorexie eine wirksame Behandlung sind, erhöhen bekanntlich den Serotoninspiegel, was ebenfalls für die Bedeutung von Serotonin spricht. Serotonin hängt aber wohl eher mit der Depression zusammen, die oft mit Anorexie und Bulimie einhergeht.

Ferner ist die Rolle von Dopamin für das Essverhalten untersucht worden. Tierstudien zufolge ist Dopamin mit den lustvollen Aspekten der Nahrungsaufnahme verbunden, die ein Tier zur Futtersuche treiben (z. B. Szczypka et al., 2001), und Neuroimaging-Studien

am Menschen belegen, dass Dopamin mit der Motivation, sich Nahrung zuzuführen und mit anderen angenehmen Empfindungen und Belohnung verbunden ist. In einer Studie mit gesunden Menschen wurde diesen, während sie mit dem PET-Scanner untersucht wurden, Essensgerüche und der Geschmack von Speisen präsentiert (Volkow et al., 2002). Die Testpersonen wurden zudem gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, nämlich die »Skala gezügelten Essens« (*Restraint Eating Scale*, s. Kasten in Abschn. 12.2.3). Diejenigen, die dabei hohe Werte erzielten, wiesen während der Präsentation von Speisen eine höhere Dopaminaktivität im Bereich des dorsalen Striatums auf. Dieses Ergebnis zeigt, dass gezügelte Esser auf Reize, die von Nahrungsmitteln ausgehen, sensibler reagieren, weil eine der Dopaminfunktionen darin besteht, das Auftreten bestimmter Stimuli anzuzeigen. Ob und inwieweit diese Forschungsergebnisse für Menschen mit Essstörungen relevant sind, bleibt abzuwarten.

In einer fMRT-Studie mit einer kleinen Stichprobe von 14 Frauen mit Anorexia nervosa und einer Kontrollgruppe reagierten die Frauen auf Bilder untergewichtiger Frauen positiver als auf Bilder normalgewichtiger oder übergewichtiger Frauen (Fladung et al., 2010). Die Frauen in der Kontrollgruppe dagegen empfanden die Bilder normalgewichtiger Frauen als angenehmer. Auch ihre Gehirnaktivierung entsprach den Gefühlslagen: Bei anorektischen Frauen war beim Anblick anorektischer Frauen das ventrale Striatum – also der mit Dopamin und dem zerebralen Belohnungssystem verbundene Bereich – stärker aktiviert, als bei der Kontrollgruppe.

Eine andere Studie belegt, dass bei Frauen mit Anorexie oder Bulimie die Expression des Dopamintransportergens, *DAT* genannt, verstärkt ist (Frieling et al., 2010). Wie in Abschnitt 2.1 dargestellt, wird ein Gen »angeschaltet« bzw. kommt es zur Genexpression, wenn es mit entsprechenden Umgebungsaspekten interagiert. Die Expression des *DAT*-Gens sorgt für die Freisetzung eines Proteins, das die Wiederaufnahme von Dopamin in die Synapse regelt. Die Untersuchung zeigte auch, dass bei Bulimie- und bei Anorexiepatientinnen die Expression eines weiteren Dopamingens, des sog. *DRD₂*-Gens, gestört ist. Ebenfalls belegt ist, dass *DRD₂*-Gendefekte nur bei Frauen mit Anorexie auftreten (Bergen et al., 2005). Diese Studien, deren Ergebnisse erst noch zu replizieren sind, verweisen auf die Relevanz von Dopamin bei Essstörungen.

Nach allem was bislang bekannt ist, sind Gehirnveränderungen nicht die Auslöser von Essstörungen. Bekannt ist, dass zwischen Essstörungen und der Expression bestimmter Dopamingene ein Zusammenhang besteht, Essstörungen aber nicht von diesen Gehirnaktivitäten verursacht werden.

12.2.3 Kognitiv-behaviorale Faktoren

Kognitiv-behaviorale Theorien konzentrieren sich auf die Frage, welche Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen die gestörte Körperwahrnehmung, die Angst vor dem Dicksein und den Kontrollverlust über das Essverhalten begünstigen. Menschen mit Essstörungen haben vermutlich dysfunktionale Einstellungen, weshalb sie sich gedanklich ständig mit ihrem Körpergewicht, ihrer Figur und der Nahrungsaufnahme beschäftigen (Fairburn et al., 1999).

Anorexia nervosa. Aus kognitiv-behavioraler Sichtweise sind die Angst vor Gewichtszunahme und die gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers motivierende Faktoren, die aus dem Gewichtsverlust einen mächtigen Verstärker machen. Bei Menschen mit Anorexie haben die Anorexiesymptome oft nach einer erfolgreichen Diät eingesetzt. Verhaltensweisen, die Schlankheit herstellen oder erhalten, werden durch die Reduktion der Angst vor Gewichtszunahme negativ verstärkt, aber auch Kommentare wie: »Hast du abgenommen? Du siehst toll aus!« können Verstärker sein. Schlankheitskuren und Gewichtsverlust vermitteln zudem ein Gefühl der Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung, das ebenfalls positiv verstärkend wirkt (Fairburn et al., 1999; Garner et al., 1997). Einige Theorien versuchen, die Angst vor dem Dicksein und die Körperbildstörung mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und soziokulturellen Variablen zu erklären. So können Perfektionismus und das Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit eine Person veranlassen, höchst besorgt auf ihre äußere Erscheinung zu achten, was eine Diät zum wirksamen Verstärker macht. Auch das in den Medien transportierte Schlankheitsideal, das eigene Übergewicht und die Neigung, sich ständig mit besonders attraktiven Menschen zu vergleichen, tragen zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei (Stormer & Thompson, 1996).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der das Verlangen nach Schlankheit verstärkt und die Körperwahrnehmung stört, ist die Kritik von Gleichaltrigen und Eltern. In einer Studie, die diesen Schluss bestätigt, wurden

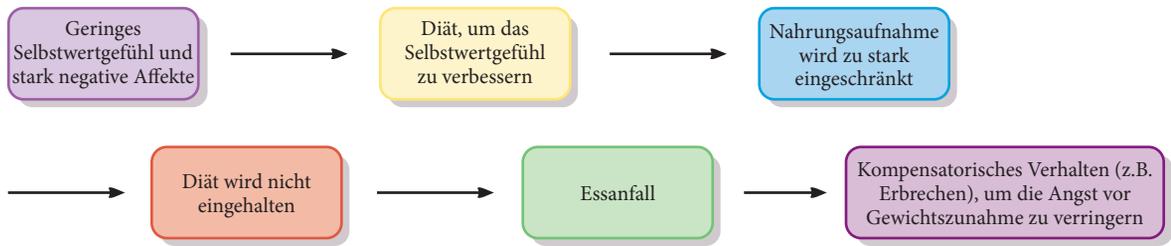


Abbildung 12.6 Schema der kognitiv-behavioralen Theorie der Bulimia nervosa

heranwachsende Mädchen zwischen 10 und 15 Jahren zweimal im Abstand von drei Jahren untersucht. Beim ersten Assessment stand Übergewicht im Zusammenhang mit Hänseleien von Gleichaltrigen, beim zweiten Assessment mit Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, und diese wiederum mit den Symptomen von Essstörungen (Paxton et al., 1999).

Heißhungeranfälle sind nicht selten die Folge eines Verstoßes gegen die Diätvorschriften (Polivy & Herman, 1985): Wenn eine anorektische Person die selbst-auferlegte strenge Diät nicht durchhält, kann ein kleiner Fehltritt in einen Essanfall ausarten. Die dadurch ausgelöste Angst vor Gewichtszunahme kann dann gegensteuernde Maßnahmen auslösen, etwa selbstinduziertes Erbrechen.

Auch die Rolle von Emotionen ist untersucht worden. Dass Menschen mit Anorexie viele negative Empfindungen haben, ist nicht verwunderlich. Was verwundert, ist, dass sie auch positive Empfindungen haben, wobei sie diese beiden Gefühlszustände oft nicht recht unterscheiden können (Selby et al., 2013). Manche sind beispielsweise sehr stolz auf sich, weil sie abgenommen oder bei einem Fest einem Stück Kuchen widerstanden haben. Sie können diesen Stolz nicht von Glück- oder Erfolgsgefühl unterscheiden – man spricht dann von mangelhafter Emotionsdifferenzierung. Eine Studie mit 118 anorektischen Frauen hat gezeigt, dass die mangelhafte Differenzierung positiver Emotionen oft das für Essstörungen typische Verhalten vorhersagt, nämlich Erbrechen, häufiges Überprüfen des Gewichts, übertriebene sportliche Betätigung und den Gebrauch von Laxanzien (Selby et al., 2013). Auch intensive negative Empfindungen gehen oft dem anorektischen Verhalten voraus.

Gezügeltessverhalten. Auch an Bulimie leidende Menschen beschäftigen sich übermäßig mit Gewichtszunahme und sorgen sich um ihre äußere Erscheinung;

viele machen ihren Selbstwert völlig davon abhängig. Ihre Selbstachtung ist gering, und da Gewicht und Figur etwas leichter kontrollierbar sind, als andere Merkmale ihres Selbst, konzentrieren sie sich darauf, in der Hoffnung, zumindest auf diesem Gebiet erfolgreich zu sein und sich dann allgemein besser zu fühlen. Sie geben sich sehr strenge Vorschriften, die genau regeln, wie viel, was und wann sie essen dürfen. Diese Regeln werden dann unweigerlich gebrochen, was in einen Essanfall eskaliert. Nach dem Essanfall kommen Ekel und die Angst vor dem Dickwerden auf, die zu Kompensationsmaßnahmen führen, etwa zu selbstinduziertem Erbrechen (Fairburn, 1997). Die Entleerung reduziert zwar vorübergehend die Angst, doch dieser Zyklus schadet der Selbstachtung, was dann weitere Binge-Eating-/Purging-Episoden auslöst – ein Teufelskreis, der bewirkt, dass das gewünschte Körpergewicht gehalten wird, wenn auch um den Preis schwerwiegender körperlicher Schädigungen (Abb. 12.6).

Ein Forscherteam hat die »Skala gezügeltessverhaltens« (s. Kasten) entwickelt. Mit diesem Fragebogen wird ermittelt, wie intensiv sich eine Person, die eine Diät macht und eine gestörte Einstellung zum Essen hat, mit Abmagerungskuren und übermäßigem Essen beschäftigt (Polivy et al., 1980). In der Regel werden diese Laboruntersuchungen als Geschmackstests ausgegeben. Eine der Studien gab vor, die Auswirkungen der Temperatur auf den Geschmack untersuchen zu wollen (Polivy et al., 1988). In der »Kalt-Bedingung« tranken die Probanden zuerst einen halben Liter Schoko-Milchshake (von der Versuchsführung als pre-load, »Vorab-Portion«, bezeichnet) und erhielten dann drei Kugeln Eiscreme, deren Geschmack sie bewerten sollten. Den Probanden wurde gesagt, sie könnten, sobald sie das Eis bewertet hätten, so viel davon essen, wie sie wollten. Dann wurde die Menge an verspeistem Eis gemessen.

Skala gezügelten Essverhaltens

- (1) Wie oft machen Sie eine Diät?
Nie ; selten ; manchmal ; oft ;
immer
- (2) Was war das meiste, was Sie jemals in einem
Monat abgenommen haben?
0–2 kg ; 2,5–4,5 kg ; 5–7 kg ; 7,5–9,5 kg
 ; 10 kg und mehr
- (3) Was war das meiste, was Sie jemals in einem
Monat zugenommen haben?
0–0,5 kg ; 0,6–1 kg ; 1,1–1,5 kg ; 1,6–2,5
kg ; 2,6 kg und mehr
- (4) Wie stark schwankt Ihr Gewicht in einer durch-
schnittlichen Woche?
0–0,5 kg ; 0,6–1 kg ; 1,1–1,5 kg ; 1,6–2,5
kg ; 2,6 kg und mehr
- (5) Hätte eine Gewichtsschwankung von 2,5 kg
einen Einfluss darauf, wie Sie leben?
Überhaupt nicht ; etwas ; durchaus ;
sehr stark
- (6) Essen Sie vernünftige Mengen in Gegenwart
anderer und essen sich voll, wenn Sie allein
sind?
Nie ; selten ; oft ; immer
- (7) Verwenden Sie zu viel Zeit und Gedanken ans
Essen?
Nie ; selten ; oft ; immer
- (8) Haben Sie Schuldgefühle, wenn Sie zu viel ge-
essen haben?
Nie selten manchmal oft immer
- (9) Wie stark ist Ihnen bewusst, was Sie essen?
Überhaupt nicht ; etwas ; ziemlich ;
sehr stark
- (10) Wie viel lag Ihr höchstes Gewicht über Ihrem
Wunschgewicht?
0–0,5 kg ; 0,6–2,5 kg ; 3–5 kg ;
5,5–10 kg ; über 10 kg

Quelle: Aus Polivy et al. (1980)

12

In Laboruntersuchungen nach diesem allgemeinen Versuchsplan stellte sich heraus, dass Probanden mit hohen Werten auf der Skala des gezügelten Essens nach einer dickmachenden Pre-Load mehr aßen als diejenigen, die keine Abmagerungskuren machten, und zwar auch dann, wenn die Pre-Load nur ein gefühlter Dickmacher, in Wirklichkeit aber kalorienarm war (Polivy, 1976), und selbst dann, wenn das Essen verhältnismäßig unschmackhaft war (Polivy et al., 1994). Demnach weisen Menschen mit hohen Werten auf der Skala gezügelten Essens ein ähnliches Verhalten auf wie Bulimiepatienten, wenn auch auf wesentlich niedrigerem Niveau.

Man hat noch weitere Bedingungen gefunden, die gezügelte Esser zu noch mehr Nahrungsaufnahme bewegen. Dazu zählen vor allem negative Stimmungen wie Angst und Depression (z.B. Herman et al., 1987). Gezügelte Esser essen besonders viel, wenn ihr Selbstbild bedroht (Heatherton et al., 1991) und ihre Selbstachtung gering ist (Polivy et al., 1988). Auch wenn sie die falsche Rückmeldung erhalten, ihr Gewicht sei hoch, reagieren sie mit negativeren Emotionen und verstärkter Nahrungsaufnahme (McFarlane et al., 1998).

Das Essverhalten bulimischer und an der Binge-Eating-Störung leidender Menschen ist dem der gezügelten Esser ähnlich, jedoch wesentlich extremer aus-

geprägt. Mehrere Studien belegen, dass ihre Essattacken auftreten, wenn sie unter Stress stehen oder negative Emotionen haben. Die elektronische, ambulante Beobachtung (z. B. mittels Smartphones) ist eine Möglichkeit, den Zusammenhang zwischen Binging-/Purging-Episoden, Stimmungsveränderungen und Alltagsbelastungen aufzuzeigen (Smyth et al., 2007). Einer 83 Studien umfassenden Metaanalyse zufolge sagte ein negativer Affekt bei Menschen mit Bulimie oder Binge-Eating-Störung einen Essanfall vorher, wobei die Effektgrößen für die Binge-Eating-Störung stärker waren als für Bulimie (Haedt-Matt & Keel, 2011). Demnach kann der Essanfall eine Möglichkeit sein, negative Affekte zu regulieren (Smyth et al., 2007; Stice & Agras, 1999). Diese Metaanalyse hat allerdings auch ergeben, dass Menschen mit einer Bulimie oder Binge-Eating-Störung nach dem Essanfall *mehr* negative Affekte empfinden – Affektregulierung durch übermäßiges Essen scheint also längerfristig nicht erfolgreich zu sein. Belegt ist aber auch, dass Purging Belastungsgefühle und negative Affekte reduziert. Demnach sinkt die Intensität negativer Affekte und nehmen die positiven Affekte nach einer Entleerungsmaßnahme zu, was für die Annahme spricht, dass die Reduzierung negativer Affekte das Purging verstärkt (Haedt-Matt & Keel, 2011; Jarrell et al., 1986; Smyth et al., 2007).

In Anbetracht der Gemeinsamkeiten von gezügelten Essern und Menschen mit Bulimie, ist der Gedanke naheliegend, dass gezügeltes Essen bei Bulimie eine entscheidende Rolle spielt. Eine Studie zum natürlichen, d.h. unbehandelten Bulimieverlauf hat ergeben, dass Sorgen über die Figur und das Gewicht und Essanfälle zumindest teilweise auf gezügeltes Essen zurückzuführen sind (Fairburn et al., 2003). Das heißt, dass Sorgen über Figur und Gewicht gezügeltes Essen vorhersagt, und das gezügelte Essen wiederum in den Nachuntersuchungen über fünf Jahre hinweg eine Zunahme der Essanfälle vorhersagt. Da bei anderen Untersuchungen dieser Zusammenhang nicht festgestellt wurde (Burne & McLean, 2002), bleibt dieses Thema ein Forschungsschwerpunkt.

Rolle der Kognitionen. Mit kognitionswissenschaftlichen Methoden wurde untersucht, wie es um das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und Problemlösungsfertigkeit von Menschen mit Essstörungen bestellt ist. Kognitionstests beweisen, dass Personen mit Anorexie und Bulimie ihre Aufmerksamkeit auf Wörter oder Bilder mit einem Lebensmittelbezug fokussieren (Brooks et al., 2011).

Kurz zusammengefasst

Sowohl an Anorexie als auch an Bulimie sind genetische Faktoren beteiligt. Beide Störungen kommen in bestimmten Familien gehäuft vor, und auch Zwillingsstudien bestätigen die Rolle der Erbanlagen an diesen Störungen, insbesondere an deren typischen Merkmalen, wie Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Streben nach Schlankheit und Essanfälle. Der Hypothalamus ist an Essstörungen offenbar nicht direkt beteiligt. Bei Bulimie sind niedrige Werte an endogenen Opioiden festgestellt worden, die vor Beginn der Störung nicht vorhanden waren. Demnach können Veränderungen der Nahrungsaufnahme das Opioidsystem beeinträchtigen und nicht umgekehrt, das Opioidsystem die Nahrungsaufnahme. Die Rolle von Serotonin bei Anorexie ist noch nicht ganz geklärt. Belegt ist, dass Serotonin Bulimie und Binge-Eating beeinflussen kann. An Bulimie erkrankte Personen reagieren weniger stark auf Serotoninagonisten und haben auch einen niedrigen Serotoninmetaboliten-Spiegel. Anderen Untersuchungen zufolge beeinflusst Dopamin auch das gezügelte Essen, das bei Menschen mit Essstörungen eine Rolle spielt. Der Zusammenhang zwischen Dopamin und dem zerebralen Belohnungssystem muss noch näher erforscht werden, weil er erklären könnte, wie sich Essanfälle, die Teil der Bulimie und Binge-Eating-

Essgestörte Personen, die laut Skala als gezügelte Esser gelten, erinnern sich im satten Zustand besser an Lebensmittelwörter als im hungrigen Zustand (Brooks et al., 2011). Nachgewiesen ist auch, dass Studentinnen mit den Symptomen einer Essstörung auf Darstellungen menschlicher Figuren stärker achten als auf Darstellungen mit emotionalem Inhalt und sich an die Bilder menschlicher Figuren auch besser erinnern (Treat & Viken, 2010). Sie achten also nicht nur verstärkt auf ihren eigenen Körper, ihre Ernährung und ihr Gewicht, sondern auch verstärkt auf den Körper, die Ernährung und die Figur anderer Frauen.

Ihr übermäßiges Interesse an Nahrung und Körperbild erschwert es essgestörten Frauen, ihre Denkmuster zu verändern. Wie in Abschnitt 12.3 näher erläutert, besteht ein Großteil der Therapie darin, Betroffene bei der Veränderung dieser Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsverzerrungen zu unterstützen. Auch soziokulturelle Faktoren, denen der nächste Abschnitt gewidmet ist, beeinflussen die Fehleinschätzungen und Ernährungsgewohnheiten essgestörter Personen.

Störung sind, auf das Dopaminsystem auswirken. Einige Hauptkennzeichen von Anorexie und Bulimie, insbesondere die ausgeprägte Angst vor dem Dickwerden, lassen sich mit neurobiologischen Faktoren nicht ausreichend erklären.

Kognitiv-behaviorale Theorien konzentrieren sich auf die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, auf das Streben nach Schlankheit, auf die Aufmerksamkeit und Gedächtnisinhalte. Mit der Skala des gezügelten Essens wird ermittelt, wie stark sich eine Person mit Abmagerungskuren und übermäßigem Essen befasst. Es gibt einen Zusammenhang zwischen hohen Werten auf dieser Skala und den Essanfällen nicht-essgestörter Menschen. Das Essverhalten von Personen mit Bulimie und Binge-Eating-Störung ist ähnlich, wenn auch extremer als das Verhalten von Menschen, das von der Skala gezügelten Essens erfasst wird. Studien weisen nach, dass Sorgen über Figur und Gewicht gezügeltes Essen vorhersagen, und gezügeltes Essen wiederum zu mehr Essanfällen führt. Menschen mit Essstörungen achten mehr als gesunde auf Nahrungsmittel und Dinge, die mit der Figur zu tun haben, und erinnern sich auch besser daran; Aufmerksamkeit und Gedächtnis sind bei ihnen offenbar einseitig ausgerichtet.

12.2.4 Soziokulturelle Faktoren

Im Laufe der Geschichte haben die verschiedenen Gesellschaften eine Vielzahl von Normen für den idealen Körper – vor allem für den weiblichen Körper – festgelegt. Denken wir nur an die berühmten Nackten, die Rubens im 17. Jahrhundert gemalt hat: An heutigen Standards gemessen sind diese Frauen mollig. In westlichen Ländern wurde die Idealfigur im Laufe der letzten Jahrzehnte dünner und dünner. Die Models in der Heftmitte des Männermagazins »Playboy« wurden zwischen 1959 und 1978 immer magerer, bis 1988 auch die Teilnehmerinnen an Schönheitswettbewerben. Für eine Studie wurde der Body-Mass-Index der zwischen 1985 bis 1997 auf den beiden Mittelseiten abgebildeten Aktmodelle des »Playboy« errechnet (Owen & Laurel-Seller, 2000). Alle, bis auf ein Modell, hatten einen BMI unter 20, was als niedriges Gewicht gilt, und fast die Hälfte einen BMI unter 18, waren also untergewichtig.

Für Männer stellt sich die Situation etwas anders dar. Parallel zur oben genannten Playboy-Studie wurde der BMI der zwischen 1973 bis 1997 im »Playgirl« abgebildeten männlichen Aktmodelle untersucht (Leit et al., 2001). Die Berechnungen ergaben, dass deren BMI, vor allem aber der Muskelanteil an ihrer Körpermasse, im Laufe dieser Zeit *gestiegen* war. Für Männer gilt demnach, dass die männliche Idealfigur in Zeitschriften und anderen Medien normalgewichtig oder besonders muskulös dargestellt wird (Mishkind et al., 1986).



Abbildung 12.7 Die kulturellen Vorstellungen der weiblichen Idealfigur haben sich im Laufe der Zeit verändert. Noch in den 1950er- und 1960er- Jahren waren die Fotomodelle deutlich rundlicher als in den 1970er-Jahren und heutzutage

Während sich die kulturellen Normen gegen Ende des 20. Jahrhunderts zunehmend in Richtung Schlankheit bewegten, wurden gleichzeitig mehr Menschen übergewichtig – eine ziemlich paradoxe Entwicklung. Seit 1900 hat sich die Prävalenz der Adipositas mehr als verdoppelt (s. »Unter der Lupe« in Abschn. 12.1.3). Heute sind über zwei Drittel der US-amerikanischen Bevölkerung übergewichtig (davon über ein Drittel adipös). In Deutschland sind gegenwärtig 24 % der erwachsenen Frauen und 23 % der erwachsenen Männer adipös (www.adipositas-gesellschaft.de, 2012). Die kulturellen Idealvorstellungen geraten also immer stärker in Konflikt mit der Realität.

Als in der Gesellschaft das Interesse an gesunder Lebensführung und fettarmer Ernährung stieg, wurden auch Schlankheitskuren und Diäten populärer. Die Zahl derer, die schon einmal eine Diät gemacht haben, stieg zwischen 1950 und 1999 von 7 % (Männer) und 14 % (Frauen) auf 29 % (Männer) und 44 % (Frauen) (Serdula et al., 1999). Eine Studie mit 4.000 Frauen zwischen 25 und 45 Jahren ergab, dass ein Drittel der Befragten über der Hälfte ihrer Lebenszeit versucht hat abzunehmen (Reba-Harrelson et al., 2009). Diätmoden kommen und gehen in Wellen. Sind manche Diäten wirksamer als andere? Eine Studie des *New England Journal of Medicine* ging dieser Frage nach und kam zu dem Schluss, dass alle Diäten, solange nur die Gesamtkalorienzahl gesenkt wird, gleich wirksam sind – egal ob nun Kohlehydrate, Fett oder Proteine eingeschränkt werden. Chirurgische Eingriffe, wie Liposuktion (Absaugung der direkt unter der Haut gelegenen Fettpolster) und Magenplastik (zur Beschränkung der Magenkapazität) sind ungeachtet ihrer Risiken nach wie vor weit verbreitet (Brownell & Horgen, 2003).

Den oben genannten Zahlen zufolge halten weit mehr Frauen Diät als Männer. Dass Schlankheitskuren und Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht oft der Einstieg in gestörtes Essverhalten sind, legt nahe, dass das gesellschaftliche Schlankheitsideal die Entwicklung von Essstörungen begünstigt (Killen et al., 1994; Rubinstein et al., 2010; Stice, 2001).

Frauen, die tatsächlich übergewichtig sind oder sich für zu dick halten, sind oft auch mit ihrem Körper unzufrieden. Kein Wunder also, dass Frauen und junge Mädchen mit einem hohen BMI und Unzufriedenheit mit ihrem Körper ein höheres Risiko für Essstörungen haben (Fairburn et al., 1997; Killen et al., 1996). Intensive Beschäftigung mit Schlanksein oder das Gefühl,

unter dem Druck des Schlankheitsideals zu stehen, sagen bei heranwachsenden Mädchen Unzufriedenheit mit ihrem Körper vorher, die wiederum weitere Abmagerungskuren, gestörtes Essverhalten und negative Emotionen zur Folge haben (Stice, 2001); im oben geschilderten Fall von Toni waren diese Faktoren präsent und Auslöser ihrer Erkrankung.

Schließlich steigert offenbar auch der Anblick unrealistisch dünner Models die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Eine Studie hat 25 Experimente ausgewertet, bei denen Frauen Bilder superschlanker Models gezeigt wurden. Nach dem Betrachten der Bilder wurden sie gefragt, ob und inwieweit sie mit ihrem Körper zufrieden sind. Dass sie dann angaben, unzufriedener zu sein, kann nicht überraschen (Groesz et al., 2002). Wissenschaftlich belegt ist zudem, dass auch Männer mit ihrem Körper unzufrieden werden, nachdem sie Darstellungen muskulöser Männer betrachtet haben, die dem Ideal der männlichen Figur eher entsprechen als sie selbst (Leit et al., 2002).

Das soziokulturelle Schlankheitsideal ist vermutlich das Vehikel, das Menschen dazu bringt, sich vor dem Dicksein zu fürchten oder auch nur, sich dick zu fühlen; bei Luise und Toni waren diese Ängste offenkundig. Ein hoher Fettanteil sorgt nicht nur für eine unerwünschte Figur, Übergewicht ist zudem negativ konnotiert und wird gedanklich mit Erfolglosigkeit und mangelnder Selbstbeherrschung in Verbindung gebracht. Übergewichtige Menschen gelten als weniger intelligent und werden klischeehaft als einsam, schüchtern und zuwendungsbedürftig empfunden (DeJong & Kleck, 1986). Es ist sogar erwiesen, dass stark übergewichtige Personen selbst von Gesundheitsfachleuten, die mit der Behandlung von Adipositas befasst sind, abgewertet und für faul oder dumm gehalten werden (Schwartz et al., 2003). Eine Reduzierung des mit Fettleibigkeit verbundenen Stigmas wäre sowohl für übergewichtige als auch für essgestörte Menschen von Vorteil.

Doch nicht nur Angst vor dem Dickwerden, auch die Verherrlichung extremer Magerkeit in einschlägigen Seiten im Internet, in Blogs und Zeitschriften trägt zum pathologischen Essverhalten bei. Viele Frauen, die sich Unterstützung und Ermutigung beim Abnehmen erhoffen, verfolgen diese Pro-Anorexie- (kurz *Pro-Ana*) und Pro-Bulimie-Websites (kurz *Pro-Mia*) und hungern sich mit deren Beihilfe auf ein gefährliches Untergewicht herab. Zur »Thinspiration« werden auf diesen Seiten oft Fotos extrem dünner weiblicher Stars

und Models gepostet. Einige dieser Frauen, darunter auch bekannte Schauspielerinnen, haben den Kampf gegen ihre Essstörung öffentlich gemacht.

Eine aktuelle Studie hat die Auswirkungen dieser Pro-Ana- und Pro-Mia-Seiten untersucht und festgestellt, dass Frauen, die sich gegenseitig mithilfe dieser Websites über Essstörungen informieren, mit ihrem Körper unzufriedener sind, dass sie mehr Essstörungssymptome haben und deswegen öfter hospitalisiert werden müssen (Rouleau & von Ranson, 2011). Um Ursache und Wirkung unterscheiden zu können, wurde folgendes Experiment durchgeführt: Gesunde Frauen wurden nach dem Zufallsprinzip drei Gruppen mit unterschiedlichen Versuchsbedingungen zugewiesen. Unter dem Vorwand, die Qualität von Internetseiten beurteilen zu sollen, beschäftigte sich eine Gruppe mit Seiten, die zu Essstörungen anstiften, eine Gruppe mit Seiten zu anderen Gesundheitsthemen und eine mit Touristeninformationen (Jett et al., 2010). Die Frauen dokumentierten eine Woche vor und eine Woche nach dem Betrachten dieser Internetseiten ihr Essverhalten in einem Tagebuch. Die Auswertung ergab, dass Frauen, die die Pro-Esstörung-Seiten besucht hatten, in der nachfolgenden Woche ihre Nahrungszufuhr stärker reduzierten als alle anderen – ein Hinweis, dass solche Seiten zu schädlichen Veränderungen des Essverhaltens anstiften können.

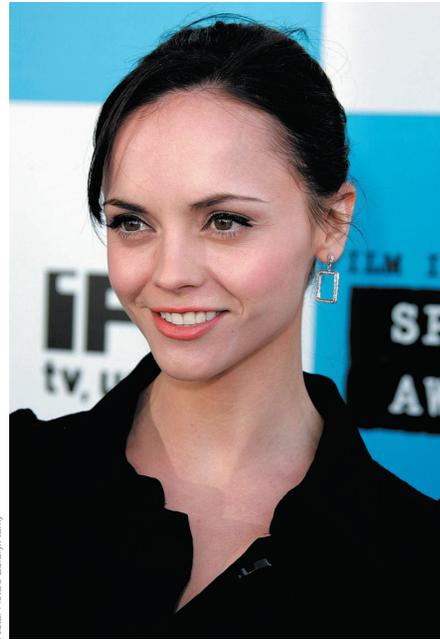
Einflüsse von Geschlecht und Alter. Wie bereits erwähnt, treten Essstörungen bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Einer der Hauptgründe dürfte sein, dass in westlichen Kulturen die Schlankheitsnorm und das Schlankheitsideal mehr für Frauen als für Männer gelten. Das Risiko für Essstörungen ist bei Frauen, die besonders auf ihre Figur und ihr Gewicht achten müssen, also bei Models, Tänzerinnen und Turnerinnen (wie im Fall von Toni) erwartungsgemäß besonders hoch (Garner et al., 1980).

Ein weiterer soziokultureller Faktor, nämlich die Objektifizierung weiblicher Körper, hat sich bislang jeder Veränderung widersetzt. Der Blick auf die Körper von Frauen ist oft ein sexualisierter; Frauen werden nach ihrer äußeren Erscheinung bewertet, während Männer ihrer Leistungen wegen geschätzt werden. Der Objektifizierungstheorie zufolge (Fredrickson & Roberts, 1997) hat das alltägliche Überangebot an Botschaften, (in TV-Sendungen, Werbung etc.) die Frauen in der westlichen Kultur zum Sexualobjekt machen, zur Selbst-Objektifizierung mancher Frauen geführt, was

bedeutet, dass sie den eigenen Körper aus der Perspektive anderer betrachten. Die Forschung hat nachgewiesen, dass Selbst-Objektifizierung Körperscham verursachen kann. Die Scham meldet sich besonders in Situationen, in denen Frauen feststellen, dass ihr Körper dem geltenden kulturellen Ideal oder den kulturellen Normen nicht entspricht. Demnach schämen sich Frauen ihres Körpers, wenn sie der Diskrepanz zwischen ihrem idealen Selbst und dem kulturspezifischen (objektifizierenden) Blick auf Frauen gewahr werden. Belegt ist zudem, dass Selbst-Objektifizierung und Körperscham mit gestörtem Essverhalten assoziiert sind (Fredrickson et al., 1998; McKinley & Hyde, 1996; Noll & Fredrickson, 1998).

Lassen Essstörungen und die Sorgen um die Figur nach, wenn Frauen älter werden? Eine große, auf 20 Jahre angelegte prospektive Studie mit über 600 männlichen und weiblichen Teilnehmenden hat deutliche Unterschiede im Diätverhalten von Männern und Frauen und geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Essstörungen gefunden (Keel et al., 2007). Bei der ersten Erhebung der Diätversuche und Schlankheitskuren, von BMI, Körpergewicht, Körperbild und Symptomen von Essstörungen waren die Probanden Anfang 20, die Nachuntersuchungen wurden 10 und 20 Jahre später durchgeführt, als die Frauen und Männer um die 40 waren. Dabei stellte sich heraus, dass die Frauen weniger Diätversuche unternahmen und sich weniger um ihr Körpergewicht sorgten als vor 20 Jahren, obwohl sie aktuell deutlich mehr wogen. Sie wiesen auch weniger Symptome gestörten Essverhaltens und weniger Risikofaktoren für Essstörungen auf (Unzufriedenheit mit ihrer Figur, häufige Diäten). Die Rollenveränderungen im Leben von Frauen – das Zusammenleben in einer festen Partnerschaft und / oder mit einem Kind – trugen ebenfalls zur Symptomreduzierung bei. Männer um die 40 dagegen sorgten sich mehr um ihr Gewicht und unternahmen mehr Diätversuche als früher. Auch sie wogen inzwischen mehr als in ihrer Studienzeit. Bei Männern waren höhere Zufriedenheit mit der eigenen Figur und weniger Diätversuche wie bei Frauen mit weniger Symptomen gestörten Essverhaltens verbunden.

Kulturübergreifende Studien. Essstörungen allgemein sind in vielen Ländern dokumentiert, einzelne Störungen sind aber wohl kulturspezifisch. Anorexie beispielsweise tritt in vielen verschiedenen Kulturen und Ländern auf, in den USA ebenso wie in Hongkong, China, Taiwan, England, Korea, Japan, Dänemark, Nigeria,



Alastair Picture Library/Getty

Abbildung 12.8 Prominente Frauen wie Christina Ricci haben ihren Kampf mit der Essstörung öffentlich gemacht

Südafrika, Zimbabwe, Äthiopien, Iran, Malaysia, Indien, Pakistan, Australien, den Niederlanden, Deutschland und Ägypten (Keel & Klump, 2003). Selbst in Ländern, in denen westliche Einflüsse fast völlig fehlen, sind Anorexie-Fälle beschrieben worden. Dabei ist zu beachten, dass Anorexie nicht in allen Kulturen mit großer Angst vor Gewichtszunahme oder vor dem Dicksein verbunden ist. Diese Ängste sind wohl eine Folge des in westlichen und verwestlichten Kulturen vorherrschenden Schönheitsideals. Lee (1991) beispielsweise beschrieb eine der Anorexia nervosa ähnliche, in Hongkong vorkommende Störung. Zu den Symptomen zählen starke Abmagerung, Verweigerung der Nahrungsaufnahme und Amenorrhoe, während die Angst vor Gewichtszunahme fehlt. Handelt es sich dabei nun um eine kulturelle Variante der Anorexie oder um eine andere Störung, etwa um eine Depression? Das ist nur eine der schwierigen Fragen, mit denen sich kulturübergreifende Studien beschäftigen müssen (Lee et al., 2001). In manchen Kulturen werden füllige Frauen sehr geschätzt, weil sie als besonders fruchtbar und gesund gelten (Nasser, 1988). Die Unterschiede zwischen den Kulturen und die verschiedenen klinischen Merkmale der Anorexie verdeutlichen, wie stark eine realistische

bzw. verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers von der jeweiligen Kultur abhängig ist. Dennoch gibt es Hinweise, dass sich die kulturellen Unterschiede, was Essstörungen anbelangt, langsam verwischen. Eine auf 20 Jahre angelegte Untersuchung von Essstörungen in Hongkong ergab, dass sich westliche Einflüsse sowohl auf die Prävalenz wie auf die Präsentation von Essstörungen auswirken (Lee et al., 2010). Erstens hatte sich die Prävalenz von Anorexie und Bulimie zwischen 1987 und 2007 verdoppelt, zweitens waren 2007 ein Viertel mehr Frauen mit ihrem Körper unzufrieden oder hatten mehr Angst vor Gewichtszunahme als 1987: Die Essstörungen haben sich offenbar in relativ kurzer Zeit dem westlichen Muster angepasst.

Ein weiteres Kennzeichen von Essstörungen, das stark von westlichen Schönheits- und Schlankkeitsidealen beeinflusst wird, ist das Körperbild. Die These der kulturbedingt unterschiedlichen Wahrnehmungen wird von einer Studie gestützt, für die ugandische und britische Studenten aufgefordert wurden, anhand von Zeichnungen die Attraktivität sehr magerer bis sehr fettleibiger nackter Frauen zu bewerten (Furnham & Baguma, 1994). Auf die ugandischen Studenten wirkten die dickeren Frauen attraktiver als auf die britischen.

Bulimia nervosa ist in Industrienationen wie den USA, Kanada, Japan, Australien und in europäischen Ländern offensichtlich weiter verbreitet als in nicht-industrialisierten Gesellschaften. Doch mit den sozialen Umbrüchen, die mit der Übernahme westlicher Lebensweisen einhergehen, scheint auch die Inzidenz der Bulimie zu steigen (Abou-Saleh et al., 1998; Lee et al., 2010; Nasser, 1997). Bei einer 2003 durchgeführten groß angelegten Überprüfung der Forschungsarbeiten über den Zusammenhang zwischen Essstörungen und Kultur wurde außerhalb westlicher und verwestlichter Kulturkreise keine Bulimie festgestellt (Keel & Klump, 2003). Bleibt abzuwarten, ob sich das im kommenden Jahrzehnt ändert.

Ethnische Unterschiede. Problematisches Essverhalten und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sind unter weißen Frauen offenbar etwas stärker verbreitet als unter schwarzen (Grabe & Hyde, 2006; Perez & Joiner, 2003), wobei die Unterschiede bei echten Essstörungen, insbesondere bei Bulimie, wohl unbedeutend sind (Wildes et al., 2001). Unter Studentinnen sind die Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Frauen am stärksten, während bei Schülerinnen und in außerklinischen Stichproben geringere Unterschiede

gefunden wurden (Wildes et al., 2001). Einer US-amerikanischen Metaanalyse zufolge gibt es, was die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper betrifft, mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen (Grabe & Hyde, 2006). Mehr weiße und hispanische als schwarze Frauen gaben an, mit ihrem Körper unzufrieden zu sein, weitere ethnische Unterschiede konnten jedoch nicht nachgewiesen werden.

Eine weitere wichtige Variable ist die Akkulturation, also die Frage, inwieweit eine Person ihre kulturelle Prägung der neuen Kultur anpasst. Dieser Vorgang kann recht anstrengend sein. Wie aus einer aktuellen Studie hervorgeht, ist der Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Bulimiesymptomen bei schwarzen und hispanischen Studentinnen, die unter hohem Akkulturationsdruck stehen, stärker ausgeprägt, als bei Studentinnen mit geringerem akkulturationsbedingtem Stress (Perez et al., 2002).

Der sozioökonomische Status muss ebenfalls berücksichtigt werden (Caldwell et al., 1997; French et al., 1997). Mittlerweile beschäftigen sich Menschen aller sozialer Schichten mit Schlankheit und Diäten und hat sich die Prävalenz von Essstörungen angeglichen (z. B. Story et al., 1995; Striegel-Moore et al., 2000).

12.2.5 Weitere ätiologische Faktoren

Persönlichkeit und Essstörungen. Dass Essstörungen neurobiologische Veränderungen auslösen, ist bereits bekannt. Zu bedenken ist aber auch, dass eine Essstörung die Persönlichkeit verändern kann. Eine Untersuchung an stark abgemagerten Männern ergab, dass sich die Persönlichkeit dieser essgestörten Männer, insbesondere der anorektischen, durch den Gewichtsverlust verändert hatte (Key et al., 1950). Die Versuchsteilnehmer erhielten sechs Wochen lang täglich zwei Mahlzeiten mit insgesamt 1.500 Kalorien, womit die Essensrationen in einem Gefangenenlager simuliert werden sollten. Sie verloren dabei durchschnittlich 25 % ihres Körpergewichts, beschäftigten sich bald vorwiegend mit dem Thema Nahrung und klagten über große Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, fehlendes sexuelles Interesse, Gereiztheit, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen. Vier von ihnen wurden depressiv, einer entwickelte eine bipolare Störung. Diese Untersuchung verdeutlicht, wie stark sich die drastische Einschränkung der Nahrungszufuhr auf Persönlichkeit und Verhalten auswirken kann. Bei der Einschätzung der Persönlichkeit von Menschen mit



Abbildung 12.9 Eine Ende der 1940er-Jahre durchgeführte Studie an Kriegsdienstverweigerern ergab, dass extreme Einschränkung der Nahrungsaufnahme erhebliche negative Auswirkungen auf die Persönlichkeit und das Verhalten hat

Anorexie und Bulimie sollte diese Tatsache berücksichtigt werden.

In einigen Studien wurden – teilweise als Reaktion auf die genannten Feststellungen – retrospektive Berichte über die Persönlichkeit von Kranken, bevor diese eine Essstörung entwickelten, gesammelt. Darin werden Menschen mit Anorexie als perfektionistisch, schüchtern und nachgiebig beschrieben. Bei Menschen mit Bulimie kamen histrionische Merkmale, affektive Labilität und ein kontaktfreudiges Wesen hinzu (Vitousek & Manke, 1994). Dabei darf man jedoch nicht vergessen, dass retrospektive Berichte, in denen sich die erkrankte Person und ihre Familie in Erinnerung rufen, wie der essgestörte Mensch vor Beginn der Störung war, durch das Wissen um seine aktuellen Probleme fehlerhaft und verzerrt sein können.

Die Verbindung zwischen Perfektionismus und Anorexie ist in mehreren Untersuchungen eingehender erforscht worden (Tyrka et al., 2002). Perfektionismus ist eine mehrdimensionale Eigenschaft, die sich auf die eigene Person (hohe Ansprüche an sich selbst), auf andere Menschen (hohe Ansprüche *an* andere) oder auf die Gesellschaft (man versucht, den *von* anderen auferlegten hohen Ansprüchen zu genügen) beziehen kann. Eine aktuelle Auswertung zahlreicher Studien kam zu dem Ergebnis, dass Mädchen mit Anorexie in jeder Hinsicht perfektionistischer waren als die Kontrollgruppe und selbst nach erfolgreicher Anorexiebe-

handlung perfektionistisch bleiben (Bardone-Cone et al., 2007). In einer multinationalen Studie stellten anorektische Personen höhere Ansprüche an sich selbst und an andere als gesunde Personen (Halmi et al., 2007). Schließlich erreichten auch die Mütter anorektischer Mädchen höhere Werte auf der Perfektionismusskala als die Mütter der Kontrollgruppe (Woodside et al., 2002). Diese interessante Feststellung muss zwar noch repliziert werden, legt aber den Gedanken nahe, dass nicht die Anorexie an sich vererbt wird, sondern der Perfektionismus, ein Persönlichkeitsmerkmal, das die Vulnerabilität für Anorexie erhöht.

Familienmerkmale. Untersuchungen der Familienmerkmale von Personen mit Essstörungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, die teilweise auf die unterschiedlichen Methoden der Datenerhebung und die verschiedenen Informationsquellen zurückzuführen sind. So berichten Personen mit Essstörungen in aller Regel über starke Konflikte in der Familie (z. B. Buli et al., 2000; Hodge et al., 1998), während die Berichte ihrer Eltern nicht unbedingt auf große Probleme in der Familie hinweisen.

Wer die Bedeutung des Familienlebens besser verstehen will, muss die Familie direkt beobachten, anstatt sich nur auf Selbstauskünfte zu stützen. Zwar ist es wichtig zu wissen, wie ein jungliches Familienmitglied die eigene Familie wahrnimmt, ebenso wichtig ist aber auch, zu ermitteln, wie viele Konflikte gefühlt wahrgenommen und wie viele tatsächlich zu beobachten sind. In einer der wenigen bislang durchgeführten Beobachtungsstudien schienen sich die Eltern von Kindern mit Essstörungen nicht sehr von einer Kontrollgruppe zu unterscheiden; die Anzahl der positiven und negativen Botschaften an ihre Kinder war gleich hoch. Den Eltern essgestörter Kindern fehlte es allerdings an bestimmten Kommunikationsfertigkeiten, etwa an der Fähigkeit, bei ungenauen Angaben um Klärung zu bitten (van den Brouck et al., 1995). Beobachtungsstudien wie diese könnten zusammen mit Angaben über subjektiv wahrgenommene Familienmerkmale klären, ob Essstörungen von tatsächlichen oder wahrgenommenen Familienmerkmalen begünstigt werden.

Kindesmissbrauch und Essstörungen. Einigen Untersuchungen zufolge berichten Personen mit Essstörungen, vor allem mit Bulimie, überdurchschnittlich oft über sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit (Deep et al., 1999; Webster & Palmer, 2000). Obwohl Erinnerungen an Missbrauch auch erst während der Therapie

entstehen können, fällt auf, dass hohe Missbrauchsrate sowohl bei Personen mit Essstörungen festgestellt wurden, die nicht in Therapie waren, als auch bei denjenigen, die therapiert wurden (Romans et al., 2001; Wonderlich et al., 1996, 2001). Dennoch bleibt unklar, ob sexueller Missbrauch als Ursache von Essstörungen

infrage kommt. Darüber hinaus ist sexueller Missbrauch in der Kindheit bei vielen psychischen Störungen ein Faktor, der, wenn er tatsächlich eine Rolle spielt, nicht speziell für Essstörungen gilt (Fairburn et al., 1999; Romans et al., 2001).

Kurz zusammengefasst

Bei Essstörungen spielen soziokulturelle Faktoren, wie das herrschende Schlankheitsideal, eine entscheidende Rolle. Der Druck, schlank zu sein, geht mit Diätversuchen und Abmagerungskuren einher, die wiederum die Entwicklung von Essstörungen begünstigen. Die Beschäftigung mit Schlankheit, aber auch die medialen Darstellungen dünner Frauen erhöhen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und damit die Gefahr, eine Essstörung zu entwickeln. Das mit Übergewicht verbundene Stigma kann ebenfalls zu gestörtem Essverhalten beitragen. Anorexie kommt praktisch in allen Kulturen vor, während Bulimie überwiegend in Industrieländern und westlich orientierten Kulturen auftritt. In der Vergangenheit hatten Frauen der oberen sozioökonomischen Schichten die höchste Rate an Essstörungen, heute gibt es kaum noch Unterschiede zu anderen Bevölkerungsgruppen.

Auch Persönlichkeitsmerkmale wie Perfektionismus sind im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit Essstörungen untersucht worden. Zu den anderen Persönlichkeitsmerkmalen, die im Laufe von drei Jahren eine Essstörung vorhersagen, gehören Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, das Ausmaß der Fähigkeit, verschiedene biologische Zustände des eigenen Körpers zu unterscheiden und die Neigung zu negativen Emotionen. Relativ viele essgestörte Menschen berichten von Familienkonflikten, wobei unklar ist, ob solche Konflikte die Folge und oder die Ursache der Essstörung sind. Bei Menschen mit Essstörungen wurden hohe Raten von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung festgestellt, die aber keine spezifischen Risikofaktoren für Essstörungen sind.

Schnell getestet 12.2

Richtig oder falsch?

- (1) Der Hypothalamus ist an der Ätiologie von Essstörungen beteiligt.
- (2) Die Rolle von Dopamin bei Essstörungen ist ebenfalls erforscht worden.
- (3) Prospektive Studien über die Verbindung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Essstörungen zeigen, dass die Neigung zu negativen Emotionen gestörtes Essverhalten vorhersagt.
- (4) Anorexie kommt offenbar nur im westlichen Kulturkreis vor, Bulimie dagegen weltweit; sie ist demnach nicht kulturspezifisch.
- (5) Aus kognitiv-behavioraler Sicht hat Bulimie damit zu tun, dass Frauen ihr Selbstwertgefühl von ihrem Gewicht und ihrer Figur abhängig machen.
- (6) Kindesmissbrauch ist ein für Essstörungen spezifischer ätiologischer Faktor.

12.3 Therapie der Essstörungen

An Anorexie erkrankte Personen müssen häufig stationär behandelt werden, damit ihre Nahrungsaufnahme allmählich gesteigert und sorgfältig überwacht werden kann. Bei Luise beispielsweise war eine Hospitalisierung angezeigt. Mitunter ist der Gewichtsverlust so lebensbedrohlich, dass die Patientinnen künstlich ernährt werden müssen. Die medizinischen Komplikationen der Anorexie, etwa der gestörte Elektrolythaushalt, sind ebenfalls behandlungsbedürftig. Sowohl Anorexie als auch Bulimie können medikamentös und psychologisch behandelt werden.

12.3.1 Medikamentöse Behandlungen

Da Bulimia nervosa oft mit einer Depression einhergeht, wird sie mit verschiedenen Antidepressiva behandelt. Die meisten Studien, darunter auch eine randomisiert-kontrollierte Doppelblindstudie mit einer Place-

bo-Kontrollgruppe, bestätigen die Wirksamkeit einer Reihe von Antidepressiva bei der Reduzierung von Purging und Binge-Eating, selbst bei Betroffenen, die auf eine vorhergehende psychologische Behandlung nicht angesprochen haben (Walsh et al., 2000; Wilson & Fairburn, 1998; Wilson & Pike, 2001).

Leider brechen viele Bulimiekranken die medikamentöse Behandlung ab (Fairburn et al., 1992). Dagegen lag laut einer Studie die Drop-out-Rate von Patientinnen, die kognitiv-verhaltenstherapiert wurden, unter 5 % (Agras et al., 1992). Dazu kommt, dass die meisten Betroffenen einen Rückfall erleiden, wenn die verschiedenen Antidepressiva abgesetzt werden (Wilson & Pike, 2001), was auch beim Absetzen anderer Psychopharmaka oft der Fall ist. Es gibt allerdings einige Belege dafür, dass die Rückfallgefahr sinkt, wenn die Antidepressiva in Verbindung mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie verordnet werden (Agras et al., 1994).

Auch die Anorexia nervosa wurde medikamentös behandelt, leider ohne großen Erfolg. Bislang hat kein Medikament eine nennenswerte Gewichtszunahme bewirkt oder die Kernmerkmale der Anorexie verändert (Attia et al., 1998; Johnson et al., 1996).

Über die medikamentöse Behandlung der Binge-Eating-Störung ist bislang wenig bekannt. Antidepressiva sind offenbar kaum geeignet, die Essanfälle zu reduzieren oder den Gewichtsverlust zu stoppen (Grilo, 2007). Neuere Versuche mit Appetitzüglern haben sich bei Essanfällen als moderat wirksam erwiesen, allerdings sind weitere klinische Studien erforderlich. In einem randomisiert-kontrollierten Versuch wurde das Antidepressivum Fluoxetin mit KVT plus einem Placebo und KVT plus Fluoxetin verglichen und festgestellt, dass KVT plus Placebo Essanfälle wirksamer reduzierte als die beiden Behandlungen mit Fluoxetin, was auch die Nachuntersuchung nach einem Jahr bestätigt hat (Grilo et al., 2012).

12.3.2 Psychotherapie der Anorexia nervosa

Über psychologische Behandlungsmöglichkeiten der Anorexia nervosa liegen nur wenige kontrollierte Untersuchungen vor.

Die Therapie der Anorexie ist grundsätzlich ein zweistufiger Prozess. Zuerst muss der lebensbedrohlich anorektischen Person bei der Gewichtszunahme geholfen werden, um medizinische Komplikationen und die Todesgefahr abzuwenden. Oft sind die Betroffenen so geschwächt und ihre physiologischen Funktionen der-

art gestört, dass eine stationäre Behandlung unabdingbar ist (auch um sicherzustellen, dass sie etwas Nahrung zu sich nehmen). Mit verhaltenstherapeutischen Programmen, d. h. mit operanter Konditionierung wurden gewisse Erfolge erzielt, indem man der Person für jede Gewichtszunahme Verstärker in Aussicht stellte (Hsu, 1990). Wenn dieses erste Behandlungsziel erreicht ist, rückt das zweite in den Vordergrund: die langfristige Beibehaltung des erreichten Körpergewichts – ein nach wie vor schwieriges Unterfangen.

Kognitive Verhaltenstherapie. Zur psychologischen Behandlung der Anorexie ist auch die KVT geeignet. Im Rahmen einer Studie wurde die stationäre Behandlung mit KVT kombiniert, worauf sich viele Symptome bis zu einem Jahr nach Abschluss der Behandlung anhaltend besserten (Bowers & Ansher, 2008). Anderen Untersuchungen zufolge ist eine KVT im Anschluss an den Klinikaufenthalt eine gute Möglichkeit, das Rückfallrisiko zu senken (Pike et al., 2003). In einer aktuellen randomisiert-kontrollierten klinischen Studie wurde die KVT mit unterstützender Psychotherapie plus aufklärenden Informationen über Anorexie verglichen. Dabei zeigte sich, dass beide Interventionen gleichermaßen geeignet waren, die Anorexiesymptome der Patientinnen zu reduzieren und ihre Depression zu lindern (Touyx et al., 2013). Obwohl die BMIs der Frauen nach Abschluss der Behandlung gestiegen und der Anstieg ein Jahr danach noch nachweisbar war, verharrten die durchschnittlichen BMIs der Frauen in beiden Behandlungsgruppen im moderat pathologischen Bereich (s. Tab. 12.1). Man hat auch versucht herauszufinden, welche Gruppe von der KVT am meisten profitiert und festgestellt, dass sie bei älteren Frauen mit schwereren Symptomen die besten Ergebnisse erzielt (Le Grange et al., 2014). Eine andere in Deutschland durchgeführte randomisiert-kontrollierte klinische Studie verglich die KVT mit psychodynamischen Therapien und mit einer »optimierten Standardtherapie«, zu der intensive Unterstützung und Überweisungen an Psychotherapeuten gehörten (Zipfel et al., 2014). Mit allen drei Behandlungsformen konnte der BMI erhöht werden, wenn auch nur geringfügig: Zehn Monate nach Abschluss der Behandlung hatte sich der BMI nur um etwa 0,7 Punkte erhöht, ein Jahr danach um weitere 0,4 Punkte.

Familientherapie. Auch Familientherapie ist eine Form der psychologischen Anorexiebehandlung, weil man davon ausgeht, dass auch den Interaktionen der Fami-

lienmitglieder eine therapeutische Rolle zukommt. Eine in England entwickelte Familientherapie konzentrierte sich auf die Unterstützung der Eltern, die ihren anorektischen Töchtern zu einem normalen Körpergewicht verhelfen wollten, und auf die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveau der Familie im Kontext der Pubertät des erkrankten Mädchens (Lock & Le Grange, 2001; Lock et al., 2001; Loeb et al., 2007). Eine randomisiert-kontrollierte Studie verglich die Familientherapie mit einer Einzeltherapie und hat gezeigt, dass beide nach 24 Behandlungssitzungen gleich wirksam waren. Ein Jahr nach einer Familientherapie erreichten allerdings mehr Mädchen (49 %) eine Vollremission als Mädchen, die eine Einzeltherapie absolviert hatten (23 %; Lock et al., 2011). Ferner wurde nachgewiesen, dass Mädchen mit Anorexie, die bis zur vierten familientherapeutischen Sitzung Gewicht zugenommen hatten, bei Abschluss der Behandlung eher vollkommen geheilt waren (Doyle et al., 2010). Frühe Gewichtszunahme ist demnach ein wichtiger Prädiktor für ein gutes Therapieergebnis. Diese Erkenntnisse sind zwar hilfreich, dennoch muss für eine Verbesserung der Anorexiebehandlung noch viel getan werden.

12.3.3 Psychotherapie der Bulimia nervosa

Kognitive Verhaltenstherapie. Derzeit ist die Kognitive Verhaltenstherapie die am besten untersuchte Standardbehandlung für Bulimie (Fairburn, 1985; Fairburn et al., 1993, 2009). Diese Therapie strebt an, dass die Betroffenen gesellschaftliche Normen für körperliche Attraktivität in Frage stellen und ihre Überzeugungen identifizieren, weshalb sie hungern, um nicht übergewichtig zu werden. Ein weiterer Therapieschritt ist, diese dysfunktionalen Überzeugungen dann zu hinterfragen und zu verändern. Die Betroffenen sollen verstehen, dass (a) auch ohne strenge Diät ein normales Körpergewicht gehalten werden kann und (b) unrealistische Einschränkungen der Nahrungsaufnahme zu Heißhunger und Essanfälle führen. Einmal eine hochkalorische Mahlzeit (z. B. eine Portion Eis oder eine Pizza) zu essen, bedeutet nicht gleich, versagt zu haben und dick zu werden. Wichtig ist für die Patientinnen zu erfahren, dass es möglich ist, zwischendurch eine Kleinigkeit zu essen ohne einen Essanfall auszulösen. Erbrechen oder die Einnahme von Abführmitteln letztlich dem Selbstwertgefühl schadet und zu einer Depression führen kann. Eine Änderung dieses Alles-oder-Nichts-Denkens kann Betroffenen

helfen, nach und nach gemäßiger zu essen. Ferner wird eingeübt, sich selbstsicherer zu verhalten und zu bewerten. Damit lernen sie mit unangemessenen Anforderungen besser umzugehen und zufriedenstellendere Beziehungen zu gestalten.

Das grundlegende Behandlungsziel besteht darin, der an Bulimia nervosa erkrankten Person ein normales Essverhalten beizubringen. Sie soll lernen, täglich drei Mahlzeiten und auch dazwischen eine Kleinigkeit zu essen, ohne dabei in ihr Ess-/Brech-Muster zurückzufallen. Regelmäßige Mahlzeiten halten den Hunger in Grenzen und – so die Hoffnung – auch den Drang, riesige Portionen zu verzehren, deren Wirkung, nämlich die Gewichtszunahme, dann durch gegensteuernde Maßnahmen verhindert wird. Damit die essgestörte Person wieder zu einer gesünderen Einstellung findet und ein realistischeres Selbstbild entwickelt, versucht die Kognitive Verhaltenstherapie behutsam, jedoch mit Nachdruck, sie von ihren extremen Überzeugungen abzubringen, wie: »Niemand wird mich respektieren, wenn ich ein paar Kilo zunehme«, oder: »Jan liebt mich nur, weil ich 50 Kilo wiege, als auf 55 Kilo aufgegangene Dampfnudel würde er mich sicher zurückweisen.« Unrealistische Anforderungen und andere kognitive Verzerrungen werden ständig hinterfragt, z. B. die Überzeugung, der Verzehr eines kalorienreichen Müsliriegels bedeute, eine Versagerin zu sein und man sei auf ewig verdammt, eine Versagerin zu bleiben. Therapeutin und Klientin ermitteln zusammen Ereignisse, Gedanken und Gefühle, die einen Essanfall triggern und suchen dann nach adaptiveren Möglichkeiten des Umgangs mit solchen Situationen.

Im Fall von Toni stellte sich in der Therapie heraus, dass die Essanfälle meist dann auftraten, wenn ihr Trainer sie kritisiert hatte. Daraufhin wurden folgende therapeutische Maßnahmen ergriffen:

- ▶ Sie wurde angehalten, sich gegen ungerechtfertigte Kritik zu wehren.
- ▶ Sie wurde ermuntert, gesellschaftliche Normen hinsichtlich des Idealgewichts und den auf Frauen ausgeübten Druck, dem Schlankeitsideal zu entsprechen, in Frage zu stellen (eine Desensibilisierung gegen die Bewertung ihrer Person von außen) – was mit Sicherheit nicht leicht ist!
- ▶ Sie erfuhr, dass es keine Katastrophe ist, einen Fehler zu machen und, auch wenn die Kritik ihres Trainers berechtigt ist, niemand perfekt sein muss.