

16 Essstörungen

Christoph Klotter

16.1 Der historische Rahmen

Das Thema Essen/Esstörungen und Körpermodifikation verleitet zu der Annahme, dass Menschen mittels eines bestimmten Kostregimes und eines bestimmten Lebensstils aus freien Stücken ihren Körper modifizieren. Doch dies ist, wenn überhaupt, eher eine Hypothese, die der heutigen Zeit geschuldet ist. Historisch in der Menschheitsgeschichte ist es zunächst die Natur, die quasi je nach Gutdünken einen Überfluss an Lebensmitteln produziert oder umgekehrt Mangel bis zur Hungersnot. Es ist die Willkür und sozusagen primäre Grausamkeit der Natur, der der Mensch ausgesetzt war und in der sogenannten Dritten Welt noch immer ist, die ihn ein Jahr wohlbeleibt und das nächste kachektisch werden lässt, wenn er nicht bereits an Hunger gestorben ist. Es ist zuerst die Natur, die Körper modifiziert. Daher ist der Wunsch, der Natur nicht einfach ausgesetzt zu sein, und damit die Idee der Naturbeherrschung eines der zentralen Anliegen in der Menschheitsgeschichte. Wie der Mensch nicht mehr Beute oder Opfer wilder Tiere sein wollte, so suchte er es zu vermeiden, ein bloßer Spielball der Naturgewalten zu sein – nämlich mittels Landwirtschaft und Viehzucht.

In der griechischen Antike bildete sich wie in vielen anderen Kulturen die Idee heraus, nicht nur die äußere Natur beherrschen zu wollen, sondern auch die innere – der Beginn einer bestimmten Form der Körpermodifikation. Die innere

Natur galt als so übermächtig, dass sich der Mensch eben genau darüber definieren sollte, diese zu bändigen – in der entscheidenden und fundamentalen Abgrenzung zum Tier. Eines der zentralen Themen der antiken Philosophien war deshalb die Idee der Mäßigung oder des rechten Maßes. Das Christentum übernahm aus der Frühantike diese Idee und transformierte sie in den Sündenbegriff. Das Fleisch galt von nun an als böse und teuflisch und musste im Zaume gehalten werden, mit dem Effekt der Mäßigung. In diesem Sinne war und ist Körpermodifikation keine individuelle Wahl, sondern kulturell vorgegeben, wenn nicht verordnet oder aufgezwungen. Schauplätze der diesbezüglichen kulturellen Verordnungen waren und sind die Sexualität und das Essen (Klotter 1990).

Parallele, überlagerte und miteinander verschränkte Entwicklungen in der Neuzeit und der Moderne verschärfen die kulturell verordnete Körpermodifikation. Der Prozess der Zivilisation (Elias 1978) führt zu einer quasi automatisch umgesetzten Affektkontrolle, die auch die Essimpulse betreffen. Die Disziplinargesellschaft (Foucault 1977) produziert einen massiv kontrollierten und geübten Körper für die Bewegungsabläufe im Massenheer, in der Fabrik und im Straßenverkehr. Schlankheit ist das Symbol des disziplinierten Körpers wie auch der Affektkontrolle. Die protestantische Ethik (Weber 1993) radikalisiert diese Entwicklungen: Jeglicher Tribut an das Diesseits und seine möglichen Gelüste, sei es zu viel schlafen, plaudern, ausruhen oder zu viel essen, gilt als verdammenswert.

Unsere Kultur betreibt also kollektiv Körpermodifikation, der sich der Einzelne kaum entziehen kann. Körpermodifikation ist Teil „des stahlharten Gehäuses der Moderne“ (Weber 1993). Die modernen Essstörungen antworten gleichsam auf die genannten historischen Entwicklungen. Übergewicht und Adipositas (auch wenn diese primär nicht psychogen sind) lassen sich entweder als Unfähigkeit verstehen, den Anforderungen der Moderne gerecht zu werden, oder sie lassen sich lesen als Protest gegen das stahlharte Gehäuse, als Fluchtlinien aus demselben. Anorexia nervosa wäre eine gelinde Übertreibung der Umsetzung der strengen Gebote der Moderne, Bulimia nervosa eine elegante Form, nach außen Selbstkontrolle und Disziplin zu demonstrieren, und die Essdurchbrüche hinter die Kulissen zu verlegen. Orthorexia nervosa, eine neue Zwangsstörung, die darin besteht, sich zwanghaft gesundheitsbewusst zu ernähren, wäre so eine Karikatur und idealtypische Überspitzung der Legion an Ernährungsempfehlungen, denen wir ausgesetzt sind.

16.2 Mythos Autonomie – Motive der Betroffenen

Essstörungen wie Anorexia und Orthorexia nervosa als Körpermodifikation sind Teil und Ausdruck des Wunsches nach Beherrschung der inneren Natur, sie indizieren den Sieg über die Natur, in der traditionellen Sprache: den Triumph des Geistes über den Körper. Alltagssprachlich wird dazu gesagt, den inneren Schweinehund zu überwinden.

Umgekehrt werden Adipositas und Übergewicht als Sieg des Schweinehunds begriffen. Was tun wir, um ihn, den inneren Schweinehund, dann doch noch nieder zu zwingen? Wir diäten wider besseres Wissen, weil bekanntermaßen weltweit von allen empirischen Daten belegt wird, dass Diäten wenig erfolgreich sind, vor Allem, wenn sie ohne professionelle Betreuung durchgeführt werden (Klotter 2007). Das jedoch will niemand wissen. Wir wollen glauben, dass eine Diät eine gute Sache ist. Schließlich folgen wir dem modernen Mythos der Machbarkeit: Wir haben alles unter Kontrolle und können das erreichen, was wir wollen (Horkheimer u. Adorno 1997).

Bei einer Diät handelt es sich also um etwas kulturell positiv Bewertetes. Eine Diät ist erstrebenswert, weil wir bei ihrer Durchführung beweisen, dass wir die Tugenden unserer Gesellschaft umsetzen wollen: Selbstkontrolle, Disziplin, Mäßigung, dass wir uns als entsprechend den theoretischen Modellen von Elias, Foucault und Weber (s.o.) verhalten (wollen). Und selbst wenn wir bei der Diät scheitern, das ist der Regelfall, haben wir gezeigt, dass wir die Tugenden unserer Kultur akzeptieren. Wir sind gleichsam im Krieg gefallen. Und wenn wir scheitern, dann geben wir uns selbst die Schuld.

Körpermodifikation durch Essstörungen oder versuchten Diäten, die ein idealer Türöffner für Essstörungen darstellen (Klotter 2007), frönen dem Mythos der Machbarkeit der Moderne, aber auch dem Mythos der Autonomie des Individuums, das durch seinen Verstand sich und die Welt planen und beherrschen kann. Dass Adipositas wesentlich genetisch und durch soziale Faktoren bedingt ist und nicht durch das alltagssprachliche Konstrukt des inneren Schweinehunds, kann damit erfolgreich weggeschoben werden (Klotter 2007). Körpermodifikation folgt so der partiellen Illusion des autonomen Verstandes.

Existenziell ist diese Illusion, weil der Tod vermeintlich in die Schranken verwiesen ist. Der Tod entzieht sich der Kontrolle des Verstandes, er ist die schiefe Provokation für ihn. Körpermodifikationen wie Anorexia nervosa oder Diäten signalisieren, dass der Körper beherrschbar ist, auf der unbewussten Ebene damit auch der Tod. Körpermodifikationen sind so Ausdruck unbewusster Allmachtsphantasien: die angenommene Fähigkeit, dem Tod die Stirn bieten zu können.

Wenn dann doch auch irgendwie anerkannt werden muss, dass der Tod existiert, dann ist es möglich, durch Körpermodifikationen wie Anorexia nervosa den Tod selbst herbeizuführen, damit Herr über das eigene Leben und den eigenen Tod zu sein.

16.3 Rückzug auf den eigenen Körper

Es ist nicht auszuschließen, dass Körpermodifikationen dann an Bedeutung gewinnen, wenn anderweitige Modifikationen nicht vertrauenswürdig erscheinen, zum Beispiel politische, also politisches Engagement. Im bürger-

lichen Zeitalter wird das öffentliche Leben als nicht echt begriffen, als mieses Schauspiel, weswegen Politiker kollektiv verachtet werden dürfen. Authentisch sei der Bürger nur in seinen eigenen vier Wänden, da ist und zeigt er sich so, wie er wirklich ist (Ariès u. Duby 1991). Der Rückzug ins Private weist den Weg zur Modifikation des eigenen Körpers. Nur noch er ist zu gestalten, weil die öffentliche Sphäre weggefallen ist.

Auch den großen politischen Ideen wird misstraut. Mit dem brachialen Scheitern der großen politischen Utopien wie Kommunismus oder Nationalsozialismus wird die Abkehr aus dem politischen Leben verstärkt (Klotter u. Beckenbach 2012). Wenn dann noch Glaubenssysteme wie das Christentum an Einfluss verlieren, dann bietet sich der Körper als Sphäre der Identitätsbildung und Rückversicherung deutlicher an. Mit Körpermodifikationen wird an der eigenen Identität gebastelt.

Eine *perverse* Note kommt hierbei mit rein, weil mit der Körpermodifikation der Verlust der Öffentlichkeit damit so unausweichlich demonstriert wird. Der eigene Körper wird nur noch zur Schau gestellt, sei es dem Sexualpartner, sei es einer Öffentlichkeit auf der Straße. Mit der Exhibition ist damit das Thema Öffentlichkeit erschöpft. Der Körper ist nicht mehr länger Teil des politisch aktiven Bürgers.

Anstelle eines Banners, eines Flugblattes, anstelle des Gestaltens des öffentlichen Lebens, des Eingreifens in das politische Leben wird die Modifikation des eigenen Körpers zum *unus mundus*. Wenn im Sinne Leclaires (1971) eine erogene Zone durch Einschreibungen am Körper entsteht, dann stellt sich das Zurückfallen auf den eigenen Körper und die Reduzierung von Welt auf Selbst-einschreibungen am eigenen Körper als dramatische autoerotische Selbstbeschränkung dar. Durch die autoerotische Lust wird der Verfall von Welt verleugnet. Leclaire ist in keiner Weise Feind der Einschreibungen, aber er sieht den Fall nicht vor, dass sich Welt quasi auf den eigenen Körper beschränkt:

„[...] sondern vielmehr daran denken, wie zart und ‚unschuldig‘ der mütterliche Finger mit der feinen Vertiefung seitlich am Hals des Babys spielt und wie dabei dessen Gesichtchen sich aufhellt. Durch seine Liebkosung lässt der Finger in dem Grübchen einen Abdruck, ein Zeichen zurück, tut einen Abgrund von Lust auf und schreibt einen Buchstaben, eine Letter ein, der die unfassbare Unmittelbarkeit der Erleuchtung festzuhalten scheint. In der kleinen Vertiefung am Hals ist eine erogene Zone aufgetan, eine Unterschiedenheit, eine Differenzierung fixiert, die durch nichts mehr auszulöschen ist [...]“ (Leclaire 1971, S. 65f)

Viele Formen von Körpermodifikationen, so auch Essstörungen, bescheiden sich mit selbst induzierten Einschreibungen am Körper – eine moderne Form der Demut. Der öffentliche Auftritt ist nicht der eines Akteurs sondern eines Models, das die eigenen Modifikationen zur Schau stellt. Aus einem haltgebenden und identitätsbewahrenden Rahmen der Öffentlichkeit einer Gesellschaft mit entsprechenden Grenzen und Überschreitungen wird ein Bilder-

rahmen – reine Repräsentation, jedoch anders als im Barock nicht Repräsentation von Gott auf Erden sondern von intendierten individuellen Zeichensystemen, die identisch sind mit den Körpermodifikationen und auf ein Dahinter als Sinn verweisen, jedoch ähnlich wie im Barock den horror vacui vergeblich zu verdrängen versuchen (Bauer 1992).

16.4 Häufigkeit und Anstieg der Essstörungen

Essstörungen sind gleichsam integraler Bestandteil unserer Gesellschaft, und damit sind die westlichen Industrienationen gemeint, in denen das Diäten zu einem Volkssport geworden ist. Die Frage ist, warum dem so ist. Eine der Antworten lautet: Erst in der Überflussgesellschaft können sich nahezu alle Menschen einen Wohlstandsbauch anessen. War die Wohlbeleibtheit früher ein Kennzeichen von hohem sozialen Status und Macht, so ist es heute wiederum die Schlankheit, mit denen sich die sozial besser Gestellten von denen da unten abgrenzen. Folge hiervon ist eine Radikalisierung des Schlankheitsideals, was wiederum zu einer restriktiven Essverhalten führt, das ein idealer Einstieg für Essstörungen bildet (Klotter 1990, 2007). Bourdieu (1987) spricht in diesem Zusammenhang von sozialer Distinktion: Mit einem bestimmten Lebensstil, zu dem auch ein spezifisches Essverhalten gehört, versuchen sich die oberen Schichten von den niedrigeren Schichten abzugrenzen.

Zu dem Diätverhalten liegen viele Studien vor. Eine sei nun referiert: 60% aller Mädchen und 30% aller Jungen sind unzufrieden mit ihrem Körper. 25% der Mädchen sind von Krankheiten wie Essstörungen und Depression bedroht (Presnell et al. 2004) Dieselbe Arbeitsgruppe hat in einer prospektiven Studie als wichtigsten Prädiktor für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper den sozialen Druck Gleichaltriger, dünn sein zu müssen, eruiert.

Die soziale Distinktion mittels restriktivem Essverhalten und Schlankheitsnorm ist ein dynamischer Prozess. Somit bleibt das Schlankheitsideal nicht statisch. In den letzten Jahrzehnten scheint eine erhebliche Verschärfung des Schlankheitsideals stattgefunden zu haben (Klotter 1990). Dokumentieren lässt sich dies unter anderem mittels Medienanalysen. Vor einigen Jahren wurde dieser Trend bei den Frauendarstellungen in dem Männermagazin Playboy festgestellt. In einer aktuelleren Studie wurde dieselbe Entwicklung anhand von Modemagazinen in den USA ermittelt. Zwischen 1959 und 1999 wurden die Frauen in diesen Magazinen immer dünner (Sypeck 2004). Sypeck et al. (2004) kommen darüber hinaus zum Schluss, dass eine andere signifikante Veränderung stattgefunden hat: Wurden in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts eher Frauengesichter abgelichtet, so sind es seither immer stärker Ganzkörperdarstellungen. Nicht mehr das schöne Gesicht zählt, sondern der dünne Körper.

16.5 Formen von Essstörungen

16.5.1 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa ist eine typische Erkrankung der letzten Jahrzehnten. Durch selbst induziertes Erbrechen lassen sich die *Sünden* des Essens annullieren. Dem Schlankheitsideal kann damit Rechnung getragen werden. Und dem Anspruch einer perfekten Selbstkontrolle, auch bezogen auf das Essen, können die Bulimikerinnen dem Anschein nach gerecht werden. Einzelne Elemente der Bulimia nervosa wie das Verzehren großer Mengen an Lebensmitteln oder selbst induziertes Erbrechen tauchen in der Geschichte vielfach auf. In Epochen, in denen die Bedrohung durch Hunger zu den Grundtatsachen des Lebens gehört, ist, möglichst viel zu essen, nicht pathologisch, sondern eine Überlebensstrategie. Im spätantiken Rom gab es bei der gesellschaftlichen Elite spezielle Räume zum Erbrechen (Vomitorien), um anschließend weiteressen zu können. Mit Bulimia nervosa unserer Zeit hat dies allerdings nichts zu tun. Das Erbrechen wurde in Rom in keiner Weise verheimlicht. Es war auch nicht peinlich, sondern funktional. Diese Römer hatten keine Gewichtsprobleme.

Die Bulimia nervosa ist also eine kulturtypische Erkrankung. Sie ist eine Antwort auf ein rigides Schlankheitsideal, sie resultiert aus einer Angst vor Gewichtszunahme, sie mündet in das Abführen von der aufgenommenen Nahrung, um eben nicht übergewichtig und unattraktiv zu sein.

Wie bei allen psychogenen Störungen sind die Symptomkonstellationen von Betroffenen zu Betroffenen unterschiedlich. So sind Heißhungerattacken nicht stets mit dem Versuch der Kontrolle des Essverhaltens verknüpft. Einige haben ohne Kontrollbemühungen Heißhungerattacken. Einige Bulimikerinnen erbrechen nicht primär zur Gewichtsregulation, sondern sie erleben dies zuvörderst als Reinigung.

Lange Zeit herrschte in der Psychosomatik die Idee, wenn nicht gar ein Mythos, vor, dass von einer bestimmten Symptomatik auf die eine Ursache geschlossen werden könnte. „Sage mir Deine Symptome, und ich sage Dir, wer Du bist.“ Es gibt also nicht die psychische Ursache oder die Persönlichkeit der Bulimia nervosa, sondern vielfache Störungsbilder, die sich hinter der Bulimia nervosa gleichsam verschanzen. Unsere Kultur bietet die Bulimia nervosa quasi als Maske an, die man wählen kann. Diese Wahl ist keine bewusste (Habermaas 1990). Ich kann bulimisch werden, weil ich beginne, mich selbst zu versorgen, was ich bisher zu wenig erfahren habe, und kompensierend dies nun übermäßig mache. Dennoch kann dies ein Beginn einer positiven Entwicklung sein. Ich kann aber auch bulimisch werden, weil ich generell über keine Impulskontrolle verfüge.

Sozialer Auslöser der Bulimia nervosa ist die Radikalisierung des Schlankheitsideals mit Twiggy in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Die Bulimia nervosa erscheint wie ein Kommentar zu diesem Schlankheitsideal. Sie ent-

hält sozusagen eine Zeitdiagnose über die Radikalisierung der Selbstkontrolle und deren Scheitern, über die heutige unabdingbare Verpflichtung, zumindest nach außen hin kontrolliert zu sein und das notwendige Verlagern des Kontrollverlusts hinter die Kulissen.

Den Kontrollverlust hinter die Kulissen zu verlagern, ist ein Resultat des Prozesses der Zivilisation, wie ihn Elias (1978) beschrieben hat. Foucault (1977) skizziert eine gegenläufige historische Bewegung, die modernen Geständnisprozeduren. Die Bulimia nervosa nimmt beide historischen Entwicklungen auf. Sie ist strukturiert einerseits über die Verheimlichung von Essattacken und zum Beispiel selbst induziertem Erbrechen, andererseits auch über quasi den Zwang, es irgendwann zu offenbaren wie im Sensationsjournalismus oder in einer Talk-Show. Die Bulimia nervosa oszilliert zwischen der Verheimlichung und der Offenbarung. Und beides scheint die Bulimia nervosa aufregend zu machen.

Definiert und diagnostiziert wird die Bulimia nervosa auf folgende Weise:

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling 2004) definiert die Bulimia nervosa so:

- A „Häufige Episoden von Fressattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- B Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.
- C Die Patienten versuchen der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern: 1. selbst induziertes Erbrechen, 2. Missbrauch von Abführmittel, 3. zeitweilige Hungerperioden, 4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
- D Selbstwahrnehmung als ‚zu fett‘, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).“ (S. 136)

Es gibt aber nicht nur das ICD-10. Im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ der American Psychiatric Association, Fassung DSM-IV-TR (Textrevision) aus dem Jahre 2003 wird bei den diagnostischen Kriterien zusätzlich zu den ICD-10 Kriterien aufgeführt, dass die Fressattacken mit einem Kontrollverlust verbunden sind, also mit dem Gefühl, die Nahrungsaufnahme nicht mehr kontrollieren zu können. Die übermäßige Beschäftigung mit dem Essen wird nicht erwähnt. Eingang findet aber der übermäßige Einfluss von Figur und Körpergewicht auf das Selbstwertgefühl. Und es gibt ein Ausschlusskriterium: Die Bulimia nervosa solle nicht eine Episode im Verlauf der Anorexia nervosa sein. Im ICD-10 wird die Bulimia nervosa mit der Tendenz zum Untergewicht in Zusammenhang gebracht. Hiervon steht im DSM-IV-TR nichts.

Bulimia nervosa setzt Nahrungsüberfluss wie in den westlichen Industrienationen voraus, wobei interkulturelle Studien die Vermutung stützen, dass auch in Nicht-Industrieländern die Verbreitung der Bulimia nervosa annähernd so hoch ist wie bei uns (Hoek et al. 2003).

Bulimia nervosa ist eine geschlechtsspezifische Erkrankung. Maximal 10% sind männlichen Geschlechts, 90% demnach weiblichen Geschlechts. Allgemein wird davon ausgegangen, dass ca. 1–3% junger Frauen (17 bis 35) hiervon betroffen sind (Hoek et al. 2003).

An Bulimia nervosa leidende Frauen und Männer waren vor dieser Erkrankung übergewichtiger als die Gleichaltrigen. Die Erkrankung steht im Zusammenhang mit Diätverhalten (Saß et al. 2003, S. 654ff). Auch Miotto et al. (2003, S. 151) haben in ihrer Studie ermittelt, dass Übergewicht, wahrscheinlich vermittelt über Diätversuche, der Entwicklung von Essstörungen vorausgeht (vgl. auch Feiereis 1996, S. 617).

Die meisten Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Bulimia nervosa multifaktoriell bedingt ist. In letzter Zeit wird vor allem auf drei Ursachengruppen fokussiert: kulturelle Einflüsse wie Schönheitsideal, familiäre Faktoren und sexueller Missbrauch (Klotter 2007).

Bulimia nervosa kann dafür verantwortlich gemacht werden, dass der Elektrolythaushalt durch das häufige Erbrechen erheblich gestört werden kann. Es kann vermutet werden, dass dadurch auch Todesfälle entstehen, die allerdings so nicht diagnostiziert werden. Das häufige Erbrechen kann auch den Zahnschmelz angreifen (Klotter 2007).

16.5.2 Anorexia nervosa

Das Erscheinungsbild der Magersucht ist nicht neu, ist nicht nur an unsere Zeit gebunden. Implizit gehen wir davon aus, dass das moderne Schlankheitsideal eine zentrale Ursache der Anorexia nervosa ist und demnach diese Störung zeittypisch ist. Aber die Magersucht konnte auch durch spirituelles Fasten wie im Mittelalter entstehen oder insgesamt durch einen asketisch-mystischen Lebensentwurf, der darauf zielt, bereits im Diesseits weitgehend den weltlichen Begierden zu entsagen. Aber es macht für ein Krankheitsbild einen wesentlichen Unterschied, ob es im Zusammenhang mit einer gesellschaftlichen Norm wie dem Schlankheitsideal steht, oder ob es religiös motiviert ist. Habermas (1994) plädiert daher dafür, Anorexia nervosa nicht nur über Untergewicht zu definieren, sondern sie als kulturtypische Störung zu begreifen. Anorexia nervosa wäre so ohne das vorherrschende Schlankheitsideal und die Kulturtechnik des Diätens nicht denkbar. Nur so behält sie ihre historische Spezifität. Als psychogene Erkrankung ist sie zudem mit zeittypischen Konflikten wie einer symbiotischen Mutter-Tochter-Beziehung verknüpft. Daher greift eine biologisch-medizinische Definition der Anorexia nervosa zu kurz.

Damit wäre die Anorexia nervosa historisch kontextualisiert und zwar als typische Erkrankung unserer Zeit. Anorexia nervosa stellt nur eine geringfügige Überspitzung des heutigen Schönheitsideals dar. Sie ist gleichsam eine Karikatur dieses Ideals. Diese Karikaturen laufen als Models auf den Laufstegen der Modenschauen.

Die Entwicklung zu unserem radikalen Schlankheitsideal begann im 20. Jahrhundert. Brumberg (1994) skizziert diese für Nordamerika. Sie ist eingebettet quasi in eine Dialektik von mehr Freiheiten und neuen Zwängen. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts erfuhr das weibliche Geschlecht neue Freiheiten wie zum Beispiel das Wahlrecht. Sie gingen häufiger zur Universität und erprobten neue sexuelle Freiheiten. Gleichsam im selben Atemzug tauchte ein neuer Zwang auf, die normative Erwartung eines schlanken Körpers. Die neuen Karrieremöglichkeiten durch einen Universitätsabschluss und die Liberalisierung der Sexualität wurden sozusagen erkaufte durch eine Restriktion des Nahrungstrieb. So mutet diese historische Entwicklung hin zu einem radikalen Schlankheitsideal wie eine griechische Tragödie an: keine Option ist nur positiv zu bewerten, alles hat seinen Preis. Brumberg begreift die eben skizzierte Dialektik als Paradox und versucht dieses mit dem Ansatz der Anthropologin Mary Douglas zu interpretieren: Massive soziale Veränderungen und das Überschreiten traditioneller Grenzen werden kompensiert durch einen Ausbau der Kontrolle des Körpers.

Die Weltgesundheitsorganisation gibt im ICD-10 (Dilling 2004) folgende Kriterien an:

- A „Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
- B Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von ‚fett machenden‘ Speisen.
- C Selbstwahrnehmung als ‚zu fett‘ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- D Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestieren sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interesseverlust an Sexualität und Potenzverlust [...]
- E Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa werden nicht erfüllt.“ (S. 135)

ICD-10 (Dilling 2004) und DSM-IV-TR (Saß 2003) haben eine große Schnittmenge aber auch unterschiedliche Setzungen. In den DSM-IV-TR wird so noch ein weiteres Kriterium genannt: die „Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.“ (S. 652)

Hervorzuheben ist, dass bei beiden diagnostischen Inventaren die Grenze, ab der jemand als anorektisch bezeichnet werden kann, niedrig ist. Anfang der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts mussten noch 25% unterschritten werden, um als anorektisch zu gelten (Franke 2003, S. 10). Durch die neue Grenzziehung hat sich somit die Anzahl der als anorektisch eingestuften Personen deutlich erhöht. Es muss allerdings auch darauf hingewiesen werden, dass im DSM-IV-TR die Grenzziehung 15% Untergewicht nur als Orientierung genannt wird, die jeweils um eine individuelle Beurteilung ergänzt werden sollte (Saß 2003, S. 646).

Mit dieser neuen Festlegung (15% unter Normalgewicht) hat sich also die Anzahl der als anorektisch Etikettierten erhöht. Die Frage, ob sich nur die Diagnosepraxis verändert hat, oder tatsächlich mehr Personen an Anorexia nervosa erkranken, ist nicht leicht zu beantworten.

Anorexia nervosa ist eine Störung, die vor allem in westlichen Industrieländern verbreitet ist, an der pro Jahr 50 bis 75 Personen pro 100.000 der Risikopopulation (Frauen zwischen 15 und 25 Jahren) erkranken (Köhle et al. 2003, S. 693).

Zur Ätiologie: Es gibt wie bei allen psychogenen Störungen nicht *die* anorektische Persönlichkeit.

In einem Review konnten zwar einige Persönlichkeitsmerkmale wie Perfektionismus oder Alexithymie (die erhebliche Schwierigkeit, die eigenen Gefühle wahrzunehmen) mit Anorexia nervosa in Zusammenhang gebracht werden. Ungeklärt aber ist, ob diese traits kausal für die Anorexia nervosa verantwortlich sind, ob sie Folgen dieser psychogenen Erkrankung sind oder ob sie den Krankheitsverlauf mit beeinflussen (Wonderlich et al. 2005). Wenn es weder *die* anorektische Persönlichkeit gibt, und ebenso nicht *die eine* psychische Ursache für die Entstehung der Anorexia nervosa verantwortlich gemacht werden kann, dann gilt auch hier die Aussage: Vielfältige Faktoren mit unterschiedlichen individuellen Kombinationen und Gewichtungen sind demnach auch bei dieser Störung zu berücksichtigen.

Wie eben erwähnt, kann vermutet werden, dass die Bulimia nervosa tödlich enden kann. Bei der Anorexia nervosa gilt es dagegen als statistisch belegbar, dass sich ca. 10% der Anorektikerinnen zu Tode hungern, und bei einem Drittel aller Anorektikerinnen eine schlechte Prognose zu stellen ist, was den weiteren Krankheitsverlauf betrifft. Dieses Drittel muss nicht unbedingt anorektisch bleiben, aber es leidet lebenslänglich unter anderen schweren Erkrankungen (Klotter 2007).

16.5.3 „Binge-Eating-Störung“

Das Krankheitspanorama unterliegt ständigen Transformationen. Nicht nur dass bestimmte Krankheiten verschwinden (die Pest etwa), sondern dass anders diagnostiziert wird, ist hierfür verantwortlich zu machen. In den letzten Jahren ist eine neue Essstörung quasi entdeckt worden; die Binge-Eating-Disorder. Die Betroffenen haben zwar Essanfälle, aber sie kompensieren dies nicht etwa durch Erbrechen. Im DSM-IV-TR (Saß 2003) wird die Binge-Eating-

Disorder unter der Kategorie „Kriterienlisten und Achsen, die für die weitere Forschung vorgesehen sind“ vermerkt. Ihre Diagnosekriterien sind „wiederholte Episoden von Fressanfällen“ (S. 861), in denen sehr große Mengen an Lebensmitteln konsumiert werden. Hierbei haben die Betroffenen keine Kontrolle über die Nahrungsaufnahme. Sie sind den Anfällen hilflos ausgeliefert. Als weitere Kriterien müssen drei von fünf Merkmalen vorhanden sein:

1. deutlich schnelleres essen als normal
2. beim Essen stellt sich ein Völlegefühl ein
3. essen, auch wenn man sich nicht hungrig fühlt
4. „alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst“ (S. 861)
5. aufgrund des übermäßigen Essens Ekel- und Schuldgefühle und sich deprimiert fühlen.

Geschätzt wird die Prävalenz auf 0,7% bis 4% (Saß et al. 2003, S. 860). Von adipösen Kindern und Jugendlichen sollen 36,5% Essanfälle haben (Decaluwé et al. 2002).

Aufgrund des massiven Kontrollverlusts und der damit verbundenen Scham handelt es sich bei der Bings-Eating-Störung um ein schweres Krankheitsbild, das subjektiv viel Leid verursacht.

Adipositas kann nicht als psychopathologisches Phänomen klassifiziert werden, auch wenn nicht auszuschließen ist, dass bei einigen Fällen die Psychopathologie eine Rolle spielt. Faith et al. (2003) betonen hingegen bei der „Binge-Eating-Störung“ die psychopathologische Komponente. Die davon Betroffenen seien z.B. ängstlicher und depressiver als Adipöse ohne Essanfälle.

Es ist nicht schwer, sich auszumalen, welche Folgen die Binge-Eating-Disorder hat. Es entsteht ein Teufelskreislauf aus negativen Emotionen, die eventuell mit Essen überdeckt werden sollen, einem Verlust an Kontrolle über das Essverhalten, anschließenden negativen Emotionen wie Scham, schlechtes Gewissen, Resignation und Depression, die wiederum zu einer Essattacke führen können.

16.5.4 Orthorexia nervosa

Das sich im geschichtlichen Verlauf stets verändernde Krankheitspanorama reagiert mit der Produktion neuer Erkrankungen auf gesellschaftliche Veränderungen. Ist Gesundheit Pflicht, stellt *Schlankheit* eine rigide soziale Norm dar, dann bereitet eine Gesellschaft den Boden für die Orthorexia nervosa, einer neuen Essstörung, die darin besteht, sich übermäßig und zwanghaft gesund zu ernähren.

Orthorexia nervosa wurde erstmals vom amerikanischen Arzt Steven Bratman beschrieben (Bratman 2000). Seitdem existiert eine rege Diskussion über dieses Krankheitsbild, vor allem, weil es sich bei Bratmans Ausführungen um einen Erfahrungsbericht handelt, und diesem fehlende Wissenschaftlichkeit vorgeworfen wird. Aus diesem Grund halten Einige Orthorexia nervosa für eine

Erfindung, mit der Menschen stigmatisiert würden, die auf ihre Ernährung achten. Einige Experten sind der Meinung, Orthorexia nervosa sei kein neues Phänomen, sondern eine Begleiterscheinung (vorher, parallel oder nachher) einer schweren Essstörung (Mader 2004). Auch werden vereinzelt die Rolle der Ernährungswissenschaft und ihre Normen und Werte kritisch hinterfragt.

Einige Studien haben versucht, die Prävalenz zu erfassen, die je nach Studie zwischen 6,9% und 45,5% liegt (Bağcı Bosi et al. 2007). Allerdings sind diese Ergebnisse als kritisch einzuschätzen. All diese Studien bezogen sich zur Erfassung von Orthorexia nervosa auf den von Bratman konzipierten Selbsttest, der auf die klassischen psychometrischen Testkriterien wie Validität nicht überprüft wurde. Ebenso konnte in einigen Studien, die ebenfalls den Bratman-Selbsttest nutzten, gezeigt werden, dass die als eher orthorektisch eingestuften Probanden in den Bereichen zwanghaftes Verhalten, gestörte Essgewohnheiten und Körpergefühl höhere Werte aufwiesen als nicht-orthorektisch eingestuften Probanden (Eriksson et al. 2008).

Das Phänomen Orthorexia nervosa ist nach Bratman eine eigenständige diagnostische Zwangsstörung (Bratmann 2000). Jedoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Diagnose Orthorexia nervosa mit anderen Diagnosen überschneidet.

Ein Vergleich von Orthorexia nervosa mit den diagnostischen Kriterien einer Zwangsstörung nach ICD-10 zeigt, dass durchaus Parallelen zwischen diesem Phänomen und *Zwangsstörungen* bestehen (Dilling et al. 2008). So fühlt sich der an Orthorexia nervosa Leidende dazu gezwungen, sein Essverhalten nach strengen Regeln zu befolgen. Eine Abweichung verursacht schwere Schuldgefühle. Das Verhalten ist außerdem sehr zeitaufwendig und beeinträchtigend, da der Betroffene seinen Alltag ganz nach seiner rigiden Ernährung gestaltet (Bratman 2000).

Dem orthorektischen Verhalten werden unterschiedliche Konsequenzen zugeschrieben. Einige erfahren ein Wohlbefinden (eine eigene Identität kreieren) und andere versuchen allgemeines Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren. Oft fühlt sich der Orthorektiker den „Normal“-Essenden überlegen, weshalb es ihm an Krankheitseinsicht fehlt (Bratman 2000). Folglich erfüllt es wegen der mangelnden Krankheitseinsicht nicht ganz die Kriterien für eine Zwangsstörung.

Bratman (2000) nannte als eine mögliche Ursache für Orthorexia nervosa den verborgenen Wunsch, einem Schlankheitsideal entsprechen und nicht zuzunehmen zu wollen. Dies ließe sich so verstehen, dass die Orthorexia nervosa gemäß den diagnostischen Kriterien für Anorexia Nervosa nach ICD-10 (Dilling et al. 2008) eine spezielle Variante der Anorexia nervosa wäre. Allerdings liegen bei der Orthorexia nervosa üblicherweise keine Unterernährung, sondern eher eine Mangelernährung und kein Untergewicht vor. Auch sind Essanfälle, die teilweise zu den Symptomen der Anorexia nervosa gehören, für die Orthorexia nervosa sehr untypisch (Bratman 2000).

Bei anorektischen und bulimischen Menschen hängt das Selbstwertgefühl von der Figur und dem Körpergewicht ab (Dilling et al. 2008). Bei der Orthorexia nervosa verhält es sich etwas anders: Die Einhaltung der selbst auferlegten Essensregeln ist für Orthorektiker der wesentliche Beurteilungsmaßstab für das eigene Selbst (Bratman 2000). Somit kann geschlussfolgert werden, dass bei der Orthorexia nervosa die *Qualität* und nicht die Quantität des Essens das ausschlaggebende Kennzeichen darstellt.

Es ist nach dem derzeitigen Forschungsstand schwierig einzuschätzen, welche Folgen diese Erkrankung hat. Vermutlich gibt es eine weite Spannbreite von leichter Beeinträchtigung bis zu einer schweren Zwangsstörung, die den Alltag stark beeinträchtigt.

16.6 Ausblick für die Behandlung

Menschen, die als Gesundheitsexperten mit Essgestörten zu tun haben, müssen wissen, dass sich bei der Ätiologie gesellschaftlich-kulturelle und individuelle Faktoren überlagern, dass unsere Gesellschaft Aufrechterhaltung und Ausbreitung von Essstörungen zumindest begünstigt. Die Reduktion einer Essstörung auf individuelle Pathologie wird dem Phänomen Essstörungen nicht gerecht. Dies in der Behandlung deutlich zu machen, kann den Patienten erheblich entlasten. Ziel der Behandlung sollte es auch sein, sich stärker gegen gesellschaftliche Normen zu immunisieren, die Medienbilder abzuweisen, den übermäßigen dezentrierenden Vergleich mit anderen Menschen reduzieren zu können.

Es ist zudem zusammen mit dem Patienten zu prüfen, welchen individuellen Sinn die Körpermodifikation durch restringiertes Essverhalten hat, welche gesellschaftlichen Erwartungen damit in Verbindung stehen und welche Erwartungen bezüglich der zu erreichenden Körpermodifikation realistisch und gangbar sind.

Patienten sind zu ermutigen, Symbole und Zeichen nicht nur auf ihren eigenen Körper zu schreiben, sondern das öffentliche Leben wieder zurückzuerobern.

Dieser Beitrag basiert in Teilen auf einem Buchbeitrag des Autors (Klotter u. Depa 2011). Mit freundlicher Genehmigung des Huber Verlages.

Literatur

- Ariès P, Duby G (1991) Geschichte des privaten Lebens. Band 3. Campus Frankfurt
- Bağcı Bosı A, Tülay A, Camur D, Güler C (2007) Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 49, 661–666
- Bauer H (1992) Barock. Kunst einer Epoche. Reimers Berlin
- Bourdieu P (1987) Die feinen Unterschiede. Suhrkamp Frankfurt

- Bratman S (2000) *Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful Eating*. Broadway Books New York
- Brumberg JJ (1994) *Todeshunger – Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute*. Campus Frankfurt
- Decaluwé V, Braet C, Fairburn CG (2002) Binge Eating in Obese Children and Adolescents. *Int J Eat Disord* 33, 78–84
- Dilling H (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber Bern
- Dilling H, Freyberger HJ (2008) *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 4. Aufl. Huber Bern
- Elias N (1978) *Über den Prozess der Zivilisation*. Band 1 und Band 2. Suhrkamp Frankfurt
- Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC (2008) Social Physique anxiety and sociocultural attitudes towards appearance impact on orthorexia nervosa test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 18, 389–394
- Feiereis H (1996) Bulimia nervosa. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg München
- Foucault M (1977) *Überwachen und Strafen*. Suhrkamp Frankfurt
- Franke A (1994) *Wege aus dem goldenen Käfig*. Beltz Weinheim
- Habermas T (1990) *Heißhunger – Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Fischer Frankfurt
- Habermas T (1994) *Zur Geschichte der Magersucht – Eine medizinpsychologische Rekonstruktion*. Fischer Frankfurt
- Hoek HW, van Hoeken D (2003) Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 34, 383–396
- Horkheimer M, Adorno TW (1997) *Dialektik der Aufklärung*. Suhrkamp Frankfurt
- Klotter C (1990) *Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem*. Asanger Heidelberg
- Klotter C (2007) *Einführung Ernährungspsychologie*. UTB München
- Klotter C, Beckenbach N (2012) *Romantik und Gewalt*. VS Verlag Wiesbaden
- Klotter C, Depa J (2011) Essenszwänge und Orthorexia nervosa. In: Hoefert HW, Klotter C (Hrsg.) *Gesunde Lebensführung – kritische Analyse eines populären Konzepts*. Huber Bern
- Köhle K, Subic-Wrana C, Albus C, Simons C (2003) Anorexia nervosa. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 6. Auflage. 687–706. Urban & Fischer München
- Leclaire S (1971) *Der psychoanalytische Prozess. Ein Versuch über das Unbewusste und den Aufbau einer buchstäblichen Ordnung*. Walter Olten
- Mader U (2004) Orthorexie – die Sucht, sich „gesund“ zu ernähren. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 14, 728
- Miotto P, de Coppi M, Frezza M, Preti A (2003) The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of North-east Italy. *Psychiatry Research* 119, 145–154
- Presnell K, Bearman SK, Stice E (2004) Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Study. *Int J Eat Disord* 36, 389–401
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (2003) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Hogrefe Göttingen
- Sypack MF, Gray JJ, Ahrens AA (2004) No longer Just a Pretty Face: Fashion Magazines' Depictions of Ideal Female Beauty from 1959 to 1999. *Int J Eat Disord* 36, 342–247
- Weber M (1993) *Die protestantische Ethik und der „Geist“ des Kapitalismus*. Athenäum Hamburg
- Wonderlich SA, Lilienfeld R, Riso LP, Engel S, Mitchell JE (2005) Personality and Anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 37, 568–571