



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Bulimie – Blindheit der Umgebung, ein Wahr-
nehmungs- und Beziehungsphänomen“

Verfasserin

Julia Vanas

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im August 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297 295 502

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Max H. Friedrich

Inhaltsverzeichnis:

1 Einleitung	5
2 Allgemeines über die Essstörung Bulimie	8
2.1 Grundlagen und Fakten.....	8
2.1.1 Diagnostische Merkmale.....	9
2.1.2 Subtypen.....	13
2.1.3 Zugehörige Beschreibungsmerkmale und psychische Störungen ..	14
2.1.4 Medizinische Folgen von Essstörungen	16
2.1.5 Verlauf	17
2.1.6 Familiäres Verteilungsmuster	18
2.1.7 Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa zusammengefasst.....	19
2.2 Suchtmittel Essen und der Ausbruch aus dem Teufelskreis.....	20
2.3 Wer bekommt Bulimie und welche Kriterien, können die Krankheit begünstigen	22
2.3.1 Industrieländer.....	23
2.3.2 Leben in Gemeinschaft.....	23
2.3.3 Geschlecht.....	24
2.3.4 Konfliktbewältigung.....	25
2.3.5 Zu hohe Erwartungen seitens der Familie – Leistungsdruck	26
2.3.6 Missbrauchserfahrungen	27
2.3.7 Berufsbranchen	29
2.4 Männer und Essstörungen.....	29
3 Bindung und Beziehung	34
3.1 Grundsätzliches und Definitionen zu den beiden Begriffen	34
3.2 Unterschiedliche Theorien zum Thema Bindung und zur Entwicklung von Bindung.....	37

3.3 Umstellungen und Ängste durch eine Geburt	41
3.4 Abhängigkeit und Bindung	45
3.5 Bindungen entstehen nur, wenn beide Seiten aktiv sind	46
3.6 Arten von Bindung	48
3.7 Feinfühligkeit und Sensitivität	49
3.8 Bindungserfahrungen und Essstörungen	51
4 sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen	56
4.1 Aufgaben von sowhat	57
4.2. Das Leitbild von sowhat	57
4.3 Qualitätsstandards	58
4.4 Medizinische Betreuung	58
4.5 Psychotherapeutische Behandlung	59
4.6 Psychologische Betreuung	61
5 Interviews	63
5.1 Leitfaden für Lehrer/Pädagogen im Umgang mit Essstörungen .	75
6 Meine persönliche Geschichte	78
6.1 Wie alles begann	78
6.2 Beginn der Therapie	84
6.3 Das Leben während der Bulimie	90
6.4 Das Ende der Therapie und das Leben danach	105

7 Schlusswort	116
8 Literaturverzeichnis.....	118
9 Anhang	123
9.1 Zusammenfassung.....	123

1 Einleitung

Warum erkranken immer mehr Frauen und Männer an Essstörungen? Was führt sie dazu? Sind es die immer dünner werdenden Modells, an denen sich viele junge Frauen messen und orientieren? Sind es die Medien? Oder sind es doch die sozialen Kontakte die uns/sie dazu bringen? Anhand meiner eigenen Erfahrung mit Bulimie möchte ich zeigen, ob die aufgestellte Hypothese: - ‚Der Beziehungskonflikt im engeren oder weiteren sozialen Umfeld ist ein größerer Faktor, eine Essstörung zu bekommen, als das Schlankheitsideal, das von den Medien angepriesen wird‘ - zu beweisen ist. Oder ob vielleicht genau die Antithese: - ‚Die Medien sind schuld daran, dass immer mehr Frauen und vereinzelt auch Männer an Bulimie leiden, weil sie das Schlankheitsideal immer in den Vordergrund stellen‘ – zutrifft.

Wie aus dem Inhaltsverzeichnis bereits hervorgeht, gliedert sich die Arbeit in fünf große Abschnitte.

Beginnen werde ich damit, Bulimie im Allgemeinen zu beschreiben. Worauf ich beispielsweise kurz eingehen werde, ist woher der Begriff Bulimia Nervosa eigentlich kommt und was er dem Wortursprung nach bedeutet. Es wird unter anderem auch diagnostische Merkmale; Subtypen; zugehörige Merkmale und Störungen; besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale; Verlauf und familiäres Verteilungsmuster nach dem DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) enthalten.

Im dritten Kapitel werde ich das Augenmerk auf die beiden Themen Bindung und Beziehung richten. Es wird darum gehen, was man grundlegend unter dem Begriff Bindung versteht, aber auch zu wem und wann sich das Bindungsverhalten im Laufe eines menschlichen Lebens entwickelt. Dabei werde ich mich teilweise auf die von Bowlby aufgestellte Bindungstheorie beziehen. Um dann zur großen Frage zu gelangen, ob zwischen Essstörungen und Bindungen ein Zusammenhang zu finden ist.

Das vierte Kapitel handelt dann von dem Institut ‚sowhat‘. Es wird das Leitbild, die Qualitätsstandards, welches Konzept verfolgt wird usw. beschreiben.

Im fünften Kapitel werde ich auf die von mir geführten Interviews eingehen. Bei den Befragten handelt es sich um Lehrer, die genauso viel, oder oft sogar mehr Zeit mit Kindern beziehungsweise Jugendlichen in kritischen Phasen ihres Lebens verbringen als es die leiblichen Eltern oder Erziehungsberichtigten tun. Durch diese Interviews möchte ich untersuchen, ob Essstörungen durch die ‚Blindheit‘ unserer Gesellschaft so oft versteckt gehalten werden können.

Der letzte und umfangreichste Teil wird dann meine persönliche Geschichte sein. Wann die Bulimie zum ersten Mal auftrat, wie sie sich weiterentwickelte, wann sie ‚entdeckt‘ wurde, wie ich auf die Therapie bei sowhat ansprach und wie ich sie überwinden konnte.

An dieser Stelle soll noch der praxisorientierte Bezug der Arbeit betont werden. Neben meiner eigenen biographischen Fallgeschichte sollen auch immer wieder andere Betroffene zu Wort kommen, um die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit dem Thema, die im theoretischen Teil referiert werden, zu untermauern. Ich habe hierbei vor allem auf die Darstellungen von Herbst, Hornbacher und Oakes-Ash zurückgegriffen, die ihre subjektiven Erfahrungen mit Essstörungen wiedergeben. Auch Friedrichs Buch *Irrgarten Pubertät*, in dem der Verfasser anhand von zahlreichen Fallbeispielen sich verschiedenen Problemen junger Menschen nähert, wurde hierfür herangezogen. Diese Einschübe wurden innerhalb der Arbeit kursiv kenntlich gemacht. Die mit den Lehrern geführten Interviews sollen hingegen eine ‚andere‘ Perspektive der Problematik veranschaulichen und die im Schulalltag immer häufiger auftretenden Begegnungen mit Essstörungen skizzieren. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zudem, mit meinen persönlichen Aufzeichnungen über den Verlauf der Krankheitsgeschichte ein weiteres Fallbeispiel für zukünftige (wissenschaftliche) Auseinandersetzungen mit dem Thema Bulimie zu liefern.

An dieser Stelle möchte ich mich noch bei meinen Interviewpartnern für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Auch all jenen, die mich während meines Studiums und beim Schreiben meiner Diplomarbeit unterstützt haben, ein herzliches Dankeschön.

2 Allgemeines über die Essstörung Bulimie

2.1 Grundlagen und Fakten

Da schon sehr viel über Essstörungen veröffentlicht wurde, werde ich nur kurz auf Bulimie im Speziellen und nicht auch auf die anderen Formen von Essstörungen, wie z.B. Anorexia Nervosa oder Adipositas, eingehen. Es gibt jedoch viele Fakten, die ohnehin auf mehrere Essstörungen gleichzeitig zutreffen.

Als Einstieg werde ich auf den Ursprung des Wortes Bulimie zu sprechen kommen. ‚Bulimie‘ kommt aus dem Griechischen. Es setzt sich aus zwei Wörtern zusammen. Das eine ist ‚bous‘, das soviel wie Ochse oder Stier bedeutet und das andere ist ‚limos‘, das mit dem deutschen Wort Hunger zu übersetzen ist. Bulimie kann man also als ‚Stierhunger‘ oder ‚Ochsenhunger‘ bezeichnen. Meistens wird dieser Ausdruck im deutschen jedoch durch ‚Ess- und Brechsucht‘ ersetzt. Der Name ‚Ess- und Brechsucht‘ trifft die Krankheit genauer als die Übersetzung von Bulimie, weil das Wort ‚brechen‘ vorkommt. Im Wort Bulimie ist das Wort Erbrechen nicht zwingend enthalten. Langsdorff, die Autorin des Buches *Die heimliche Sucht unheimlich zu essen*, kritisiert genau aus diesem Grund die Bezeichnung Bulimie. Sie meint, dass ‚zu fressen wie eine Gehirnamputierte‘ nur wenig mit Hunger zu tun hat. Der Name Bulimie hat sich erst in den letzten Jahren etabliert. Russel hat 1979 erstmals Bulimie als eigenständige Krankheit dargestellt. Im darauffolgenden Jahr wurde diese Form der Essstörung auch in den ‚Diagnoseleitfaden‘ der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft aufgenommen. (Gröne 2003, S. 15f.)

Unter Bulimarexie kann man eine Kombination aus Bulimie und Anorexie verstehen. Meistens ist es so, dass eines der beiden Krankheitsbilder im Vordergrund steht und das andere im Hintergrund mitspielt. Eine Patientin mit solch einem Krankheitsbild schwankt zwischen anorektischen und bulimischen Phasen hin und her. Wenn sie etwas zu sich nimmt, erbricht sie

es wieder, ansonsten hungert sie vor sich hin. (Vgl. Hornbacher 2004, S. 11)

Selten ist es der Fall, dass eine Patientin mit bulimischer Vorgeschichte in eine Anorexie übergeht. Menschen, die sich einmal für bulimische Verhaltensweisen entschieden haben, sind meist der Typ Mensch, der gerne isst und sogar ganz gerne viel isst. Aus diesem Grund ist es unwahrscheinlich, dass sie sich in eine Essstörung stürzen, die von Askese und Hunger bestimmt ist. Der umgekehrte Weg ist jedoch eher vorstellbar und kommt auch weit häufiger vor.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, werde ich mich in diesem Kapitel teilweise an das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV“ halten.

2.1.1 Diagnostische Merkmale

Ein wesentliches Kriterium, um von einer Bulimia Nervosa sprechen zu können, ist, dass man sich ständig mit der Beschaffung, Zubereitung und Aufnahme von Nahrungsmittel beschäftigt. (Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka 2001, S. 28)

„Die Hauptmerkmale der Bulimia Nervosa sind ‚Freßattacken‘ und unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen. Darüber hinaus ist die Selbstbewertung von Personen mit Bulimia Nervosa übermäßig von der Figur und dem Körpergewicht abhängig. Um die Diagnose zu stellen, müssen die ‚Freßanfälle‘ und das unangemessene Kompensationsverhalten im Durchschnitt drei Monate lang mindestens zweimal pro Woche vorgekommen sein.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 620)

Unter einem ‚Fressanfall‘ versteht man das Aufnehmen einer überhöhten Nahrungsmenge innerhalb eines bestimmten, oft sehr kurzen Zeitraumes. Es handelt sich hier um Mengen, mit denen nicht erkrankte Menschen einige Mahlzeiten auskommen könnten. Man kann sagen, dass es sich bei einer ‚Fressattacke‘ durchschnittlich um 1.500 bis 3.000 Kalorien handelt.

Es kann sich aber auf 12.000 bis sogar, in manchen Einzelfällen, 26.000 ausweiten. Es handelt sich meistens um kohlehydrat- oder fetthaltige beziehungsweise hochkalorische Nahrungsmittel wie Süßigkeiten. Es sind fast immer jene Lebens- und Genussmittel, die sich die an Bulimie Erkrankte sonst nie erlauben würde zu essen, die sonst strikt verboten sind, weil sie ungesund sind und dick machen.

Hinzu kommt, dass „eine überzogene Furcht vor einer Gewichtszunahme besteht. Um diese zu vermeiden, verwenden die Betroffenen unter anderem selbstinduziertes Erbrechen, Fasten, Abführmittel, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate und treiben exzessiv Sport.“ (Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka 2001, S. 28)

Friedrich referiert in seinem Buch *Irrgarten Pubertät* einige Fallgeschichten von Jugendlichen in schwierigen Lebensphasen. Als Beispiel zum Thema Pubertätsmagersucht und Bulimie zieht er ein Mädchen heran, das diese Verhaltensweisen aufzeigt:

Das Mädchen „habe sich ausgerechnet, dass es bis zu 10.000 Kalorien auf einmal in sich hineinstopfe. Als Beispiel gibt das Mädchen an, 250 Gramm Butter mit einem halben Kilo Staubzucker vermischt auf einmal gegessen zu haben. Danach habe es die gesamte Käseplatte, die als Nachtmahl für sechs Personen bereits vorbereitet im Kühlschrank stand, noch zusätzlich aufgegessen. Eine Viertelstunde später habe es alles erbrochen. Durch dieses Verhalten befriedige es seine Fressgier, nehme aber gleichzeitig an Gewicht nicht zu.“ (Friedrich 1999, S. 94)

Betroffenen ist es wichtig, dass sowohl ihre Essanfälle, als auch ihr Erbrechen in ihrer Umgebung unbemerkt bleiben. Die Bulimikerin schämt sich für ihr Verhalten. Manchmal bleibt die Tatsache des Erbrechens wirklich unentdeckt. „Häufig aber ahnen oder wissen es alle seit langem, nur sagt niemand etwas.“ (Cierpka/Reich 2001, S. 138)

Man kann auch zwei Arten von ‚Fressattacken‘ unterscheiden: Es gibt die geplante ‚Fressorgie‘ und die, die ungewollt durch einen Kontrollverlust,

aus einer normalen Mahlzeit hervortritt. Die Fressorgie durch einen Kontrollverlust tritt meistens während einer ganz normalen Mahlzeit auf. Es reicht für die Bulimikerin oft eine einzige Erbse oder ein einzelnes Reiskorn aus, damit das Gefühl aufkommt, zu viel gegessen zu haben. Was dann dazu führen kann, dass sie sich gleich ganz gehen lassen und in sich hineinstopfen, damit es sich ordentlich auszahlt zu erbrechen. Bei der geplanten ‚Fressorgie‘ muss man wieder unterscheiden zwischen dem bewusst geplanten Fressen und einer Gelegenheit, die sich zufällig ergibt. Die erste Art kann man sich so vorstellen, dass die Person extra für ihren ‚Fressanfall‘ Lebensmittel einkaufen geht, und zwar so viele, dass sie für eine ganze Großfamilie ausreichen würden. Mit der zweiten Art ist eine Situation gemeint, wie zum Beispiel ein Fest, wo man schon im Vorhinein weiß, dass es ein großes Buffet geben wird und auch schon davor plant sich dort zu überessen und danach alles wieder loszuwerden (vgl. Langsdorff 2003).

„Über den ganzen Tag verteiltes, kontinuierliches Naschen kleiner Nahrungsmengen ist nicht als ‚Freßanfall‘ zu werten. ‚Freßattacken‘ werden typischerweise ausgelöst durch dysphorische Stimmungszustände, zwischenmenschliche Belastungssituationen, intensives Hungergefühl nach diätischer Einschränkung oder durch auf das Körpergewicht, die Figur oder die Nahrung bezogene Gefühle. Durch die ‚Freßattacke‘ kann sich eine Dysphorie vorübergehend bessern, im Anschluß kommt es jedoch häufig zu vernichtender Selbstkritik und depressiver Stimmung.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 620f.)

Ein weiteres Kriterium der Bulimie ist es, durch „unangemessene, [...] gegensteuernde Maßnahmen“ (ebd., S. 621) einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Es gibt mehrere Methoden, das Gegessene wieder loszuwerden, die häufigste unter den Personen mit Bulimie ist das selbstinduzierte Erbrechen. Ungefähr 80-90% wenden diese Methode an. Man spricht hier vom ‚Purging‘-Verhalten (siehe Kapitel 2.1.2). Ein geringer Teil der Erkrankten nimmt Ipecacuanha-Sirup zu sich, um ein Erbrechen zu

induzieren. Weiters werden auch noch Diuretika und Laxantien missbraucht, um den Brechanfall auszulösen (vgl. ebd., S. 621)

„Personen mit Bulimia Nervosa können eine Vielzahl von Methoden benutzen, um das Erbrechen zu induzieren, darunter den Gebrauch von Finger oder anderer Gegenstände, um den Würgereflex auszulösen. Die Betroffenen entwickeln allgemein großes Geschick beim Induzieren des Erbrechens und sind manchmal in der Lage, nach Wunsch zu erbrechen.“(vgl. ebd., S. 621)

Oakes-Ash zeigt in ihrer Autobiographie auf, wie Betroffene einer Gewichtszunahme entgegenwirken:

„Eine der bei Bulimikern beliebtesten Alternativen zu Abführmitteln ist Ipecac-Sirup, eine Brechreiz erzeugende Flüssigkeit, die man in Australien rezeptfrei in jeder Apotheke bekommt. Ipecac ist eine ebenso saubere wie wirksame Methode, den Körper von jenen fünf Hamburgern, dreieinhalb Bananen-Milchshakes, zwei tiefgefrorenen Quarkkuchen und der Familienpackungen Himbeersahneeis zu befreien, die man in der letzten halben Stunde verdrückt hat. Einfach den klebrigen Saft ein Teelöffel gießen, tief Luft holen, schlucken und warten.

Fünfzehn Minuten später treibt es dir den Schweiß aus allen Poren, du windest und krümmst dich vor Bauchkrämpfen. Gleich darauf ergießt sich dein gesamter Mageninhalt auf den Tisch oder Teppich vor dir, und du bist wieder nüchtern und bereit für die nächste Fressorgie (...).“ (Oakes-Ash 2001, S. 114)

Bei Personen mit Bulimie spielt im Leben das Aussehen, ihre Figur und ihr Körpergewicht eine überdimensionale Rolle. Sie bemessen ihren Selbstwert anhand ihres Aussehens und ihrem Körper, den sie ständig abwerten, manipulieren und verzerrt wahrnehmen. Dadurch lässt sich das häufig geringe Selbstwertgefühl bulimischer Frauen erklären. Dass Frauen ihren Körper kritisieren, ist in unserer Gesellschaft schon zur Norm geworden. Bulimische Frauen treiben diese Kritik jedoch ins Extrem, was dann oft zu

einem Verlust der Kontrolle führt und sie den Lauf der Krankheit nicht mehr stoppen können.

„In dem Versuch, die Folgen von ‚Fressattacken‘ zu kompensieren, hungern Personen mit Bulimia Nervosa einen Tag oder länger, oder sie betätigen sich übermäßig körperlich. Körperliche Betätigung wird dann als übermäßig betrachtet, wenn sie zu unangemessenen Zeiten oder unangemessener Umgebung ausgeübt wird, oder wenn der Betroffene die körperliche Betätigung trotz Verletzung oder medizinischer Komplikationen fortsetzt.“ (Oakhes-Ash 2001, S. 114)

2.1.2 Subtypen

Im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV* werden Subtypen beschrieben, durch die „das Vorhandensein oder Fehlen des regelmäßigen ‚Purging‘-Verhaltens als Mittel zu Kompensation von Fressanfällen bestimmt werden.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 621)

Unter dem ‚Purging-Typus‘ versteht man das kontinuierliche Erbrechen oder den Gebrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistiere innerhalb der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa.

Von dieser Verhaltensweise unterscheidet sich der ‚Nicht-Purging-Typus‘. Die Betroffenen greifen während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa nicht auf das Erbrechen und den Missbrauch von Abführmittel, sondern bedienen sich anderer Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern, wie etwa Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung. (ebd., S. 622)

2.1.3 Zugehörige Beschreibungsmerkmale und psychische Störungen

Bei den meisten Personen, die an Bulimia Nervosa leiden, liegt das Gewicht nahezu im normalen Bereich. Nur wenige sind unter- bzw. übergewichtig. „Es gibt Anzeichen, dass Personen mit Bulimia Nervosa vor dem Beginn der Essstörung mit höherer Wahrscheinlichkeit als Gleichaltrige übergewichtig sind.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 622) So haben etwa Thomson und Heinberg 1993 herausgefunden, dass Jugendliche, die in ihrer Kindheit aufgrund ihres Gewichts verspottet wurden, eher dazu neigen, eine Unzufriedenheit mit ihrem eigenen Körper zu entwickeln. Johnson und Connors betonten bereits 1987, dass viele Menschen, die an Bulimie erkrankten, davor übergewichtig waren. (Connors 1996, S. 287)

Während sie bei Fressattacken zu Lebensmitteln greifen, die oft hochkalorisch, fett und ungesund sind, achten sie zwischen diesen Attacken genau auf ihre Ernährung und vor allem auf die Gesamtkalorienaufnahme. Sie greifen zu kalorienreduzierten Nahrungsmitteln und meiden solche, die dick machen oder erneut einen Fressanfall auslösen könnten.

Bulimia Nervosa geht oft mit depressiven Symptomen, wie z.B. geringe Selbstwertschätzung, oder affektiven Störungen einher. Die Autoren sind sich noch uneinig darüber, ob die Depression die Ursache oder das Resultat der Bulimia Nervosa ist, da sie in manchen Fällen vor, während oder nach der Erkrankung ausbrechen kann. (vgl. Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka 2001, S. 34)

„Eine ganze Reihe von Bulimikerinnen scheint eine Neigung zum Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen zu haben [...]. Die Raten sind bei bulimischen Patientinnen höher als bei Anorektikerinnen [...] oder Patientinnen mit *major depression* [...] und normalen Kontrollgruppen [...]. (...) Umgekehrt ist es so, dass Patientinnen mit einer Suchtproblematik oft auch eine bulimische Essstörung aufweisen. Bei 26 bis 40% der Patientinnen fand man Alkoholprobleme [...]. (ebd., S. 36)

Vielfach wird darauf hingewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass bulimische Frauen stehlen, höher ist. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich manche Personen mit Bulimia Nervosa nur so ihren Fressanfall leisten können, indem sie sich ihre Nahrungsmittel klauen.

Oft kommt es auch zu Selbstverletzungen bei Personen mit Bulimia Nervosa. Wenn der Druck im Inneren so groß wird, wenn Ängste, der Zweifel an der eigenen Person, Aggressionen gegen sich selbst oder gegen andere, Selbsthass und Depressionen das Maß übersteigen, sodass all das nicht mehr durch Fressattacken und Erbrechen abzubauen ist, richten viele aktiv verletzende Aktionen gegen ihren eigenen Körper. Durch diese Verletzungen, die sie sich selbst zuführen, versuchen sie ihre seelischen Qualen auszudrücken und sie kommen dadurch auch wieder in den Kontakt mit ihrer eigenen Person und dem eigenen Körper. Diese Selbstverletzungen können einerseits offenkundig oder heimlich vollzogen werden. Manche trinken beispielsweise Desinfektionsmittel, andere ritzen sich mit Hilfe von Glasscherben oder Rasierklingen, fügen ihrer Haut Verätzungen zu oder reißen sich Haare, oft ganze Haarbüschel aus. „Narben sind unübersehbare Hilferufe. Die prominenteste Selbstverletzerin dürfte Lady Di gewesen sein. 1996 gestand sie in einem Fernsehinterview, dass sie sich absichtlich schnitt und aufritzte, mit Rasierklingen, Glasscherben oder einem Zitronenhobel. Auch über Schauspielerinnen wie Romy Schneider und Angelina Jolie ist Ähnliches bekannt geworden.“ (Langsdorff 2003, S. 37)

Ein weiteres Merkmal, das oft auftritt, ist der Suizidversuch. Genauso wie Angststörungen häufig bei bulimischen Patientinnen vorkommen. Bei einer Untersuchung von Mitchell stellte sich heraus, dass um die 91% von Angstzuständen geplagt sind. (Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka 2001, S. 36)

„Zwischen einem Drittel und der Hälfte der Personen mit Bulimia Nervosa haben wahrscheinlich auch Persönlichkeitszüge, die die Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen erfüllen (am häufigsten ist die Borderline Persönlichkeitsstörung).

Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass Personen mit Bulimia Nervosa vom ‚Purging‘-Typus mehr depressive Symptome und größere Besorgnis um Figur und Gewicht zeigen als Personen mit Bulimia Nervosa vom ‚Nicht-Purging‘-Typus.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 622f.)

2.1.4 Medizinische Folgen von Essstörungen

Je nachdem wie lang und gleichzeitig auch wie stark eine Person an einer Essstörung leidet, ist auch das Ausmaß der organischen Komplikationen unterschiedlich.

Es kann zu Vitaminmangel, Elektrolytverlust, Herz-Kreislaufbeschwerden (u.a. verlangsamter Herzschlag, zu niedriger Blutdruck), hormonelle Störungen (u.a. Ausbleiben der Menstruation – Amenorrhöe), Verdauungsstörungen, Störungen des Knochenbaustoffwechsels, Anämie sowie einen allgemeinen Konzentrations- und Leistungsverlust kommen. Weiters kommt es häufig auch noch zu Verletzungen der Speiseröhre (durch das ständige Erbrechen), Zahnverfall – Zerstörung des Zahnschmelzes durch Magensäure, Kreislaufstörungen, ungewöhnliches Kälteempfinden, Kopfschmerzen, Haarausfall und Brüchigkeit der Fingernägel, Ödeme der Haut, Schwellung der Speicheldrüse oder chronische Nierenprobleme. Manchmal treten auch Kombinationen mit anderen Süchten wie Alkohol- oder Drogensucht auf. (vgl. Wappis 2005)

Um auf eine dieser Folgen näher einzugehen, werde ich die Probleme mit dem Magen-Darm-Trakt etwas genauer beschreiben. Häufige Symptome sind Verstopfung, Blähungen und Völlegefühl während oder nach dem Essen. Dieses Völlegefühl kann auch schon bei einer relativ geringen Nahrungsmenge auftreten. Ein aufgeblähter Bauch führt bei Personen, die ohnehin schon unzufrieden mit ihrer Figur sind, nicht unbedingt zu einem Wohlbefinden. Genauso wenig die Verstopfung. Es wurden physiologische Untersuchungen gemacht, die gezeigt haben, dass die Magenentleerung bei Personen mit Bulimia Nervosa verzögert ist. „Patientinnen mit einer

Bulimie berichten von dem Gefühl, dass Nahrung mehrere Stunden in ihrem Magen bleibe, im Gegensatz zu einer halben oder einer Stunde, wie es normalerweise empfunden wird. Es kommt zu einer Störung der normalen Mobilität des Magens und zu einer Umkehr der normalen Vorwärtsbewegung, so dass die Nahrung spontan wieder hochkommen kann.“ (Bauer/Anderson/Hyatt 2002, S. 13) Das erklärt auch, warum das Erbrechen, je länger man die Krankheit hat, immer leichter wird. Braucht man anfangs vielleicht noch Gegenstände oder Finger um den Brechreiz auszulösen, funktioniert es mit der Zeit schon von ganz alleine.

Durch das ständige Aufnehmen von Nahrung und durch das sofortige wieder Hergeben durch Erbrechen ist es der Magen-Darm-Trakt nicht mehr gewöhnt zu verdauen. Die Funktionen sind durcheinandergebracht. Die Symptome, wie Blähungen, Verstopfungen, allgemeine Trägheit der Verdauung, verleiten in der Folge dazu, auf Abführmittel zurückzugreifen. Es besteht die Gefahr, dass man sich in einen Teufelskreis begibt. Der Magen-Darm-Trakt arbeitet nicht so, wie man es sich vorstellt. Man fühlt sich unwohl, dick durch den aufgeblähten Bauch und man hat das Gefühl, Essensreste von der ganzen Woche mit sich herumzutragen, weil die Verdauung nicht mitspielt. Und so beginnt man wieder mit dem Erbrechen oder dem Missbrauch von Abführmitteln, um sich leichter, leerer, einfach besser zu fühlen. Das große Problem dahinter ist aber, dass sich der Magen-Darm-Trakt immer mehr daran gewöhnt und man immer mehr in eine Spirale hineinkommt und der Ausstieg immer schwieriger wird.

Oft können Probleme mit dem Magen-Darm-Trakt noch lange nach der eigentlichen Gesundung auftreten. (vgl. ebd., S. 13)

2.1.5 Verlauf

„Bulimia Nervosa beginnt meist in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Die ‚Freßattacken‘ beginnen oftmals während oder nach einer Diät. Das gestörte Eßverhalten besteht bei einem hohen Pro-

zentsatz von klinischen Fällen zumindest seit einigen Jahren. Der Verlauf kann chronisch oder intermittierend sein, wobei Remissionsphasen sich mit dem Wiederauftreten von ‚Freßattacken‘ abwechseln. Das Langzeitergebnis von Bulimia Nervosa ist unbekannt.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 624)

Laut Keel und Mitchell (1997) beziehungsweise Fairburn und Mitarbeiter (1999) stellt sich der Verlauf einer Bulimieerkrankung folgendermaßen dar (Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka 2001, S. 39):

Während die Hälfte der bulimischen Patientinnen nach 10 Jahren keine Symptome mehr aufweisen, tauchen bei etwa 20% weiterhin bulimische Symptome auf beziehungsweise 15% leiden weiterhin an ihrer Erkrankung. Beim Rest wechselt es zwischen „symptomfreien Intervallen“ und Rückfällen oder sie weisen eine „subklinische bulimische Symptomatik“ (ebd., S. 39) auf. Der tatsächliche Verlauf ist jedoch von Fall zu Fall unterschiedlich. Depressionen haben wie anorektische Verhaltensweisen in der Vorgeschichte in der Regel keine Auswirkungen. Es gibt auch kaum Patientinnen, bei denen eine Bulimie in eine Anorexie umschlägt. Die Sterberate der an Bulimie Erkrankten ist vermutlich gering, könnte aber auch unterschätzt werden. Psychotherapeutische Behandlung wirkt sich positiv auf den Heilungsprozess aus, jedoch ist dies nicht lange aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren nachweisbar.

.

2.1.6 Familiäres Verteilungsmuster

Bei einigen Untersuchungen kam es zu dem Ergebnis, dass oftmals ein Zusammenhang zwischen Bulimia Nervosa, affektiven Störungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei „biologischen Verwandten ersten Grades von Personen mit Bulimia Nervosa“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 624) besteht. Hingegen sind Tendenzen zur Fettleibigkeit innerhalb dieser Familien noch nicht zur Gänze erforscht.

Neuere Forschungsergebnisse haben auf die Möglichkeit einer genetischen Veranlagung beziehungsweise Übertragung von Anorexie und Bulimie hingewiesen. Kendler und seine Mitarbeiter vermuten, dass es vererbbar ist, eine Neigung zu entwickeln, an Bulimie zu erkranken. Sie vermuten, dass etwa 50-55% davon betroffen sind. (Connors 1996, S. 287)

2.1.7 Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa zusammengefasst

Folgende Kriterien sind nach dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV* ausschlaggebend für eine Diagnose von Bulimia Nervosa:

„A. Wiederholte Episoden von ‚Freßattacken‘. Eine ‚Freßattacken‘-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:

(1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als eine Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.

(2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßig körperliche Betätigung.

C. Die ‚Freßattacken‘ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.

D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 625)

2.2 Suchtmittel Essen und der Ausbruch aus dem Teufelskreis

Bulimie ist eine Suchtkrankheit, bei der man in der Therapie nicht auf das eigentliche Suchtmittel, das Essen, verzichten kann. Essen gehört unverzichtbar zum Leben. Umso schwieriger ist es für die Betroffenen, von ihrem Suchtverhalten loszukommen. Anderen Suchtabhängigen, die von Drogen, Alkohol, Zigaretten oder Tabletten abhängig sind, kann man den jeweiligen Stoff völlig entziehen und sie können auch ohne ihn ihr Leben weiterführen. Diese Zeit des Entzuges ist mit Sicherheit nicht einfach, aber sie können diese Droge, wenn sie es schaffen, aus ihrem Leben streichen und brauchen nicht zu lernen, mit dieser Droge zu leben.

Eine Person, die an Bulimie leidet, muss sich, wenn sie ihre Sucht bekämpfen will, jeden Tag mit ihrer Droge, dem Essen, auseinandersetzen. Sie braucht Lebensmittel, um wie es der Name sagt, zu überleben. Sie muss sich jeden Tag aufs Neue ihr ‚Suchtmittel‘ besorgen, zubereiten und essen. Sie können es nicht aus ihrem Leben verbannen. Ess-Brech-Süchtige müssen gezwungenermaßen wieder einen anderen Zugang und Umgang mit Nahrungsmitteln finden. Sie müssen versuchen, wieder regelmäßig kleine beziehungsweise normale Mengen an Nahrung zu sich zu nehmen. Es ist nicht Ziel führend, sich einen halben oder ganzen Tag völ-

liger Askese auszusetzen, weil ansonsten die Gefahr steigt, danach wieder in eine unkontrollierbare Völlerei hineinzurutschen und vor lauter Hunger alles zu verschlingen, was einem in die Hände kommt. Sie müssen neu lernen, auf ihre Körpersignale, wie Hungergefühle und Sättigungsgefühle zu achten. Um es zu schaffen, aus diesem Teufelskreis auszubrechen, braucht die an Bulimie erkrankte Frau auf jeden Fall Menschen, die ihr helfen, indem sie ihr Halt geben, Vertrauen schenken und für sie da sind. Oft reicht es schon einfach nur zuzuhören und ihr somit das Gefühl zu geben: Es interessiert sich jemand für dich. Es ist egal, ob es sich dabei um die Familie, Freunde oder Arbeitskollegen handelt.

Es ist ein langer und leidvoller Weg heraus aus der Spirale, der von vielen Rückfällen gekennzeichnet sein kann. Zu solchen Rückfällen kann es leicht kommen, kennt man doch aus dem ‚normalen‘ Leben, wie leicht es passieren kann, dass man einmal zu viel, zu kalorisch oder zu fett isst. Viele denken darüber gar nicht nach, wenn das einmal passiert. Andere sagen sich, dass sie dafür am nächsten Tag auf das, was sie essen genauer achten oder vielleicht eine Runde mehr joggen gehen. Genau das passiert auch Frauen auf dem Weg heraus aus dem Teufelskreis. Nur das Problem ist, dass sie nicht damit umzugehen wissen. Es fehlen ihnen Lösungsstrategien und dadurch rutschen sie schnell wieder in ihr Ess-Brech-Verhalten zurück.

Es gibt verschiedene Arten von Seiten der Betroffenen, mit Rückfällen umzugehen. Ein Teil von ihnen ‚gönnt‘ sich einen solchen Rückfall – so kenne ich das aus eigener Erfahrung. Man nimmt es, auch wenn ein bisschen missmutig, hin, aber widmet nicht all seine Gedanken dem neuerlichen Erbrechen und sieht es nicht als den großen Fehler, für den man sich bestrafen muss. Der andere Teil hingegen will sich diese, in ihren Augen, Schwäche nicht eingestehen. Sie hassen sich dafür und glauben, dass sie durch diesen Ausrutscher wieder in den alten Trott hineinfliegen. Angstgefühle steigen auf, Wut auf die eigene Person und das ganze Leben dreht sich nur um das erneute Erbrechen. (vgl. Langsdorff 2003; Wappis 2005)

2.3 Wer bekommt Bulimie und welche Kriterien, können die Krankheit begünstigen

Das selbstinduzierte Erbrechen gibt es schon viel länger als den meisten bewusst ist. Dieses Phänomen ist bis in die Antike zurückzuverfolgen. Jedoch unter völlig anderen Voraussetzungen, als es bei Personen, die in unserer Zeit an Bulimie leiden, der Fall ist.

Bereits in der Zeit der alten Römer sind diese Verhaltensweisen aufgetreten, also noch lange bevor die Wissenschaft das Phänomen der Ess-Brech-Sucht als ‚Modekrankheit‘ zu erforschen begann. Historischen Quellen ist es zu entnehmen, dass das Erbrechen zu jenem Zeitpunkt im Römischen Reich als selbstverständlich angesehen wurde und sich sogar als Brauch etabliert hatte. Indem sie sich mit Hilfe einer Pfauenfeder übergaben, wollten sie einerseits ihren Appetit anregen, andererseits den Magen für weitere Gänge wieder entleeren. So sollte bei ausschweifenden Gelagen der Genuss der Nahrungsaufnahme verlängert werden. (Langsdorff 2003, S. 43)

„Verglichen mit Bulimarexie gibt es jedoch wesentliche Unterschiede zwischen den Orgien damals und heute: Zu Zeiten der römischen Republik und der reichen Kaiserzeit war das große Fressen und Erbrechen ein kollektives Laster, etwas, das mit sinnlichen, exzessiven Tafelfreuden zu tun hatte und eine kommunikative, allgemein akzeptierte Angelegenheit war. Ess-Brech-Sucht dagegen ist eine Individualerscheinung, die nicht nur Leidensdruck erzeugt, sondern auch den gegenteiligen Effekt jenes römischen Brauchs hat: Ess-Brech-Süchtige isolieren sich wegen ihres Verhaltens. Sie verschaffen sich nicht Genuss, sondern versuchen so vergeblich, die Probleme ihres Lebens zu bewältigen, die zu Beginn der manifesten Essverhaltensstörung in der Feststellung gipfeln: Ich bin zu dick.“ (ebd., S. 43f.)

2.3.1 Industrieländer

In den letzten drei Jahrzehnten hat das Auftreten von Essstörungen bei jungen Frauen in Industrieländern rapide zugenommen. (Ringer/Crittenden 2007, S. 119) In Ländern wie den Vereinigten Staaten, Kanada, Europa, Australien, Japan, Neuseeland und Südafrika tritt die Bulimia Nervosa etwa gleich häufig auf. (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 623) Demgegenüber kommen Essstörungen nicht oder nur selten in Ländern vor, wo Not und Hunger herrscht. In der Dritten Welt spielen Essstörungen keine Rolle, dafür gehäuft in Ländern des Wohlstandes. Personen, die an Essstörungen leiden, stammen hauptsächlich aus oberen sozialen Schichten. „Spärliche Publikationen aus Entwicklungsländern schildern meist nur vereinzelte Krankheitsfälle, wie der Bericht über ein 22 jähriges Mädchen mit Magersucht aus Nigeria [...]“. (Gerlinghoff/Backmund/Mai 1999, S. 21) In den Vereinigten Staaten ist auch klinischen Studien zur Folge, Bulimia Nervosa unter der weißen Bevölkerung stark verbreitet, jedoch unter anderen ethnischen Gruppen nur in wenigen Fällen aufgetreten. (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 623; Connors 1996, S. 286)

2.3.2 Leben in Gemeinschaft

Essstörungen gehören auch zu jenen Krankheiten, die es nur dann geben kann, wenn Menschen miteinander leben. Es muss eine Gemeinschaft vorhanden sein. Sie können nicht bei Personen, die isoliert leben, auftreten. „Robinson Crusoe hätte nicht magersüchtig werden können. Es reicht aber nicht aus, dass Individuen nebeneinander existieren, vielmehr müssen strukturierte Beziehungen zwischen diesen Menschen bestehen, müssen Normen und Wertsysteme vorhanden sein, das heißt: Es muss eine Gesellschaft geben.“(Gerlinghoff/Backmund/Mai 1999, S. 20)

Essstörungen sind nur in Gesellschaften des Wohlstandes möglich. Es gibt nur dort Essstörungen, wo es Essen und auch Geld im Überfluss gibt:

„Die Verbreitung von Anorexie, Bulimie und auch Binge Eating Störungen scheint eng mit dem Nahrungsmittelüberfluss und den in den letzten Jahrzehnten drastisch veränderten Lebensgewohnheiten der westlichen Zivilisation, z.B. dem Bewegungsmangel, einher zu gehen. Anorexie und Bulimie sind zudem deutlich mit den hier verbreiteten Wertesystem (z.B. Leistung und Wettbewerb) und dem Körperideal verbunden, zudem mit den spezifischen Rollenkonflikten von Frauen [...] Restriktives Essverhalten und ein extremes Schlankheitsideal gehen in starkem Maße mit der Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten und dem entsprechenden Wertesystem einher [...]. Diätverhalten ist ein wesentlicher Vorläufer von Essstörungen [...].“ (Reich 2003, S. 14)

2.3.3 Geschlecht

Meistens betrifft es, wie bereits oben erwähnt, Frauen beziehungsweise Mädchen der Ober- und Mittelschicht, auf denen oft noch ein höherer Druck, das Schlankheits- und Schönheitsideal betreffend, lastet. Schlankheit wird sofort mit Schlagworten wie Schönheit, Erfolg, Attraktivität und anerkannt sein verbunden. (ebd., S. 14) „Im Gegensatz dazu wird Dicksein mit Schwäche, Faulheit und Armut gleichgesetzt.“ (Hornbacher 2004, S. 82.)

Auch auf Männer lastet ein gewisser Druck, der aber trotzdem viel weniger ausgeprägt ist als bei Frauen. Dwyer und Mitarbeiter „haben schon 1969 herausgefunden, dass 80% der Highschoolstudentinnen, aber nur 20% ihrer männlichen Kommilitonen den Wunsch hatten abzunehmen. Eine Untersuchung an schwedischen Adoleszenten zur gleichen Zeit ergab, dass die Mehrheit des weiblichen Heranwachsenden sich ‚fett‘ fühlte, während männliche Heranwachsende derartige Gefühle kaum äußerten. Die Unzufriedenheit nahm mit dem Alter zu. 50% der 14jährigen und 70% der 18jährigen Mädchen fühlten sich (zu) dick [...].“ (Gerlinghoff/Backmund /Mai 1999, S. 26f.)

Forschungsergebnisse zeigen, dass es sich bei den Betroffenen von einer Bulimia Nervosa zu 90% um das weibliche Geschlecht handelt. Es stellte sich auch heraus, dass bei Männern, die an Bulimie erkranken, die Wahrscheinlichkeit einer vorangegangenen Adipositas höher ist als bei Frauen. (Saß/Wittchen/Zaudig 1998, S. 623)

Heutzutage ist es mittlerweile sogar schon so weit gekommen, dass eher Frauen, die keine Diät halten, die nicht Kalorien zählen, die sich im Restaurant eine Nachspeise bestellen ohne dabei ein schlechtes Gewissen zu haben, als ‚abnormal‘ auffallen: „some authors have concluded that weight dissatisfaction among girls has become a ‘normative discontent’ [...]“ (Connors 1996, S. 286)

Es ist ganz normal geworden, dass Frauen einen Abend lang an ein und demselben Salatblatt herumkauen, während Männer um sie herum ein 5-gängiges Menü verspeisen. Viele von denen, die sich dann doch hinreißen lassen, etwas Anständiges zu essen, können nicht damit umgehen und verfallen dem Erbrechen, um trotzdem den Ansprüchen zu genügen.

Connors verweist darauf, dass zahlreiche Wissenschaftler, wie Brownmiller (1984), Garner, Garfinkel, Schwartz und Thompson (1980) auf die Wichtigkeit eines bestimmten weiblichen Erscheinungsbildes in unserer heutigen Gesellschaft nachdrücklich aufmerksam gemacht haben. Heute wird Mädchen das Idealbild einer ‚superschlanken‘ Frau vorgesetzt, das die meisten von ihnen auf natürlichem Wege aufgrund ihrer genetischen Voraussetzungen nie erreichen können. (Connors 1996, S. 286)

2.3.4 Konfliktbewältigung

Nicht selten trifft es auch Mädchen aus Familien, in denen Konflikte nicht ausgesprochen beziehungsweise ausgetragen werden. Mädchen, die nicht lernen, wie man mit Problemen umgehen kann oder dass auch sie aussprechen dürfen, wenn sie mit irgendetwas nicht einverstanden sind, versuchen dann in ihrem Inneren die Konflikte auszutragen. Unter Aus-

schluss der Öffentlichkeit, nur sie und ihre Toilette werden miteinbezogen. So beginnen häufig Essstörungen. Die Wut und Unzufriedenheit wird hintergeschluckt und braucht mit der Zeit ein Ventil, das dann bei vielen das Erbrechen darstellt. Sie ‚kotzen‘ sich die Wut aus der Seele. Sie haben nie eine andere Möglichkeit der Konfliktbewältigung kennen gelernt. Sie wissen nicht, dass man nicht immer der gleichen Meinung mit dem Familienoberhaupt, das in vielen Familien das alleinige Sagen hat, sein muss. Streit und Diskussion müssen nicht immer etwas Negatives darstellen. Es kann oft sogar sehr bereichernd sein. Dies wird ihnen jedoch leider nicht vorgelebt. Ihnen wird das Gefühl vermittelt, dass ihre Meinung nicht zählt und prinzipiell schlecht oder falsch ist.

Ein anderes Extrem ist, dass Konflikte einerseits ausgetragen werden, andererseits jedoch keine Lösungen gesucht und gefunden werden. Die familieninterne Interaktion wird oft als unangenehm, gehässig, beschuldigend und verletzend beschrieben.

2.3.5 Zu hohe Erwartungen seitens der Familie – Leistungsdruck

Oft sind es auch junge Frauen, die aus Familien stammen, in denen ein immenser Leistungsdruck auf ihnen lastet. Sie sind ausgezeichnete Schüler und bringen immer gute Noten nach Hause. Sie sind extrem ehrgeizig und haben das Ziel vor Augen, erfolgreich zu sein und den Eltern keine Schande zu machen. Die Angst, nur aufgrund ihrer schulischen und später universitären Erfolge geliebt und anerkannt zu werden, lodert in ihrem Inneren. Sie gestehen sich keinen Ausrutscher zu, aus Angst nicht mehr die geliebte Tochter zu sein. Die eigenen Bedürfnisse und Wünsche werden hintangestellt, um die der Eltern erfüllen zu können. „Im Essen lebt das essgestörte Mädchen das Bedürfnis aus, sich gehen zu lassen, ohne Kontrolle und ohne Ansprüchen zu genügen. Mit dem Erbrechen löst sie das Problem, dennoch äußerlich perfekt zu bleiben, und passt sich den Erwartungen an“. (Langdorff 2003, S. 148)

„Bulimie erscheint dem entsprechend auf der individuellen Ebene als Ausdruck ungelöster Konflikte zwischen zwei als inkompatibel erlebten Selbstanteilen: einem als schwach, bedürftig, abhängig und daher ‚defekt‘ erlebtem Selbst, das verborgen und in der bulimischen Impulshandlung kurzfristig ‚befriedigt‘ wird, und einem nach außen präsentierten leistungsfähigen, kompetenten, aktiven ‚starken‘ Selbstanteil, der durch ein schlankes Aussehen repräsentiert wird.“ (Reich 2003, S. 42)

„Meine Eltern blieben weiterhin stumm und offenbar auch blind. Sie wollten einfach nicht sehen, was mit ihrer Tochter passierte. Dünn sein war wohl nicht genug. Auch als schlanke Frau, die nach heiler Welt aussah, gelang es mir nicht, Aufmerksamkeit und ein bisschen Liebe von ihnen zu erhaschen. Vielleicht fehlte der berufliche Erfolg? Ich begann zu lernen, arbeitete wie ein Tier. Keine Pause zu machen, nicht durchzuatmen und keinen Moment Ruhe zu haben schien gut zu sein. So musste ich meinen Hunger nicht fühlen. Ich wollte nicht spüren müssen, dass ich mehr litt als jemals zuvor, mich selbst zermalmte, mich aufrieb und zerstörte. Das Loch in meinem Herzen, das nie auch nur die geringste Füllung erfahren hatte, die klaffende Wunde in meiner Seele tat so weh. Ich wollte keine Zeit mehr haben, das spüren zu müssen. Außerdem musste ich jede noch so kleine Chance nutzen, um meinen Eltern beweisen zu können, dass ich ihrer Liebe doch würdig war.“ (Herbst 2002, S. 90ff.)

2.3.6 Missbrauchserfahrungen

In den letzten Jahren wurde in Fachkreisen häufig diskutiert, ob Essstörungen und insbesondere Bulimia Nervosa mit Missbrauchserfahrungen korrelieren. Die Meinungen gehen auseinander.

„Eine gestörte körperliche und sexuelle Entwicklung kann in Zusammenhang mit einer frühen Missbrauchserfahrung stehen. Meist sind die Täter den Kindern bekannt und haben zu ihnen eine Vertrauensbasis. Die Täter

kommen häufig aus dem Verwandten- oder Freundeskreis der Familie. Sexueller Missbrauch hat niemals mit Liebe zu tun, auch wenn die vielfach zu Entlastung der Täter behauptet wird. Die Ess-Störung ist eine Möglichkeit, sich vor Übergriffen zu schützen, indem die Betroffenen niemanden an sich heranlassen und ihren Körper auszehren, sich unattraktiv machen, oder der verinnerlichte Missbrauch erbrochen wird. Im Zusammenhang mit Ess-Störungen scheint es einen großen Anteil an Missbrauch zu geben (ca. 70% bei Bulimikerinnen) [...]. Im Erwachsenenalter wird der Körper für seine ‚Schlechtigkeit‘ durch Aushungern, Vollstopfen und erzwungenes Erbrechen [...] bestraft.“(<http://www.esstoerungen.at>, 13.07.2006)

Andere hingegen sagen wiederum, dass Missbrauchserfahrungen in der Adoleszenz sehr traumatisierend sein können und durchaus auch eine Essstörung auslösen können, „allerdings ist insgesamt nur eine Minderheit bulimischer Patientinnen von sexuellen Missbrauch betroffen. Grenzverletzungen durch Lächerlichmachen, Verletzen von Gefühlen oder unvorhersehbares Verhalten scheinen bei der Entstehung von Essstörungen und von Unzufriedenheit mit dem Körper oft bedeutsamer zu sein [...].“ (Reich 2001, S. 53)

„(...) ob wir die eigene körperliche Entwicklung annehmen oder uns dagegen wehren und uns halb tothungern, um ja keinen Busen oder weiblich gerundete Hüften zu kriegen. Wir ringen mit dem Essen, während wir in Wirklichkeit mit den Hormonen zu kämpfen haben. Manche Frauen stopfen sich voll und erbrechen anschließend alles, und den Schmerz sexuellen Missbrauchs zu kaschieren, andere fressen sich fett, um potentielle Annäherungsversuche von vornherein zu unterbinden, während wieder andere ewig auf Diät sind, damit sie für das andere Geschlecht möglichst attraktiv bleibt.“ (Oakes-Ash 2001, S. 12)

2.3.7 Berufsbranchen

Auch in einigen Berufsbranchen, wie zum Beispiel der Flugbegleitung und dem Film- und Theatergeschäft, werden bestimmte Schlankheitsansprüche an Frauen gestellt. Eine schlanke, zierliche Figur ist Voraussetzung und Aufnahmekriterium für viele Berufe. Vor allem von Modells wird ein schon die Gesundheit gefährdendes Gewicht erwartet. Und gerade Modell zu werden, ist ein Kindheitstraum vieler Mädchen.

Hinzu kommt, dass Frauen in vielen Berufen für die gleiche Arbeitszeit weniger Lohn als Männer erhalten und dass das in zwei Berufssparten nicht der Fall ist, in der Fotomodellbranche und in der Prostitution. Daher ist es nicht unbedingt verwunderlich, wenn viele junge Mädchen dieses Ziel, Fotomodell zu werden, verwirklichen wollen, auch wenn sie dafür den Preis des Abhungerns zahlen müssen. (ebd., S. 13)

Auch die Berufsgruppe der Sportler bleibt nicht von dem Thema Essstörungen verschont. Es hat sich sogar eine Sonderform etabliert. Die so genannte ‚Anorexia Athletika‘:

„Von der Anorexia athletica sind vornehmlich Sportler aus Disziplinen betroffen, in denen neben der sportlich – technischen Leistung auch ein körperliches Idealbild gefordert wird.“ (www.dgsp.de, 19.03.2008) Zu diesen Sportarten gehören beispielsweise Eiskunstlauf, rhythmische Sportgymnastik, Synchronschwimmen oder Tanz.

Ein weiteres Paradebeispiel für Essstörungen im Spitzensport sind Skispringer. Wenn sie ein Mindestgewicht überschreiten, haben sie keine Chance mit der Weltspitze mit zu fliegen (siehe Kapitel 2.4).

2.4 Männer und Essstörungen

Immer mehr Männer erkranken an Essstörungen. Die Frage, warum gerade in der heutigen Zeit, immer mehr Männer davon betroffen sind, stellt sich notgedrungen. Nur ist es wirklich so, dass heutzutage immer mehr

Männer daran erkranken? Oder ist es vielmehr so, dass es früher, genauso wie es bei Mädchen/Frauen vor einiger Zeit der Fall war, ein Tabuthema war und sich heute immer mehr trauen sich zu outen? Gehört es sich bei Männern, der Tradition nach, nicht noch viel weniger eine Schwachstelle zu haben? Und diese Schwäche dann auch noch öffentlich zu zeigen und zuzugeben. Das war früher undenkbar und heute für viele mit Sicherheit auch noch schwer vorstellbar. Männer sind doch das starke Geschlecht, die uns Frauen beschützen sollen. Wie soll denn ein Mann mit Problemen, wie einer Essstörung, das noch schaffen?

„Machos haben keine Magersucht.“ (<http://www.maja-langsdorff.de>, 23.02.2006) Diese Aussage von Langsdorff ist sicher plakativ formuliert und stark verkürzt aber dennoch treffend.

Es gab immer schon essgestörte Männer, nur wollte es unsere Gesellschaft noch weniger wahrhaben als bei Frauen. Es wird lieber weggeschaut und so getan, als wäre alles in Ordnung. Es wird so getan, als ob es wenigstens in der Männerwelt solche Probleme nicht gäbe. ‚Darüber spricht man(n) nicht...!‘ – Dies ist auch ein Titel von einem Buch: *Darüber spricht man(n) nicht ...! – Magersucht und Bulimie bei Männern* von Wappis. Er schreibt in seinem Buch über seine eigene Geschichte seiner Magersucht, aber auch über Essstörungen im Allgemeinen, sowie über Therapieangebote und -formen. (vgl. Wappis 2005)

Es gibt verschiedene Studien aus Deutschland, die zeigen, wie viele Männer mittlerweile wirklich schon von Essstörungen betroffen sind. Laut einer Studie des Deutschen Instituts für Ernährungsmedizin in Aachen ist jeder 12. Mann betroffen. (vgl. <http://www.heimat.de>, 03.01.2005) Der Göttinger Ernährungswissenschaftler Pudiel hat aufgrund einer Befragung von 3.000 Männern in Deutschland 10% (!) aller deutschen Männer für essgestört befunden. (<http://www.maja-langsdorff.de>, 23.02.2006)

Rados, Psychiaterin an der Psychosomatischen und neurologischen Abteilung des LKH Villach, meint, dass das offizielle Verhältnis zwischen den Geschlechtern bei 9:1 läge. Ihr klinischer Eindruck ist aber, dass es schon

mehr sind. Und auch die Dunkelziffer ist schon viel höher. (zit. nach: Pistotnig 2005, S. 10)

Oft wissen Burschen bzw. Männer gar nicht, dass sie an einer Essstörung leiden. In der Männerwelt sind Themen wie Bulimie, Anorexia nervosa oder Adipositas nicht so stark verbreitet. Es braucht noch viel Aufklärungsarbeit in diesem Gebiet beim männlichen Geschlecht.

Es ist nicht mehr so, dass nur von Frauen eine bestimmte Figur und ein bestimmtes Aussehen erwartet wird. Auch wenn der Druck von Seiten der Gesellschaft schlank zu sein viel stärker auf den Frauen lastet, gibt es auch für Männer bereits genaue Vorstellungen, wie ihr Körper sein soll. Es wird von ihnen erwartet, dass sie einen Waschbrettbauch, eine ‚Kornettofigur‘ – breite Schultern und schmale Hüften – haben. Und im Allgemeinen einfach muskulös und schön sind:

„In den neunziger Jahren haben aber Modeschöpfer, Fitness-Studios, Kosmetikkonzerne endlich auch den Mann entdeckt. Der neue Adam ist schön, stark, schick – und natürlich ist er schlank und muskulös. Ein ansehnlicher, duftender Männerkörper darf nicht den obligatorischen Schwimmring aufweisen. Der Euro-Mann achtet auf Kalorien, macht Bodybuilding und legt sich, wenn alles nichts fruchtet, zum Fettabsaugen auf den Operationstisch. Das Geschäft mit dem Schönheitsbewusstsein des Mannes boomt.“ (Langsdorff 2003, S. 116)

Silvia Pistotnig schreibt in einem Artikel im Magazin *Gesundes Leben*: „Der Waschbrettbauch lacht von der Plakatwand, Metrosexualität und Androgynität sind Definitionsbegriffe der ‚neuen Männlichkeit‘“. (Pistotnig 2005, S. 9)

Aber auch ein Großteil der Männerwelt, schafft es nicht, diesem Ideal auf ‚normalem‘ Weg zu entsprechen und stürzt sich in eine der Essstörungen.

Es gibt die eine Gruppe von Burschen und Männern, die nicht so genau auf das ‚was‘ oder ‚wie viel‘ sie essen, achten. Sie versuchen eher durch exzessives Sporttreiben abzunehmen, oder ihre Figur zu halten. Es geht ihnen nicht darum, möglichst wenig Kilogramm auf die Waage zu bringen, was bei fast allen Frauen auf jeden Fall im Vordergrund steht, sondern ihr

Ziel ist es, ihren Körper in die richtige Form zu bringen. Sie dürfen sogar viel wiegen, solange dieses Gewicht aufgrund von Muskeln zustande kommt und nicht Fett als Ursache hat. Um dieses Phänomen, sich so viele Muskeln anzutrainieren wie nur irgendwie möglich, zu beobachten, muss man nur ein paar Stunden in einem Fitnessstudio verbringen. Da geht es nur mehr darum, wer mehr Kilogramm stemmen kann, wer den größeren Bizepsumfang hat oder den größten Oberschenkelmuskel. Ein Mädchen, das selbst jahrelang an Essstörungen litt, hat dieses Phänomen so schön als ‚Bigarexie‘ beschrieben. So ‚big‘ wie nur irgendwie möglich. Auch das kann zur Sucht werden. Wenn dann zum Beispiel einmal ‚aufpumpen‘ pro Tag nicht mir ausreichend ist.

Zur anderen Gruppe zählen Sportler, bei denen es wirklich darum geht, ein geringes Körpergewicht zu haben, damit sie überhaupt die Chance haben, eine gute Leistung zu erbringen. Zu diesen Sportarten gehört allen voran mit Sicherheit das Skispringen. Skispringer können nur mit extrem niedrigem Gewicht die Leistung erbringen, die sie an die Weltspitze führt. Sie werden ständig kontrolliert, ob sie den vorgeschriebenen BMI (=Body Mass Index) nicht überschreiten. Wenn sie nicht leicht wie eine Feder sind, können sie nicht weit springen. Üblich ist ein Gewicht von 50-60kg bei einer Größe von 1,85 m. Beispiele dafür sind der Deutsche Sven Hannawald, der bei einer Größe von 1,83 m nur 54kg auf die Waage brachte, oder der Skandinavier Lattinen bei einer Größe von 1,85m 63 kg. Bei so einem Untergewicht muss man wohl schon von einer Essstörung ausgehen. Auch Balletttänzer, Jockeys und Ausdauersportler wie Marathonläufer zählen zu den Risikogruppen. Sie sind im Vergleich zur Normalbevölkerung verstärkt von Essstörungen betroffen.

Auch die Berufsgruppe männlicher Models kann man zu der gefährdeten Gruppe zählen.

Zur dritten Gruppe zählen die, die mit sich selbst, ihrem Leben und ihrer Umgebung, sei es ihr Job, ihre Freunde oder ihre Familie nicht zurechtkommen und Zuflucht in einer Essstörung suchen. Sie wollen durch ihre

abgemagerten Körper einen ‚Hilfeschrei‘ an die Gesellschaft abgeben, auch wenn dies gar nicht immer ihr bewusstes Ziel oder ihre Absicht ist. Es ist für Männer auf jeden Fall schwieriger sich zu outen als es mittlerweile für Frauen ist, weil die breite Öffentlichkeit Essstörungen, egal ob es sich um Bulimie oder Anorexie handelt, typische Frauenkrankheiten sind. Auch wenn Experten auf diesem Gebiet mittlerweile ganz anderer Meinung sind. (vgl. Wappis 2005, S.137; Langsdorff 2002; <http://www.maja-langsdorff.de>, 23.02.2006)

3 Bindung und Beziehung

3.1 Grundsätzliches und Definitionen zu den beiden Begriffen

Was versteht man grundsätzlich unter dem Begriff Bindung? Assoziationen wie Beziehung, Zusammengehörigkeit, Menschen brauchen einander, um zu leben. Liebe, Nähe, Sicherheit, aufeinander schauen und füreinander da sein verknüpft man sofort mit dem Wort Bindung.

Es gibt fast niemanden, für den Beziehungen zu anderen Menschen nicht das Wichtigste im Leben darstellen. Die Qualität der ersten Lebensjahre ist bestimmt durch eine gute Beziehung zu den Betreuungspersonen. Im Verlauf des weiteren Lebens rücken dann Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern, Gleichaltrigen, Lehrern, Arbeitskollegen und viele anderen in den Vordergrund. Die ersten intimen Liebesbeziehungen haben auch einen großen Stellenwert in der Entwicklung der Persönlichkeit. Es ist wichtig, sich im Laufe des Lebens auch außerhalb der Familie ein dichtes soziales Netz aufzubauen zum Schutz der psychischen und physischen Gesundheit. (Hinde 1993, S. 7) Der Mensch ist und bleibt ein Wesen, das soziale Kontakte braucht um sich wohlzufühlen.

„Die Bindungstheorie und die Bindungsforschung befassen sich mit der Psychologie von den besonderen Beziehungen zwischen Bindungspersonen und ihren Kindern.“ (Ahnert 2004, S. 21)

Ainsworth (1913-1999) hat 1973 Bindung folgendermaßen beschrieben: „Bindung ist die besondere Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern oder Personen, die es beständig betreuen. Bindung ist im Gefühl verankert und verbindet das Individuum mit der anderen, besonderen Person über Raum und Zeit hinweg.“ (zit. nach: Kißgen 2004, o. S.)

Bowlby (1907-1990) brachte 1982 eine Definition seiner Sicht von Bindungsverhalten heraus: „Unter Bindungsverhalten wird, kurz gesagt, jede Form des Verhaltens verstanden, das dazu führt, dass eine Person die Nähe eines anderen differenzierten und bevorzugten Individuums, das

gewöhnlich als stärker und oder klüger empfunden wird, aufsucht oder beizubehalten versucht. Wenngleich das Bindungsverhalten während der Kindheit besonders deutlich sichtbar ist, wird angenommen, dass es für den Menschen von der Wiege bis zum Grab charakteristisch ist.“ (ebd., o. S.)

Darüber hinaus fasste Bowlby 1958 fünf Grundannahmen zum Thema Bindung zusammen:

1. „Bei der Bindung handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Eltern-Kind-Beziehung.
2. Die Bindungsbeziehung ist zu unterscheiden von Abhängigkeit.
3. Das Bindungssystem ist wie andere Verhaltenssysteme biologisch fundiert.
4. Die Erfahrungen des Kindes mit seinen Bindungspersonen finden ihren Niederschlag in psychischen Repräsentationen.
5. Bestimmte Repräsentationen von frühen Bindungserfahrungen weisen einen Zusammenhang auf mit späteren psychopathologischer Auffälligkeit.“ (ebd., o. S.)

Auf einige dieser Punkte werde ich später in diesem Kapitel noch zu sprechen kommen.

Diese Auflistung zeigt, wie wichtig eine feste Bindung und Beziehung an eine Person für Neugeborene ist. Auch die Qualität dieser Beziehung ist entscheidend. Es ist für das Baby und für die Entwicklung einer guten und sicheren Bindung von großer Bedeutung, dass das Verhalten seiner primären Bezugsperson vorhersehbar und den Bedürfnissen des Säuglings angemessen ist.

Man nimmt mittlerweile an, dass eine Bindung für den Menschen genauso wichtig, wenn nicht sogar wichtiger ist, wie etwa das Bedürfnis nach Nahrung oder Wärme. In der ersten menschlichen Beziehung des Babys liegt der Grundstein seiner Persönlichkeit und Beziehungsfähigkeit.

Die Sekundärtriebtheorie, auf die ich später noch einmal zurückkommen werde, nimmt dagegen an, dass sich Neugeborene nur ihrer physiologischen Bedürfnisse wegen für ihre Bezugspersonen interessieren.

Gerade in der ersten Lebensphase wird das Fundament für alle im Leben folgenden Beziehungen gelegt. „Trotzdem ist diese bedeutende Phase keine Prägungsphase – auch in späteren Entwicklungsphasen können neue Beziehungserfahrungen die Bindungsfähigkeit beeinflussen. Aber positive Grundsteine als Basis sind nötig, damit die Entwicklung des Kindes in allen Bereichen gelingen kann.“ (<http://www.knetfelder.de>, 24.11.2007)

Je öfter ein Kleinkind die positive Erfahrung des liebevoll Umsorgtwerdens gemacht hat, umso besser kann es diese guten Erfahrungen im Inneren verfestigen. Erik Erikson spricht dabei vom so genannten ‚Urvertrauen‘: „Eine wiederholt gemachte positive Erfahrung eines liebevollen Umsorgt- und Genährtwerdens ermöglicht es dem Kind, diese guten Erfahrungen zu verinnerlichen. Die Verinnerlichung dieser befriedigenden Erfahrungen ermöglicht es dem Baby nach und nach, diese Quelle des Guten in sich zu spüren, es durch immer wieder gemachte Erfahrungen als Teil seiner eigenen Persönlichkeit zu erleben, die es ihm auch möglich macht, die ebenso vorhandenen Frustrationen, Enttäuschungen und Zurückweisungen zu akzeptieren und auch bei sich die guten und bösen Gefühle wahrzunehmen. Überwiegen die guten Erfahrungen, so ist auch das Bild der Welt ein friedliches und optimistisches, dem ein grundlegendes Gefühl des Erwünschtseins und der Lebensfreude entspricht.“ (zit. nach: Diem-Wille 2003, S. 24)

3.2 Unterschiedliche Theorien zum Thema Bindung und zur Entwicklung von Bindung

Während man in der psychoanalytischen Literatur noch den Begriff ‚Objektbeziehung‘ verwendet, spricht man in nachfolgenden Theorien von ‚Bindung‘ und ‚Bindungsfigur‘.

Vertreter verschiedener Theorien sind sich weitgehend einig, dass die erste menschliche Beziehung des Kindes der Grundstein zur Entwicklung seiner Persönlichkeit ist. Auch darüber, dass innerhalb der ersten zwölf Lebensmonaten ein starkes Band zu einer Mutterfigur, sei es die leibliche Mutter oder eine Ziehmutter, aufgebaut wird. Uneinigkeit herrscht jedoch darüber, wie schnell dies vonstatten geht, welche Prozesse dieses Band am Leben erhalten, wie lange es bestehen bleibt und welche Funktion man ihm zuschreiben kann. (vgl. Bowlby 2006, S.176-179)

Bis etwa 1958 John Bowlby seine Theorie zu Bindungen und Harlow seine ersten Arbeiten veröffentlichte, gab es vier verschiedene Haupttheorien über das kindliche Band in der psychoanalytischen und anderen psychologischen Literatur. Bowlby beschreibt die vier Theorien wie folgt (ebd., S. 176f.):

„1. Das Kind verspürt eine Reihe von physiologischen Bedürfnissen, vor allem nach Nahrung und Wärme, die erfüllt werden müssen. Babys, die sich für eine menschliche Figur, besonders die Mutter, interessieren und sich an diese binden, tun das als Resultat der Erfüllung ihrer physiologischen Bedürfnisse, und weil sie allmählich lernen, dass sie die Quelle der Befriedigung ist. Ich werde dies die Theorie vom Sekundärtrieb nennen, ein Begriff, der aus der Lerntheorie stammt. Man hat dies auch als Essliebe-Theorie der Objektbeziehungen bezeichnet.

2. Bei Säuglingen besteht eine angeborene Neigung, sich auf eine menschliche Brust zu beziehen, an dieser zu saugen und sie oral zu besitzen. Allmählich lernt der Säugling, dass zu der Brust eine Mutter gehört

und bezieht sich auch auf diese. Ich schlage vor, dies die Theorie des primären Objektsaugens zu nennen.

3. Bei Säuglingen besteht eine angeborene Neigung, Kontakt mit einem menschlichen Wesen aufzunehmen und sich an dieses anzuklammern. In diesem Sinne besteht ein nahrungsabhängiges ‚Bedürfnis‘ nach Nahrung und Wärme. Ich schlage vor, dies die Theorie des primären Objektanklammerns zu nennen.

4. Der Säugling empfindet Bedauern darüber, dass er den Mutterleib verlassen musste, und sehnt sich danach zurück. Dies wird als die Theorie der primären Sehnsucht nach Rückkehr in den Mutterleib bezeichnet.“

Die Sekundärtriebtheorie ist von den vier oben genannten die bekannteste und gleichzeitig am meisten diskutierte. Seit Freud wird sie sowohl für wissenschaftliche Texte der Psychoanalyse als auch für diverse Lerntheorien herangezogen. (ebd., S. 177)

Es ist allerdings zu bemerken, dass „diese Art von Theorie [...] auf Annahmen beruht, [und] nicht auf der Beobachtung und dem Experiment basiert.“ (ebd., S. 206)

Wie bei der ersten Hypothese schon kurz beschrieben, geht die Sekundärtriebtheorie davon aus, dass das Band zwischen Mutter und Kind nur durch das Gefüttert- und Ernährtwerden aufrecht erhalten wird. Das Kind braucht seine Mutter aufgrund seiner physischen Bedürfnisse. Es sind „vor allem von Trieben stammende Impulse und deren Befriedigung oder Nichtbefriedigung, die im Zentrum des Interesses stehen. Körperliche Lust oder Unlust bei der Nahrungsaufnahme, bei der Ausscheidung oder bei der Exploration des eigenen Genitales färben die Wahrnehmung des Objektes.“ (Ahnert 2004, S. 45)

Bei Bowlby rückt die psychische und emotionale Ebene in den Vordergrund. Seine Hypothese unterscheidet sich von allen vier oben angeführten Theorien. Bowlby stützt sich auf die Instinkttheorie. „Sie postuliert das

Band zwischen Kind und Mutter als Produkt der Aktivität einer Anzahl von Verhaltenssystemen, deren voraussehbares Ergebnis die Nähe zur Mutter ist.“ (Bowlby 2006, S. 177)

Am ehesten ist die Hypothese von Bowlby noch mit Punkt zwei oder drei vergleichbar.

Ahnert beschrieb die Bindungstheorie folgendermaßen:

„Die Bindungstheorie und die moderne Psychoanalyse stellen an Stelle von Trieben andere Bedürfnisse in den Vordergrund: die nach Spiegelung, nach Kommunikation und Affektaustausch, nach Körperkontakt zum Zwecke der Erlangung eines Gefühls der Sicherheit usw.“ (Ahnert 2004, S. 45)

Bei Bowlby wird das Bindungsverhalten auf die Aktivierung bestimmter Verhaltensweisen zurückgeführt und richtet sein Augenmerk nicht mehr nur auf ‚Triebe‘ und ‚physische Bedürfnisse‘. Alle Verhaltensweisen von Kindern, die Nähe zur Mutter herbeiführen beziehungsweise aufrechterhalten, sind Komponenten des Bindungsverhaltens. Auch wenn sich ein Neugeborenes noch nicht fortbewegen kann und somit die Nähe der Mutter oder anderen Bezugspersonen nicht aktiv herstellen kann, ist es trotzdem von der Geburt an mit genügend Verhaltensformen ausgestattet, um dieses Ziel zu erreichen.

Angefangen über offensichtliches Signalverhalten wie schreien, weinen, rufen, vor sich her ‚brabbeln‘ und lächeln bis hin zum ‚Sich-Anklammern‘ und nicht nährendes Saugen. Mit der eigenen Fortbewegung kommt es dann zusätzlich zum Nachfolgen, Annähern und Suchen.

Die Sekundärtriebtheorie wurde erstmals 1935 durch die Untersuchung von Lorenz an Enten und Gänsen in Frage gestellt. Er fand heraus, dass Jungenten beziehungsweise Junggänse unmittelbar nach dem Schlüpfen dem nächstbesten, sich bewegenden Objekt nachfolgen. Unabhängig davon, ob es sich dabei um die leiblichen Müttervögel, ein Männchen oder etwas leblos Materielles handelt, und ziehen dieses Objekt bereits nach nur kurzer Zeit allen anderen Bezugsobjekten vor. Sie bauen eine Bindung auf, ohne Nahrung oder Wärme von diesem Bezugsobjekt zu erhalten.

Genauso gibt es ein Experiment mit Rhesusaffen. Es wurden dafür acht Affenbabys hergenommen, die als Ersatzmutter die Wahl zwischen einem Stoffmodell beziehungsweise einem Drahtmodell bekamen. Vier von ihnen bekamen ihr Futter vom Stoffmodell, die restlichen bekamen es jedoch vom Drahtmodell. Es wurde gemessen, wie viel Zeit sie bei welchem Modell verbrachten. Die Studie ergab, dass die Affen unabhängig davon, von wem sie ihr Futter erhielten, mehr Zeit mit der ‚Stoffmutter‘ verbrachten. Nur für die kurze Zeit der Nahrungsaufnahme widmeten sie sich dem Drahtmodell:

„Diese Daten machen deutlich, dass Kontaktkomfort eine Variable von kritischer Bedeutung in der Entwicklung des Affektreaktionsvermögens gegenüber der Ersatzmutter (d.h. dem Modell) ist und dass das Füttern eine nebensächliche Rolle spielt. Mit zunehmendem Alter und wachsender Gelegenheit zu lernen reagiert ein Baby, das von einer milchspendenden Drahtmutter gefüttert wird, nicht mehr auf sie – wie eine Triblehre voraussagen würde –, sondern reagiert immer stärker auf seine nicht milchspendende Stoffmutter. Diese Ergebnisse stehen in krassem Gegensatz zu einer Triebreduktionstheorie der Affektentwicklung.“ (Bowlby 2006, S. 209)

Obwohl für Menschen noch nicht viel Beweismaterial gegen die Sekundärtriebtheorie vorliegt, sprechen doch einige Faktoren des menschlichen Verhaltens dafür, dass sie sich in diesem Bereich nicht allzu sehr von den nichthumanen Säugetieren unterscheiden.

Auch die Tatsache, dass Kinder Beziehungen zu gleichaltrigen Spielpartnern oder auch oft älteren Kindern aufbauen, von denen ihre physiologischen Bedürfnisse, wie Nahrung, nicht wirklich beachtet und noch weniger gestillt werden, spricht für die Bindungstheorie nach Bowlby. Genauso haben Erwachsene, die sich eigenständig um ihr Nahrungsbedürfnis kümmern können, ein großes Verlangen nach Beziehungen und Bindungen. Kinder suchen sich ihre Bindungspartner nach dem Kriterium der Feinfühligkeit (siehe Kapitel 3.7) aus.

Es geht den Kindern einfach darum, soziale Kontakte zu knüpfen und Freunde für sich zu gewinnen. Schon im ersten Lebensjahr schenken Kinder dem Spiel oder Verhalten anderer Kinder große Aufmerksamkeit. Es fällt auch auf, dass Kinder sich Kindern gegenüber anders verhalten als gegenüber der Mutter. Hartup „deutet diese Unterschiede als Anzeichen für den Aufbau eines ‚specific peer repertoire‘. Obwohl viele von einer Seite begonnenen Interaktion vom anderen Kind nicht beantwortet werden, entstehen bald rudimentäre Formen des Aufeinander-Eingehens (turn taking), die sich allmählich zu längeren Sequenzen entwickeln [...].“ (Krappmann 1993, S. 42)

Besondere Aufmerksamkeit schenken Kleinkinder den Kindern, die sozial schon etwas geschickter und kompetenter sind als sie selbst. Deshalb kommt es oft zu Beziehungen zu Kindern, die ein paar Monate älter sind. Altersungleichen Partner übernehmen andere Funktionen als die gleichaltrigen Kinder. Nach einer Untersuchung von Lewis und Mitarbeitern (1975) ahmten jüngere Kinder ihre älteren Spielkameraden häufig nach beziehungsweise wurde ihnen von den Älteren vermehrt Spielzeug angeboten. Unter ungleichaltrigen Kindern herrschte weniger Körperkontakt, jedoch mehr Zuneigung füreinander. (ebd., S. 42)

3.3 Umstellungen und Ängste durch eine Geburt

Die Umstellung nach der Geburt des Säuglings – vor allem bei der des ersten Kindes – ist für alle Beteiligten groß.

„Wie auch immer und wann auch immer die Nachricht eintrifft: Die Eltern werden wissen, dass sie in einen neuen Lebensabschnitt eingetreten sind. Ihre Abhängigkeitsgefühle gegenüber den eigenen Eltern müssen der Verantwortung weichen. Ihre Zweierbeziehung muss sich zu einer Dreiecksbeziehung entwickeln.“ (Brazelton/Cramer 1990, S. 29)

Für die Mutter und das Kind ist das Gefühl, miteinander verschmolzen zu sein, plötzlich verschwunden. Es kommt zu einer radikalen Veränderung

durch den Verlust der Zusammengehörigkeit von einer Minute auf die andere. „Der Tag der Geburt ist für die Mutter ein Tag körperlicher Belastung, seelisch-emotionalen Bangens und schließlich sozialer Freude.“ (Friedrich 2003, S. 15)

Aber nicht nur die Mutter, sondern auch Vater, Geschwister und Großeltern müssen ihr Leben nach einem neuen und unbekanntem Wesen richten. Wie groß die Umstellung für Geschwister ist, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum einen ist das Alter des Kindes entscheidend. Kinder unter zwei Jahren können mit der Ankunft eines Geschwisters in der Regel besser umgehen, als Kinder zwischen zwei und fünf. Die zweite entscheidende Einflussgröße ist die psychische Verfassung der Mutter, wie sie mit der erneuten Schwangerschaft zurechtkommt. Auch wie die Beziehung zwischen Mutter und Kind vor der Geburt des zweiten Kindes war, ist von Bedeutung. (Ahnert 2004, S. 49) Mitentscheidend ist auch wie das Kind auf die Geburt des Geschwisterchens von Seiten der Eltern vorbereitet wird. Wenn so eine Vorbereitung auf das neue Geschwister nicht erfolgt, wird das Kind nicht verstehen, warum plötzlich jemand anderer im Mittelpunkt steht und die Eltern nicht mehr all ihre Aufmerksamkeit nur ihm widmen können. Es ist wichtig, dass Eltern die Eifersuchtsreaktionen des Kindes gegenüber dem neuen Familienmitglied ernst nehmen und darauf eingehen, damit einer guten Beziehung zwischen den Geschwistern nichts im Wege steht.

Träume und Erwartungen an das Kind, die werdende Eltern in der Zeit der Schwangerschaft entwickeln, müssen dem realen Wesen weichen.

„Vor der Geburt ihres Kindes sind sie als Elternpaar in froher Erwartung, wenn das Kind dann endlich da ist, sind sie verunsichert. Wenn es um das Aufziehen des Kindes geht, sind sie oral und schließlich, bei ihren Erziehungsbemühungen zur Autonomie des Kindes, anal fixiert. Sie werden geplagt von sozialer Anpassungsleistung, Leistungsangst, Reifungsangst und dergleichen mehr. Sie durchlaufen die Zeit der ödipalen Phase, in der sie um ihr Kind buhlen und eifersüchtig darüber wachen, wen der beiden Elternteile das Kind wohl lieber habe.“ (Friedrich 1999, S. 11)

Hinzu kommt noch die Angst, dem hilflosen Neugeborenen, das sich noch nicht wehren kann und der seine Wünsche und Bedürfnisse noch nicht explizit äußern kann, weh zu tun. Sie haben die Befürchtung das Verhalten ihres Kindes nicht richtig zu interpretieren und ihnen somit Schaden zuzuführen. Viele haben auch anfangs Zweifel die richtigen Fähigkeiten zu entwickeln, um den ungeheuren Anforderungen zu entsprechen und die neue Herausforderung trotzdem genießen zu können. (Kißgen 2004, o. S.) Jedoch reagieren aufmerksame Eltern beinahe automatisch richtig auf die Bedürfnisse ihres Kindes. Damit das funktionieren kann, ist das Baby von Geburt an mit genügend Verhaltensweisen ausgestattet, um seine Befindlichkeit auch ohne Sprache auszudrücken. „Der Mensch ist als Nesthocker überlebensnotwendig auf Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen und seit seiner Geburt mit Verhaltensweisen und Neigungen ausgestattet, die ihm die Beziehung zu anderen ermöglichen. Zu diesen Verhaltensweisen gehören von Anfang an vokale, mimische und körpersprachliche Signale – noch nicht aber Sprache, das herausragende Symbolsystem.“ (Ahnert 2004, S. 162)

„Neben der Befriedigung und Stillung der lebensnotwendigen Bedürfnisse wie Ernährung, Schlaf und Körperpflege wird die erste individuelle Kommunikation durch das reflexhafte Lächeln des Kindes nach wenigen Wochen ausgelöst und somit findet eine Form von Beziehung, eine Vorstufe von Erziehung statt.“ (Friedrich 2003, S. 19)

Auch die äußere Erscheinung des Säuglings, mit seinen großen hilflos dreinblickenden Augen, dem flauschigen Haaren, die winzigen Zehen und Fingern und noch vieles mehr, lassen den menschlichen Pflorgetrieb, fast von selbst, in Aktion treten. Man will dieses kleine, süße ‚Etwas‘ pflegen und umsorgen.

Passend zu diesen Annahmen, gibt es über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung folgendes Zitat von Bowlby: „Ohne kraftvolle, angeborene Reaktionen, die dem Kind die mütterliche Fürsorge und Nähe während seiner Kindheit garantieren, würde es sterben.“ (zit. nach: Brazelton/Cramer 1990, S. 61)

Anfangs ist es nicht immer leicht, alle Signale, die ein Kind sendet, richtig zu interpretieren, aber wenn man offen und aufmerksam ist, lernt man es schnell.

Um dies zu vereinfachen, sind auch Eltern mit ein paar Verhaltensweisen ausgestattet, die sie völlig unbewusst von Anfang an einsetzen. Dazu zählen:

- Einhalten eines optimalen Reaktionszeitfensters
- Das verbale und präverbale Verhalten der Eltern
- Das Herstellen und Aufrechterhalten von Blickkontakt
- Die Regulation des Wachheits- und Erregungszustandes

„Die meisten dieser Verhaltensweisen werden von den Eltern intuitiv (ohne bewusste Reflexion) eingesetzt und entstehen spontan in der Interaktion mit dem Kind. Dem elterlichen Interaktionsverhalten wird eine intuitive Didaktik zugeschrieben, deren Ziel die Förderung der kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes ist.“ (Ahnert 2004, S. 148f.)

Es ist wichtig, dass von Seiten der Eltern der Säugling als eigenständiges Individuum angesehen wird, um eine Beziehung aufbauen zu können. Der Säugling besitzt von Beginn an eine eigene Persönlichkeit, die berücksichtigt werden muss. (Diem-Wille 2003, S. 16)

„Die Beziehung des Paares Mutter und Baby ist aber immer auch von der Beziehung der Mutter zum Vater des Babys beeinflusst, sodass es sich immer um Beziehungen von drei Personen handelt.“ (ebd., S. 16)

Aufgrund der großen Veränderung im Leben durch die Geburt, leidet jedoch in einigen Fällen die Vater-Mutter-Beziehung anfänglich stark. Die Väter müssen erst damit umgehen lernen, dass das Baby plötzlich das Wichtigste im Leben der Mutter ist. Alles dreht sich um das Kind. Alle Gespräche drehen sich ausschließlich um das neue Wesen. Auch alle Freizeitaktivitäten müssen auf das neue Familienmitglied abgestimmt werden. Es gibt kein spontanes Fortgehen und um die Häuser ziehen mehr. Dazu kommt, dass die ganze Liebe dem kleinen Baby gespendet wird.

Diese unendliche Liebe kann von Zeit zu Zeit ins genaue Gegenteil kippen. „Freud hat das große Verdienst gezeigt zu haben, dass menschliche Beziehungen immer von Ambivalenz gekennzeichnet sind. Das heißt von gleichzeitig wirkenden unterschiedlichen Gefühlsqualitäten, die rasch wechseln können.“ (Diem-Wille 2003, S. 16)

Die Motivation, warum ein Kind entstanden ist, ist in gewisser Weise bedeutsam für die Bereitschaft der Eltern, sich um das Kind zu kümmern. Man kann aber keine sichere Vorhersage für den Verlauf der Entwicklung treffen.

Vermuten kann man jedoch, dass Paare, bei denen die Schwangerschaft geplant war, mit großer Wahrscheinlichkeit anders auf ihr Baby ein- und zugehen, als Eltern, bei denen das Kind ‚passiert‘ ist und den werdenden Eltern ganz und gar nicht in die Lebensplanung passt.

3.4 Abhängigkeit und Bindung

Man muss auch eine klare Trennung der beiden Begriffe Abhängigkeit und Bindung vornehmen. Mit Sicherheit ist ein Neugeborenes völlig von der Pflege seiner Mutter abhängig. So kurz nach der Geburt kann man auch noch von keiner Bindung sprechen. Eine Bindung baut sich erst „aufgrund der täglich stattfindenden Interaktionen.“ (Datler/Ereky/Strobel 2002, S. 56) mit der Zeit auf. Wie lange es dauert, kann man nicht allgemein sagen. Bei manchen Mutter-Kind Konstellationen dauert es länger beziehungsweise kürzer als bei anderen. Circa ab dem sechsten Monat kann man in den meisten Fällen eine Bindung erkennen.

Während die Abhängigkeit im Laufe des Lebens immer weniger wird, baut sich eine Bindung, mit steigendem Alter immer mehr auf. Ab einem gewissen Alter, so etwa um die Geschlechtsreife, ist der Zustand der Abhängigkeit innerhalb persönlicher Beziehungen nicht mehr wünschenswert. Der Zustand der Bindung bleibt hingegen ein ganzes Leben lang geschätzt.

Immer wieder braucht man in vielen, vor allem in den schwierigen Lebenssituationen gerade die Personen, zu denen man von Klein auf eine gute Bindung und Beziehung hatte. Es ist wichtig, dass jeder Menschen hat, bei denen er weiß, dass sie ein Leben lang für einen da sind. Auch wenn es zwischendurch auch in diesen Beziehungen Höhen und Tiefen gibt, dieses Band reißt nicht so schnell.

3.5 Bindungen entstehen nur, wenn beide Seiten aktiv sind

Bowlby zeigt zwei unterschiedliche Formen von Verhaltensweisen auf, die eine Bindung begründen. Einerseits gibt es das sogenannte „Signalverhalten, das bewirkt, dass die Mutter zum Kind kommt“, andererseits das „Annäherungsverhalten, das bewirkt, dass das Kind zur Mutter kommt.“ (Bowlby 2006, S. 237)

Beide Tatsachen, jene der Art und Weise, wie die Mutter das Kind pflegt, mit ihm umgeht und wie stark sie auf es eingeht und jene, dass das Kind von sich aus die Initiative ergreift, Interaktion mit der Mutter aufrechtzuerhalten, spielen für das Bindungsverhalten eine nicht unerhebliche Rolle. Man kann sogar erst dann von einem Bindungsverhalten sprechen, wenn das Kind dazu in der Lage ist, die Nähe zur Mutter aufrecht zu erhalten. Schon nach zwei Monaten und immer mehr im Laufe des ersten Lebensjahres zeigt das Kind aktives Verhalten, um Nähe und Interaktion mit der Mutter herzustellen. Zusammenfassend kann man sagen, dass Bindung das Resultat des Verhaltens beider Seiten ist.

Diese Verhalten zeigen sie regelmäßig und stark bis zum Ende des dritten Lebensjahres. Von da an schaffen sie es, mit der Abwesenheit der Mutter besser umzugehen. Was aber nicht heißen soll, dass sie die Bindung zu ihren Eltern plötzlich gar nicht mehr benötigen oder beanspruchen. Dieser Übergang kann ohne jegliche Vorzeichen vonstatten gehen. Kinder schaffen es oft von einem Moment auf den anderen, sich alleine zu beschäfti-

gen oder sich in der Zeit der Abwesenheit mit anderen, ihnen bekannten Personen die Zeit zu vertreiben.

Dazu sind aber nur diejenigen Kinder im Stande, die bis zu diesem Zeitpunkt eine gute und sichere Bindung zu ihrer Bezugsperson aufgebaut haben und gelernt haben, dass Verlass auf die Bindungspersonen ist. (ebd., S. 201) Kinder müssen wissen, dass sie in Krisensituationen immer noch auf die Eltern zurückgreifen können. Dieses Gefühl ist wichtig, damit Kinder sich trauen, etwas alleine zu erkunden und auszuprobieren. Wenn sie doch Hilfe benötigen, wissen sie, dass sie sie bekommen. Man kann hier von Bindungssicherheit sprechen. „Bindungssicherheit lässt sich als ein Zustand beschreiben, bei dem ein Kind Vertrauen in die Verfügbarkeit seiner Bezugsperson hat [...]“ (Ahnert 2004, S. 82)

Keine Verhaltensweise wird von stärkeren Gefühlen begleitet als das Bindungsverhalten. Den Figuren, auf die es sich richtet, wird Liebe entgegengebracht und ihre Ankunft wird mit Freude begrüßt.

Nicht nur das Schreien und Nachfolgen, wenn die Mutter das Kind verlässt, sondern auch die freudige Begrüßung, Annäherung und Erleichterung sind typische Verhaltensweisen des Bindungsverhaltens:

„Die Mutter [...] unterstützt das Kind, indem sie seine Bindungsbedürfnisse aufgrund ihrer empathischen Interpretation seines Ausdrucksverhaltens ‚erkennt‘ und angemessen und prompt darauf reagiert. Das phylogenetische Bindungssystem des Kindes ist insofern umweltstabil, als es sich an jede Mutter bindet, selbst an eine ‚Rabemutter‘.“ (ebd., S. 28)

Jedoch kann man davon ausgehen, dass sich in letzteren Fällen keine sichere Bindung entwickeln wird, sondern die Qualität der Bindung unsicher oder desorganisiert sein wird. Man kann daher sagen, dass die Bindungsqualität ‚umweltstabil‘ ist. Eine sichere Bindung kann nur entstehen, wenn die Bindungsperson prompt, konstant und einfühlsam auf das Baby reagiert.

Auch wenn beinahe in der gesamten Literatur nur von der leiblichen Mutter die Rede ist, kann ein Baby genauso zu einer Pflegemutter oder Adoptivmutter eine sichere Bindung aufbauen.

3.6 Arten von Bindung

In Kapitel 3.4 war schon ein paar Mal von unterschiedlichen Bindungsqualitäten die Rede. Wie man auf diese Kategorien gekommen ist, werde ich nun kurz schildern. Bowlbys „Beobachtung, dass Mütter kindliche Bindungsbedürfnisse (d.h. ihre Bedürfnisse nach emotionaler Sicherheit und Geborgenheit) auf unterschiedliche Art und Weise beantworten und Kinder folglich unterschiedliche Bindungserfahrungen machen, führte dazu, dass die Beschäftigung mit subtilen qualitativen Unterschieden in der Mutter-Kind-Beziehung zunehmend in den Mittelpunkt des bindungstheoretischen Interesses rückte.“ (Datler/Ereky/Strobel 2002, S. 56)

Ainsworth und Witting entwickelten daraufhin 1969 ein standardisiertes Beobachtungsverfahren, um die Qualität der verschiedenen Bindungen experimentell festzustellen. Dieses Verfahren wird ‚Fremde Situation‘ genannt. Mit diesem Verfahren kann man einen Ausschnitt von Bindung beleuchten. Es handelt sich also nur um eine Momentaufnahme.

Mit dieser Untersuchung unterscheiden Ainsworth und ihre Kollegen zwischen drei verschiedenen Bindungsformen. Die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung und die unsicher-ambivalente Bindung. Mit der ‚Fremden Situation‘ wird in einem dem Kind unvertrauten Versuchsraum untersucht, wie Kinder im Alter von zwölf bis maximal zwanzig Monaten auf eine Trennung ihrer Mutter reagieren. Es wird auch beobachtet, wie sie sich während der Abwesenheit der Mutter und bei ihrer Rückkehr verhalten. „Es wird beurteilt, wie das Kind die Bezugsperson als sichere Basis für seine Erkundungen und als Hafen der Sicherheit bei Belastung nutzt.“ (Ahnert 2004, S. 86)

Was mit sicherer Bindung gemeint ist, wurde in diesem Kapitel schon ein paar Mal erwähnt. Die Eltern dieser Kinder deuten ihr Verhalten richtig und reagieren prompt und angemessen auf die Signale. Sicher gebundene Kinder haben „aufgrund ihrer Interaktionsgeschichte [...] eine grundsätzlich positive Erwartungshaltung ausgebildet, die von Vertrauen in die physische wie emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen gekennzeichnet

ist, sowie von der Fähigkeit, negative Gefühle in emotional belastenden Situationen offen zuzulassen beziehungsweise auszudrücken.“ (Dattler/Ereky/Strobel 2002, S. 56) Sicher gebundene Kinder suchen nach Situationen, die sie belastet oder ihnen Angst eingejagt haben, sofort die Nähe und Trost bei ihrer Mutter.

Bei der unsicher-vermeidenden Bindung „überwiegt das Explorationsverhalten, keine emotionale Orientierung zur Mutter als Sicherheitsbasis [...]. Bei Trennung reagiert das Kind kaum, es zeigt seine Belastung nicht. Bei Wiedervereinigung vermeidet es Kontakt durch Blickvermeiden, Vermeiden von Körperkontakt, Wegdrehen des Körpers von der Bezugsperson. Die Orientierung ist auf Spielsachen gerichtet.“ (Ahnert 2004, S. 87)

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder sind „hoch belastet beim Betreten des Versuchsraumes, es zeigt wenig Exploration. Bei Trennung ist es stark beunruhigt, weint, bei der Wiedervereinigung wechseln Nähe suchen und quengeln oder Ärgerausbrüche ab. Diese Kinder können sich entweder aktiv-ärgerlich oder passiv gegenüber der Mutter verhalten.“ (ebd., S. 88)

Für ältere Kinder gibt es neben der ‚Fremden Situation‘ noch einige andere Untersuchungen, um die Bindungsqualität festzustellen, wie zum Beispiel ‚Attachment Organization in Preschool Children‘ von Cassidy und Marvin, das Zweieinhalb- bis Viereinhalbjährige untersucht oder ‚The Preschool Assessment of Attachment von Crittenden‘, das Zweieinhalb- bis Fünfjährige untersucht. Sie halten sich primär an die traditionelle Beobachtung der ‚Fremden Situation‘, nur kommt es zu Veränderungen der Untersuchungssituation und Auswertungsmethode. Beispielsweise wird die sprachliche Ebene schon mitberücksichtigt und untersucht.

3.7 Feinfühligkeit und Sensitivität

In Kapitel 3.2 habe ich schon davon gesprochen, dass Bezugspersonen, damit es zu einer guten Bindung kommen kann, feinfühlig auf ihre Kinder

eingehen sollten. Unter Feinfühligkeit versteht man, dass man aus Sicht des Kindes handelt und versucht, sich in die Lage des Kindes zu versetzen, um richtig auf ihr Verhalten reagieren zu können. Je feinfühlicher Eltern mit ihren Kindern umgehen, umso mehr positive Verhaltensweisen können sich auf Seiten des Kindes entwickeln.

Um auf die Signale ihrer Kinder angemessen zu reagieren, müssen die Eltern die Fähigkeit von Feinfühligkeit entwickeln (Ainsworth 1977, S. 98-107):

Als sehr feinfühlig ist jene Mutter zu bezeichnen, die rasch die Signale ihres Kindes, seien sie deutlich oder subtil, wahrnimmt und darauf reagiert und nicht ihre eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund stellt. Die soll jedoch nicht heißen, dass alle Wünsche des Kindes erfüllt werden, aber immer versucht wird, nach akzeptablen Alternativen zu suchen. Die Interaktionen sind stets für beide Seiten zufriedenstellend.

Demgegenüber gibt es auch Mütter, denen es an Feinfühligkeit fehlt. Sie stellen ihre eigenen Bedürfnisse, Gemütsverfassungen und Anliegen stets in den Vordergrund. Nur hin und wieder gelingt es ihnen eher zufällig, richtig auf ihre Kinder einzugehen. Die Interaktionen sind weder angemessen noch vollständig.

Zwischen diesen beiden Extremen gibt es noch den Typus der ‚unbeständig feinfühlig Mutter‘. Diese reagiert teilweise aufmerksam und prompt auf die Signale, manchmal nicht ausreichend und zu langsam. Im Großen und Ganzen erweist sie sich häufiger als feinfühlig.

Das Problem besteht hier in der Vorhersagbarkeit des Verhaltens. Das Kind kann sich auf keine Reaktion einstellen. In manchen Krisensituationen wird es von seiner Mutter aufgefangen und erhält Liebe, in manchen wiederum nicht.

Durch feinfühliges Verhalten entwickeln Kinder ein großes Vertrauen in ihre Bezugsperson. Sie wissen um die Hilfsbereitschaft der Mutter und können mit dieser Sicherheit im Hinterkopf, auch alleine die Umwelt ausforschen. Sie wissen, dass sie jederzeit, wenn Probleme auftreten, auf die Hilfe oder Zuwendung der Mutter zurückgreifen können. Damit Kinder sich

trauen alleine etwas auszuprobieren, müssen sie auf die Verfügbarkeit ihrer Eltern vertrauen können.

Feinfühligkeit und eine sichere Bindung wirkt sich auf die gesamte Entwicklung eines Kindes positiv aus.

„Obgleich sichere Bindung nicht mit psychischer Gesundheit und unsichere Bindung keinesfalls mit Psychopathologie gleichzusetzen ist, zeigten zahlreiche Untersuchungen, dass sicher gebundene Kinder gegenüber unsicher gebundenen Kindern einige Entwicklungsvorteile haben.“ (Dattler/Ereky/Strobel 2002, S. 57) Angefangen davon, dass Kinder dadurch im Schnitt weniger weinen, mit ihren Aggressionen besser umzugehen wissen und Ängste bei ihnen nicht im Vordergrund stehen, bis hin zur besseren sprachlichen Entwicklung weisen sich auch mehr soziale Kompetenz auf.

Für eine gute Entwicklung, muss es Eltern auch gelingen, positive Emotionen des Kindes zu verstärken, negative hingegen zu reduzieren.

Neben der Feinfühligkeit wird auch die Sensitivität als Grundvoraussetzung für die Entwicklung einer sicheren Bindung gesehen.

Ainsworth hatte 1978 in einer ihrer Publikationen Sensitivität als essentielles mütterliches Verhalten genannt.

Ebenso argumentiert Bowlby 1988 dass eine ‚sensitive Mutter‘ freundlich auf Signale ihrer Kinder eingeht und bei Problemen Trost spendet und Hilfe leistet: „Sensitivität wird in der Bindungsforschung als notwendige und kausal wirksame Bedingung für die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung betrachtet [...], obwohl die Beziehung empirisch nur schwach ausgebildet ist [...].“ (Ahnert 2004, S. 113)

3.8 Bindungserfahrungen und Essstörungen

Es stellt sich die Frage, ob es zwischen diesen beiden Begriffen – Bindung und Essstörung – einen Zusammenhang gibt? Haben Bindungserfahrungen eine Auswirkung darauf, ob Menschen eine Essstörung entwickeln

oder nicht? Kann sich das Verhalten, auf physiologischer und emotionaler Ebene, von Eltern oder Freunden dem Betroffenen gegenüber negativ auswirken? Oder ist es ein Zufall, dass essgestörte Personen häufig aus Familien stammen, in denen es keine sicheren Bindungen gibt? Diesen Fragen gehen einige Fachleute anhand von Studien und Untersuchungen auf den Grund.

So ist etwa Bruch als eine der Pionierinnen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Essstörungen anzusehen. Sie zeigt in einem ihrer Artikel auf, dass „wenn die angeborenen Bedürfnisse des Kindes und die Reaktionen der Umgebung nur mangelhaft aufeinander abgestimmt sind“, ein „verwirrendes Durcheinander in seinem konzeptionellen Bewußtsein“ (zit. nach: Hörndler/Zitt 2004, S. 2) entsteht.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Gupta und Schork 1995, die in „einer nichtklinischen Population einen signifikanten Zusammenhang zwischen wahrgenommener fehlender taktiler ‚Nahrung‘ in der Kindheit und Schlankheitsstreben, Körperunzufriedenheit sowie aktuellen Wunsch nach mehr taktiler Berührung“ (Hörndler/Zitt 2004, S. 2) nachwiesen.

Zwei Studien, die sich speziell mit dem Thema ‚attachment and eating disorders‘ beschäftigen, möchte ich kurz mit ihren Zielen, Methoden und Resultaten vorstellen.

Die erste Untersuchung wurde von Ward und ihren Mitarbeitern durchgeführt. Sie richtete das Augenmerk speziell auf Anorexie und Bindung.

Das Ziel dieser Studie war es, das Bindungsverhalten stationierter Patienten und deren Müttern zu untersuchen und Bruchs Hypothese, dass abnormale Muster von Bindungen bei Müttern und Töchtern für Essstörungen von Bedeutung sein können, zu überprüfen.

Ward und ihre Mitarbeiter erwarteten Folgendes (Ward 2002, S. 498):

- einen hohen Grad an Unsicherheit unter den Patienten (magersüchtige Frauen mit oder ohne bulimischen Verhaltensweisen)
- dass die Mütter einen höheren Grad an Unsicherheit zeigen würden als die Durchschnittsbevölkerung

- und dass es möglicherweise Ähnlichkeiten bei den Bindungstypen bei Mutter-Töchter Paaren geben würde.

Die Untersuchung wurde in einem Zentrum für Essstörungen durchgeführt. Die Teilnehmer setzten sich aus Patientinnen mit der Diagnose ‚Anorexia Nervosa‘ nach DSM-IV und deren Mütter zusammen. 24 von 28 Patientinnen willigten ein, an der Studie mitzuwirken. (Ward 2001, S. 498) Von diesen 24 Teilnehmern blieben für die Auswertung schlussendlich 20 übrig. Eine brach während der Studie vorzeitig ab und bei drei Probanden war das Aufnahmegerät defekt. Auch 12 der 20 Mütter erklärten sich dazu bereit, bei der Untersuchung mitzuwirken.

Ward und ihre Mitarbeiter verwendeten für ihre Studie das ‚Adult Attachment Interview‘ (AAI), das ‚Clinical Interview Schedule‘ (Revised) (CIS-R) und einen von ihnen entwickelten Fragebogen, der auf Mütter von Mädchen mit Essstörungen ausgerichtet war. Es wurde hinterfragt, ob sie selbst bereits Probleme mit Alkohol, Drogen oder Essstörungen hatten beziehungsweise schon einmal in psychologischer Behandlung gewesen sind. (ebd., S. 499) Sie kamen zu folgendem Ergebnis:

“Nineteen (95%) daughters and 10 (83%) mothers were rated insecure on the AAI. Of these, 15 (79%) daughters and seven (70%) mothers were dismissive in type. (...) Women with anorexia nervosa and their mothers commonly have dismissive attachment style.” (ebd., S. 497)

Die Verteilung auf die verschiedenen Bindungsmuster unterschied sich eindeutig von der ‚Norm‘ aus vergleichbaren veröffentlichten Studien. Lediglich bei einer Patientin und zwei Müttern konnte man von einer sicheren Bindung sprechen.

Die zweite Studie, die ich kurz beschreiben werde, wurde von Ringer (Private Practice, New Zealand) und von Mc Kinsey Crittenden (Family Relations Institute, Miami, FL, USA) veröffentlicht. Ihr Ziel war es, Beziehungsmuster einer Gruppe von Frauen mit Essstörungen zu untersuchen, um festzustellen, welche Arten von Selbstschutzstrategien sie verwendeten und

darüber hinaus, ob es ein bestimmtes Verhältnis zwischen Strategie und Diagnose gab.

Sie hatten dafür 62 junge, anglo-australische Frauen mit einer Essstörung, nach den Kriterien von DSM-IV zu Verfügung. Davon litten 19 an Anorexia Nervosa, 26 an Bulimia Nervosa und 17 hatten ‚Bulimic Anorexia‘ – eine Mischform aus AN und BN. Zur Zeit der Untersuchung waren 50% der Frauen mit AN und 39% der Frauen mit BN in einer Klinik aufgenommen. 91% der Betroffenen mit AN und 62% mit BN wurden aufgrund ihrer Essstörung bereits psychologisch betreut und waren im Durchschnitt 24 Jahre alt.

Auch diese Studie nahm das ‚Adult attachment Interview‘ (AAI) zu Hilfe und zusätzlich ‚Crittenden´s Dynamic-Maturational Method‘:

„The results indicated that all women with an eating disorder were anxiously attached. About half used an extreme coercive Type C strategy while most of the others combined coercion with an extreme dismissing Type A strategy. The content of the AAI suggested lack of resolution of trauma or loss among the mothers and also of hidden family conflict between the parents. This in turn elicited extreme strategies for generating parent-child contingency from daughters.

Central in almost all cases was the women´s confusion regarding how parental behaviour was tied causally to their own behaviour.” (Ringer/Crittenden 2007, S. 119)

Es hat ganz den Anschein, dass es auf alle Fälle einen Zusammenhang zwischen Essstörungen und früheren aber auch späteren Bindungserfahrungen gibt. Allerdings sind Essstörungen nicht zwingend mit einem nicht funktionierenden Familiengefüge in Verbindung zu bringen. So wies etwa Andersen (1985) darauf hin, dass ein paar wenige Ausnahmen gibt, die in ihrem Leben ausreichend Unterstützung und Liebe, jedoch auch genug Spielraum, um sich selbst zu verwirklichen, vorgefunden haben. (Cierpka/Reich 2001, S. 128)

Andersen spricht auch die ‚ausreichende Getrenntheit‘ an. Bekommen viele Mädchen mit Essstörungen von ihren Eltern zu wenig Beachtung und

Aufmerksamkeit psychischer und physischer Natur, gibt es auf der anderen Seite auch Bindungen die zu eng sind. Viele Eltern können die vor allem in der Adoleszenz aufkommende Autonomie von Seiten ihrer Kinder nicht akzeptieren und zulassen. Die Angst ihre Kinder zu verlieren ist zu groß.

Auch Reich spricht diesen Punkt in seinem Buch *Familientherapie der Essstörungen* an. Er zeigt auf, dass es dazu kommen kann, dass eine zu enge Familienbindungen aufgebaut wurde und sich Jugendliche dadurch nicht von ihrer Familie trennen können. In diesem Fall „kann die Trennung über die Verweigerung des Essens ausgedrückt werden.“ (Reich 2003, S. 19)

4 sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen

In diesem Kapitel möchte ich das Institut ‚sowhat‘, in dem ich meine Therapie hatte, vorstellen.

Das Institut sowhat wurde 1993 für Menschen mit Essstörungen durch die private Initiative von Ärzten und Psychotherapeuten ins Leben gerufen. Tag für Tag werden um die 60 Klienten, darunter vorwiegend Frauen und Mädchen behandelt. (sowhat, S. 10)

Das Institut bietet auch telefonische Beratung an. sowhat ist die einzige ambulante Einrichtung im Raum Ostösterreich.

Das Institut bietet neben der medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung der Betroffenen auch Hilfestellungen für Angehörige sowie Fortbildungen für Mediziner/innen, Psychotherapeut/innen und Lehrer/innen an. sowhat schafft es durch den Vertrauensaufbau und die Öffentlichkeitsarbeit, die alle Beteiligten leisten, immer mehr Bewusstsein zum Thema Essstörungen zu schaffen, sowohl unter den Fachleuten als auch in der Bevölkerung.

Im Institut sowhat arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Gebieten, wie der Medizin, der Psychotherapie und der Psychologie interdisziplinär zusammen. Dies bietet den Personen, die an Essstörungen leiden, ein breites Spektrum an therapeutischen Möglichkeiten. Ein wichtiger Punkt, den das Institut auch verfolgt, ist, dass das Behandlungskonzept auf jede Person individuell abgestimmt wird. Da es durchaus passieren kann, dass ein Behandlungskonzept, der einen Patientin hilft, aber bei der nächsten keine Besserung hervorruft. Um dies zu vermeiden, wird auf die individuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten eingegangen. (sowhat, S. 10)

4.1 Aufgaben von sowhat

Aufgrund der medizinischen, psychotherapeutischen und psychologischen Betreuungsmöglichkeiten deckt sowhat folgende Aufgabenfelder ab:

- „den Zugang für die Betroffenen möglichst einfach und anonym zu gestalten.
- Durch den Einsatz eines breiten Spektrums an Therapieangeboten sowie durch die Integration von medizinischer und psychologischer/psychotherapeutischer Betreuung eine dauerhafte Gesundheit zu erreichen.
- Mit ambulanter Behandlung und langfristigen Therapieangeboten ein Verbleiben im schulischen bzw. beruflichen und sozialen Umfeld zu ermöglichen.
- Auch Eltern und Angehörige in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Soweit dazu Bereitschaft besteht.“ (sowhat, S. 3)

Es gibt in ganz Österreich die verschiedensten Institutionen und Einrichtungen, die mit sowhat kooperieren.

4.2. Das Leitbild von sowhat

sowhat folgt einer ganzheitlichen Sichtweise. Der Mensch wird als „ein autonomes und eigenverantwortliches Lebewesen, das aus Körper, Geist und Seele besteht“ (ebd., S. 11) gesehen. Diese Elemente sind eng miteinander verbunden und „stehen in einem kontinuierlichen Austausch und Veränderungsprozess. Das erfordert eine ganzheitliche Sichtweise in der Begleitung und Behandlung und einen integrativen Zugang von Ärzt/innen, Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen, Berater/innen und Expert/innen anderer Therapie- und Beratungsbereichen.“ (ebd., S. 11)

Die Krankheit und Beschwerden werden von den Therapeut/innen und Ärzt/innen nie abgetrennt von den Lebensumständen der jeweiligen Person gesehen. Es wird immer der aktuelle Kontext und die Lebens- und Beziehungssituation beachtet. (vgl. ebd., S. 11)

4.3 Qualitätsstandards

Neben einer fachspezifischen Ausbildung weisen alle Mitarbeiter von sowhat langjährige Berufserfahrung mit Essstörungen auf.

Es gibt auch einige Punkte, die die Teammitglieder zu erfüllen haben, damit die Qualitätssicherung gewährleistet ist:

- „Verpflichtende Teilnahme an den Teammeetings (monatlich)
- Mitarbeiter/innengespräche
- Interne Fortbildung durch externe Expert/innen und durch internen Kow-how-Transfer
- Gelebte Vernetzung in der Patient/innenbetreuung im Institut und mit Kooperationspartnern
- Fachbibliothek für Mitarbeiter/innen
- Kontinuierliche Supervision
- Evaluation durch interne und externe Studien und Forschungsprojekte“ (ebd., S. 12)

4.4 Medizinische Betreuung

Zu allererst erfolgt durch „Anamnese, klinische Untersuchung, Labor und EKG (nötigenfalls auch eine weitere diagnostische Maßnahme wie Gastroskopie u.a.) sowie internistische Abklärung lebensbedrohlicher Zustände bzw. Indikationserstellung zur Klinikeinweisung“ (Wappis 2005, S. 177), eine diagnostische Abklärung des körperlichen Zustandes. Die PatientIn-

nen werden über Folgen, Risiken und Begleiterscheinungen von Essstörungen informiert. Mögliche Folgen können Vitaminmangel, Elektrolytverlust, Herz-Kreislaufbeschwerden, Hormonstörungen, Verdauungsstörungen, Osteoporose, Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels, Anämie, Konzentrations- und Leistungsverlust, Karies und Haarausfall sein. Der Elektrolytverlust, um eine der vielen Folgen genauer zu beschreiben, kann sogar lebensbedrohlich werden. Ein Kalium und Natriumverlust, der durch häufiges Erbrechen, durch eine falsche, unausgewogene Ernährung oder durch einen Missbrauch von Abführmitteln zustande kommt, kann in manchen Fällen zu einem verlangsamten Pulsschlag, Herzrhythmusstörungen sowie auch zu einem Hirnödem führen.

„Ziel der Aufklärung ist es, die organischen Folgen von Essstörungen ernst zu nehmen und für die aktive Beteiligung am Gesundungsprozess zu motivieren. Die Klient/innen und Patient/innen werden über medikamentöse und verhaltenstherapeutische Maßnahmen informiert. Zur medizinischen Betreuung stehen praktische Ärzte/Ärztinnen, Fachärzt/innen für Innere Medizin, für Psychiatrie und Neurologie zur Verfügung.“ (sowhat, S. 5)

Durch die Ärzt/innen wird auf eine Entwicklung eines gesunden Essverhaltens eingegangen. Sie begleiten auch ihre Patient/innen bei einem neuen Aufbau ihrer Ernährung. Dabei wird auch speziell auf die Probleme des Verdauungstraktes, der durch eine Essstörung immer in Mitleidenschaft gezogen wird, geachtet. Auf einschlägige Diätvorschriften wird hingegen verzichtet. (sowhat, S. 5)

4.5 Psychotherapeutische Behandlung

„Ursachen verschiedener Essstörungen sind unterschiedlich schwerwiegende psychische Probleme. So drücken Essstörungen häufig psychischen Hunger und ungestillte Sehnsüchte aus.“ (sowhat, S. 6) Ein Teil, der an Bulimie erkrankten Mädchen fressen sich anhand von Lebensmittel

die Liebe in den Körper, die sie von ihrer Außenwelt, von ihrer Familie oder ihren Freunden gar nicht, in einem zu geringen Ausmaß oder auf falsche Weise bekommen. Der andere Teil versucht die Wut, die Enttäuschungen oder ihre Unzufriedenheit, die sie nicht anders auszudrücken schaffen, ‚herauszukotzen‘. Eine andere Möglichkeit wäre, so wie es die Mädchen versuchen, die an Magersucht leiden, mit ihrem Körper, der über längere Zeit dann nur mehr aus Haut und Knochen besteht, auf sich aufmerksam zu machen. Sie wollen damit ausdrücken: ‚Schaut her, mir fehlt etwas!‘ Sie können, allgemein gesagt, meistens ihre inneren Gefühle nicht richtig ausdrücken, es fehlt ihnen das Gespür für den eigenen Körper, sie haben Kontaktschwierigkeiten und Konflikte innerhalb der Familie. Wodurch junge Mädchen, aber auch immer mehr Burschen animiert werden, an ihrer Krankheit festzuhalten, sind mit Sicherheit die gesellschaftlichen Normen wie z. B. Schönheitsideale, Leistungsdruck und der Körperkult, der heutzutage auch viel zu stark von den Medien in die falsche Richtung getrieben wird.

Die psychotherapeutische Behandlung von sowhat findet in Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie statt. Folgende Methoden werden hierbei angewandt:

1. „Personen- und Klientenzentrierte Psychotherapie: Sie wird auch ‚Gesprächstherapie‘ genannt. Der Patient hat die Möglichkeit sich durch den Therapeuten, der eine wertschätzende, einführende und kongruente Haltung einnimmt, seiner Gefühle, Ansichten (über die Familie, Freunde, usw.), Vorstellungen bewusst zu werden. Der Therapeut versucht mit dem Patienten Lösungsstrategien zu entwickeln.
2. Systemische Familientherapie: Es ist nicht in jedem Fall sinnvoll die ganze Familie miteinzubeziehen, aber oft trägt die Familie dazu bei, dass Menschen an Essstörungen leiden. In diesen Fällen ist es von Nutzen, die einzelnen Familienmitglieder samt ihren Sichtweisen und Interaktionsmustern genau zu betrachten, da jedes Glied Einfluss auf

das System hat. Dieses Einbeziehen anderer ermöglicht eine Erweiterung des Problem- und Lösungssystems.

3. Psychoanalyse: „Ziel der psychoanalytischen Behandlung ist es, Einschränkungen im Erleben der Patienten/der Patientin dadurch aufzulösen, dass Unbewusstes bewusst gemacht wird. Defizite in der inneren und emotionalen Wahrnehmung werden vor dem Hintergrund einer positiven Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin bearbeitet. Dabei wird die soziale Kompetenz aufgebaut. Dem Klienten/der Klientin wird ermöglicht, mehr Selbstbewusstsein, Sicherheit und Selbstgefühl zu entwickeln.“ (<http://www.sowhat.at>, 16.01.2006)
4. Gruppenpsychoanalyse
5. Gestalttherapie
6. Hypnosetherapie
7. Logotherapie und Existenzanalyse
8. Körpertherapie
9. Musiktherapie
10. Kunsttherapie
11. Bewegungsanalyse
12. Verhaltenstherapie
13. Psychodrama
14. Dynamische Gruppenpsychotherapie
15. Katathym Imaginative Psychotherapie

4.6 Psychologische Betreuung

Die psychologische Betreuung der Klienten bei sowhat wird von erfahrenen Psychologen durchgeführt. In absolut vertraulichen und professionell abgehaltenen Gesprächen wird nicht nur auf die Problematik der Essstö-

rungen, sonder auch auf alle Fragen der Betroffenen eingegangen. Dieses Angebot gibt es auch für Angehörige, Freunde und Lehrer.

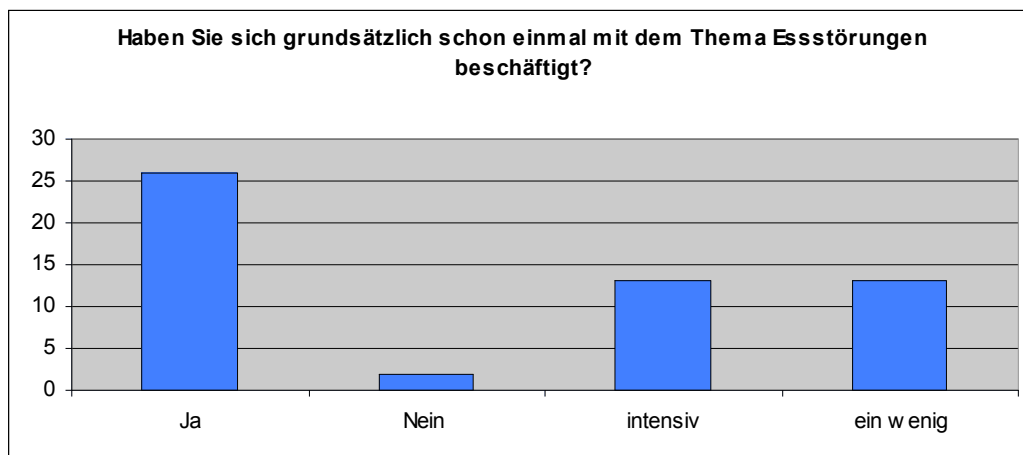
5 Interviews

Wie schon in der Einleitung erwähnt, geht es in diesem Kapitel um die von mir geführten Interviews. Bei den Befragten handelt es sich um 28 Professoren zwei verschiedener AHS in Wien. Die Interviews basieren auf dem folgenden halbstandardisierten Fragebogen:

- Haben Sie sich grundsätzlich schon einmal mit dem Thema Essstörung beschäftigt?
- Sind Sie in ihrer Laufbahn als Lehrer bereits mit dem Problem Essstörung konfrontiert worden?
- Wenn ja, woran haben Sie es erkannt, dass das Mädchen/der Junge an einer Essstörung leidet?
Wenn nein, woran glauben Sie, kann man eine Essstörung erkennen?
- Was gedenken Sie zu tun, wenn Sie es bei einem/einer ihrer SchülerInnen vermuten?
Würden Sie das Kind/den Jugendlichen darauf ansprechen?
- Wenn Sie schon einmal ein Mädchen/einen Jungen darauf angesprochen haben, wie hat sie/er reagiert? Abweisend? Erleichtert? ...
Oder wie glauben Sie, dass sie/er reagieren würde?
- Haben sie sich grundsätzlich schon einmal informiert, wo es Hilfe für Personen mit Essstörungen gibt, wo Sie Schüler hinschicken könnten?
- Wussten Sie, dass es auch für Sie als Lehrer Möglichkeiten zur Ausbildung zu diesem Thema gibt, wie z.B. Seminare bzw. Informationstage?
- Glauben Sie, dass man die Eltern informieren sollte?

Ich habe alle Interviews nach der qualitativen Inhaltsanalyse (strukturierte Inhaltsanalyse) mit Hilfe von Balkendiagrammen ausgewertet und dargestellt. Um nicht zu viel Material zu verlieren, habe ich zusätzlich jede Frage mit einzelnen Zitaten ausgewählter Interviewpartner unterlegt.

Frage 1:



Ich war sehr positiv davon überrascht, dass sich lediglich zwei der befragten Lehrer, noch nie mit dem Thema Essstörungen beschäftigt haben. Von den 26 Lehrern meinte die Hälfte, sich bereits sogar sehr eingehend damit auseinander gesetzt zu haben.

Die zweite Hälfte hatte immerhin ein wenig aus den Medien, Zeitungen, Fachzeitschriften aufgeschnappt.

„Jein, Ja, ich würde sagen Ja. Ich hab einmal etwas darüber gelesen, aber nicht wirklich sehr viel.“ (Interviewpartner 26)

Für einige war es selbstverständlich, sich aufgrund ihrer Berufsbranche für dieses Thema zu interessieren. Andere meinten, dass sie sich notgedrungen damit auseinander setzen mussten, weil sie in der Schule bereits mit Essstörungen konfrontiert wurden:

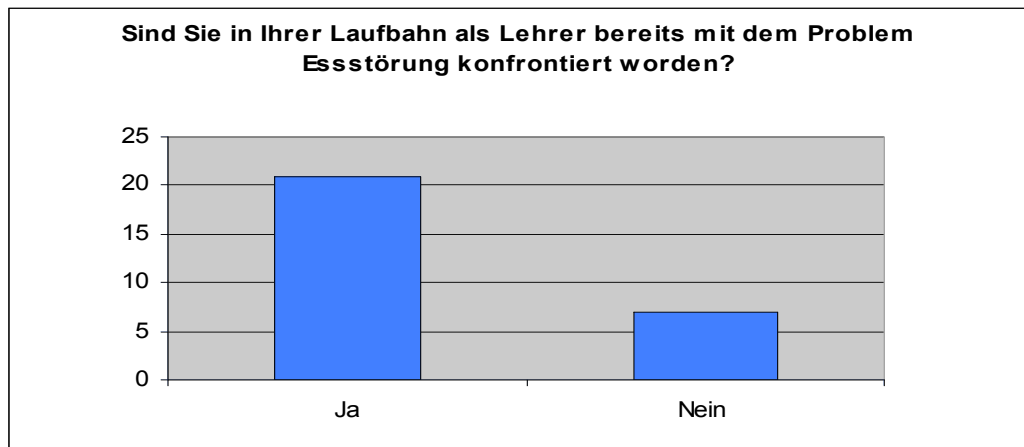
„Notgedrungen bleibt einem nichts anderes übrig, wenn man seit dreißig Jahren SchülerInnen hat. Ja, darüber gelesen und mit Fachleuten darüber gesprochen, wie man da reagieren soll. [...]“ (Interviewpartner 11)

„Ja auf jeden Fall. Auch im Rahmen von der Schule kommt das notgedrungen immer wieder vor.“ (Interviewpartner 1)

„Gezwungener Maßen, weil wir – doch ja natürlich – kommt ja immer mehr in der Schule vor, nicht?! Ich habe mich direkt bei Kolleginnen informiert, die das vom Fach her kennen.“ (Interviewpartner 23)

„Oh ja, in der Schule eigentlich, weil wir ja doch immer einige Fälle haben, wo der Verdacht auf Magersucht gegeben ist.“ (Interviewpartner 25)

Frage 2:



21 von den 28 Interviewpartnern wurden in ihrer Laufbahn als Lehrer bereits mit dem Problem Essstörungen konfrontiert. Einige von ihnen sehr intensiv, andere hatten nur peripher damit zu tun:

„Ja, aber sehr peripher.“ (Interviewpartner 22)

„Also generell ja, aber nicht unbedingt in meiner Klasse. Ich habe eine dritte Klasse und da habe ich das eigentlich noch nicht gehabt. Aber in der Oberstufe schon.“ (Interviewpartner 9)

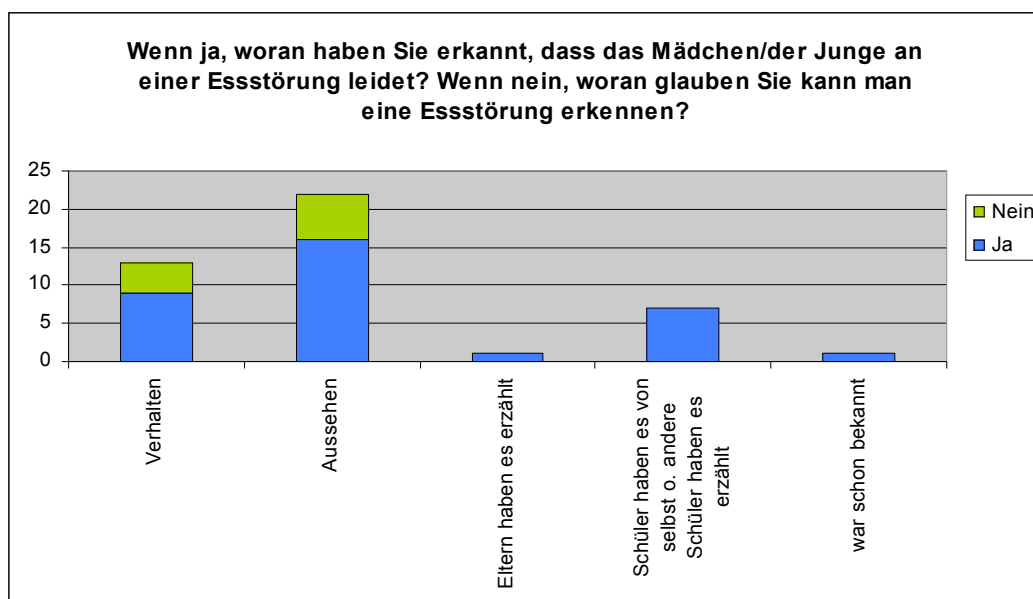
„Ja, einmal ist eine Schülerin wirklich ins Spital gekommen und war ganz, ganz gefährdet. Also sie war fast am Sterben. Ich weiß nicht, wie es weitergegangen ist, weil ich dann irgendwie den Kontakt verloren habe.“ (Interviewpartner 14)

„Sehr! Massiv! Von einer Schülerin, die halt wirklich sehr, sehr stark darunter gelitten hat und das hat sich noch verstärkt, wie sie dann auch angefangen hat sich zu ritzen. Also sie hat ein sehr enges Verhältnis zu mir aufgebaut. Sie wollte ständig mit mir sprechen bis zu dem Punkt, wo ich gesagt habe: ‚ich kann nicht mehr‘. Ich habe ständig versucht ihr professi-

onelle Hilfe anzurufen, aber irgendwann habe ich gesagt, ich kann nicht mehr helfen, sie muss sich an Ärzte wenden.(...)“ (Interviewpartner 1)

Nur sieben Lehrer meinten, in der Schule noch nie mit dem Thema Essstörungen in Kontakt gekommen zu sein.

Frage 3:



Die Mehrzahl der Lehrer, die eine Essstörung schon einmal bei einem ihrer Schüler/einer ihrer Schülerinnen entdeckten, als auch jene, denen es noch nicht untergekommen war, meinten es am Aussehen beziehungsweise am Verhalten der SchülerInnen erkannt zu haben oder zu erkennen.

Bei vielen kamen blitzschnell Assoziationen, wie nur mehr Haut und Knochen, dürre Körper oder auch fehlende Gesichtsfarbe über die Lippen:

„Sie ist schon dünner geworden, aber das wäre nicht so auffällig geworden, eher dass sie total fahl wurde [...].“ (Interviewpartner 1)

„Die ist wirklich total abgemagert, sie war nur noch Knochen und Haut [...].“ (Interviewpartner 14)

„Naja, bei den meisten Mädels, dass sie extrem dünn sind. Und ich habe auch gefunden, sehr von den Leistungen, also, sehr stark nachgelassen haben bzw. sehr unkonzentriert. Also, es zeigt sich dann schon auch im Verhalten [...].“ (Interviewpartner 9)

„Woran man das erkennen kann? Naja, beim Essen sieht man sie ja oft nicht, die Kinder. Aber durch den wahrscheinlich doch relativ hohen Gewichtsverlust, der sich irgendwann einmal zeigt und meistens versuchen sie, das dann durch weite Kleidung zu kaschieren. [...].“ (Interviewpartner 17)

„Schwierig. Am Verhalten wahrscheinlich – die Unkonzentriertheit und dass sie nicht aufpassen.“ (Interviewpartner 15)

„An der extremen Gewichtsabnahme und auch diesem ausgezehrt wirken, also nicht gesund schlank [...]. Nicht in allen Fällen, mitunter auch Konzentrationsprobleme und mitunter auch Probleme in der Klasse bzw. im Turnunterricht zu vermeiden, sich vor anderen ausziehen zu müssen.“ (Interviewpartner 11)

„An der Dürrheit!“ (Interviewpartner 10)

Wenn sie sehr dünn sind. Auf Schikurs z.B. auch übertriebener Bewegungsdrang manchmal.“ (Interviewpartner 8)

„Naja, Magersucht ist relativ leicht zu erkennen, glaube ich, weil das ja irgendwann einfach sichtbar wird.“ (Interviewpartner 25)

„Da kann ich jetzt einmal zwei Varianten von Essstörungen unterscheiden: Fettleibigkeit und die Bulimie oder die Anorexie. Und ja, bei den bisschen molligeren Kindern ist es wohl klar, bei extrem Dünnen vielleicht auch, aber alles was dazwischen liegt, ist schwer zu erkennen.“ (Interviewpartner 26)

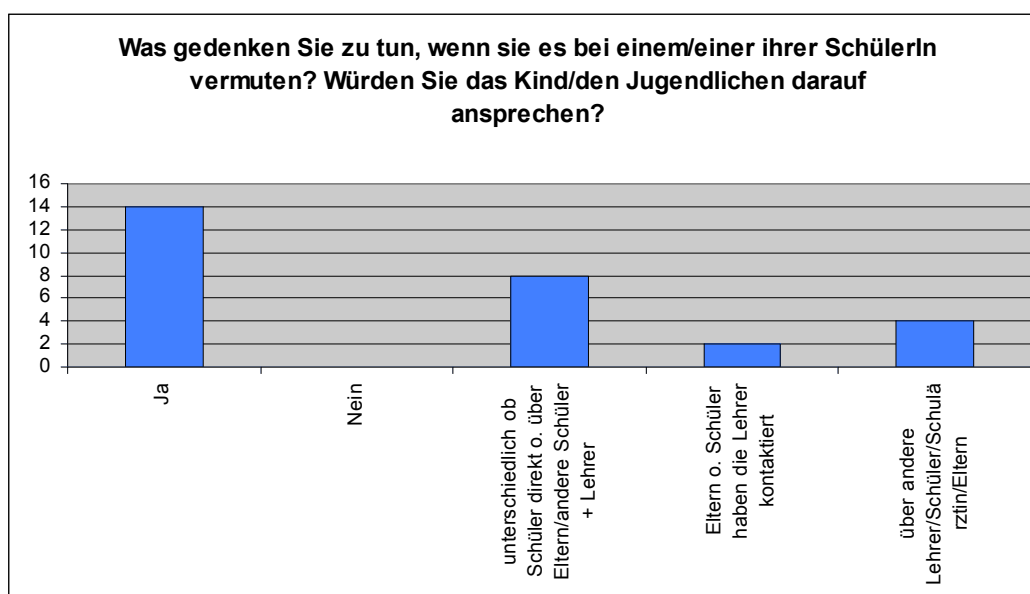
Bei ein paar wenigen wurde es den Lehrern von den Eltern, anderen Schülern oder den Schülern selbst erzählt, dass es bezüglich Essverhalten und Abnehmen Probleme gibt:

„Also, bei einem Bub hat es mir die Mutter gesagt, dass war eine Reaktion auf die Scheidung. [...]“ (Interviewpartner 20)

„Naja erkannt, erstens einmal sind sie auf mich zugekommen, sie haben Probleme [...].“ (Interviewpartner 6)

„Erstens einmal wird es von den Klassenkolleginnen natürlich weiter erzählt und man sieht es natürlich. Ich habe eine Schülerin gehabt, die einfach nicht gegessen hat auf einer Exkursion, auf einem viertägigen Rom-Aufenthalt.“ (Interviewpartner 19)

Frage 4:



Fast die Hälfte der befragten Lehrer würde, wenn sie bemerken würden, dass ein Kind Probleme hat und vor allem die Vermutung da ist, dass sie möglicherweise an einer Essstörung leiden, die Schülerin/den Schüler direkt darauf ansprechen. Nicht vor der ganzen Klasse, sondern vorsichtig und diskret in einem Vier-Augen-Gespräch. Auch wenn es vordergründig einfach nur darum geht, den Schülern anzubieten, für sie da zu sein und ein offenes Ohr zu haben:

„Ich habe sie darauf angesprochen, wenn sie mit mir darüber reden will, dass sie das kann und sie ist dann auch ein paar Mal gekommen.“ (Interviewpartner 3)

„Ja, also ganz vorsichtig. Ich mach das nicht vor der Gruppe, also nicht vor der Großturngruppe - weil meistens sieht man das natürlich beim Sport leichter, aber auch im Psychologieunterricht und leite dann auch sofort an Therapien oder an Therapeuten oder Krankenhäuser weiter. Ich habe da einige Adressen zu Hause, wo ich also immer schaue, dass eine Überleitung stattfindet. Nicht zu jedem Zeitpunkt ist das Kind in der Lage das anzunehmen. Zum Teil überschneidet es sich auch, also die Kombination aus Essstörungen und Selbstverletzungen sind auch groß. Und ich bin da eigentlich sehr sorgsam im Hinblick darauf.“ (Interviewpartner 13)

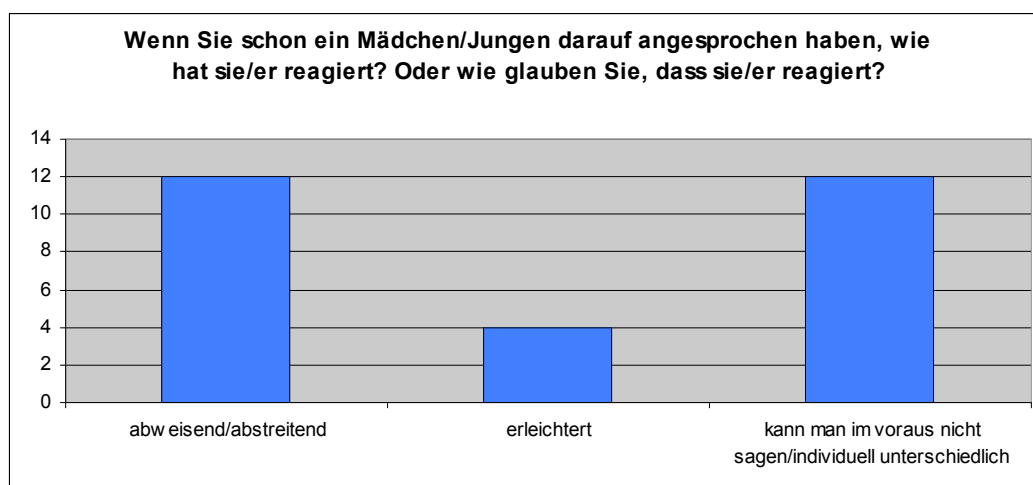
Ich fand es sehr positiv, dass keiner die Sache anstehen lassen würde, ohne etwas dagegen zu unternehmen. Der Rest würde entweder über andere Kollegen, Schulärztin, Schüler oder Eltern an die Sache herangehen: „Direkt eigentlich nicht, nein, da rede ich dann lieber mit dem Klassenvorstand bzw. mit der Ärztin, der Schulärztin.“ (Interviewpartner 5)

„Ich bin mir nicht sicher, ob ich den Schüler direkt darauf ansprechen würde oder eher das Gespräch mit der Mutter suchen würde. Weil das ganz einfach ein heikles Thema ist. Mein Neffe hat auch das Problem gehabt und der war, also, dem war nicht zuzureden. Der hat einfach abgeblockt. Also ich würde eher die Eltern ansprechen.“ (Interviewpartner 27)

Zwei meiner Interviewpartner wurden direkt von Schülern und Eltern über das Problem der Kinder informiert:

„Sie hat mich darauf angesprochen. Sie hat mir erzählt, dass ihre Freundinnen sagen, dass sie zu dünn ist.“ (Interviewpartner 1)

Frage 5:



Auf die Frage, wie SchülerInnen darauf reagiert haben, auf ihr Problem angesprochen zu werden beziehungsweise die Lehrer glauben, dass sie darauf reagieren würden, war beinahe die Hälfte davon überzeugt, auf eine abweisende und abstreitende Reaktion zu treffen:

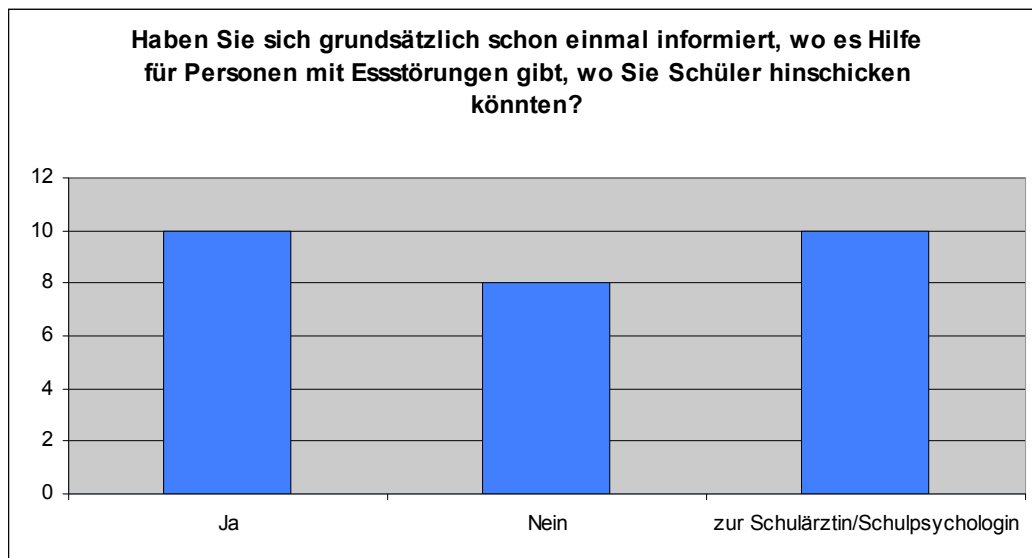
„Ja,..., das kann verschieden sein. Aber ich glaube, es gibt viele, die blocken ab!“ (Interviewpartner 27)

„Naja, zurückgezogen, nehme ich stark an. Ich meine, sie werden sich dessen schon bewusst sein, aber manche wollen vielleicht gar nicht darauf angesprochen werden oder verdrängen es, gut vorstellbar bei den Mädchen besonders vielleicht.“ (Interviewpartner 26)

Nur vier Lehrer hatten bereits positive Erfahrungen, in Form einer Erleichterung von Seiten der Schüler:

„Nein, eigentlich eher dankbar. Im ersten Moment nicht gleich, aber bald einmal, weil sie gemerkt haben, dass ich ihnen nicht auf den Pelz will oder eigentlich auch gar keine Veranlassung habe, sondern mir es eigentlich gelungen ist, meine Sorge auszudrücken und um nichts anderes geht es. Um die Sorge, dass sie weniger wird, dass sie merkt, was sie tut und dass sie es selber im Moment vielleicht nicht in den Griff bekommen kann.“ (Interviewpartner 13)

Frage 6:



Nur zehn der achtundzwanzig befragten Lehrer wissen Adressen, wo sie Schüler mit einer Essstörung hinschicken können:

„Ja, ich hab mir aus so Magazinen ganz viel herauskopiert. Da gibt es ja ganz viele Selbsthilfegruppen. [...]“ (Interviewpartner 14)

„Oh ja, da war dieses sowhat!“ (Interviewpartner 3)

„Das schon. Die Frage ist nur, wie bringt man die Eltern dazu und die Kinder. Das Problem ist nicht, zu wissen wohin, weil das wissen die Kinder ja auch, glaube ich. Das ist eher den Eltern klarzumachen: Da ist Handlungsbedarf. Weil jede therapeutische Station hat in irgendeiner Form etwas mit krank sein zu tun – und das sind wir ja nicht.“ (Interviewpartner 20)

Genauso viele würden die Schüler als erstes zur Schulärztin/zum Schularzt bzw. zum Schulpsychologen schicke:

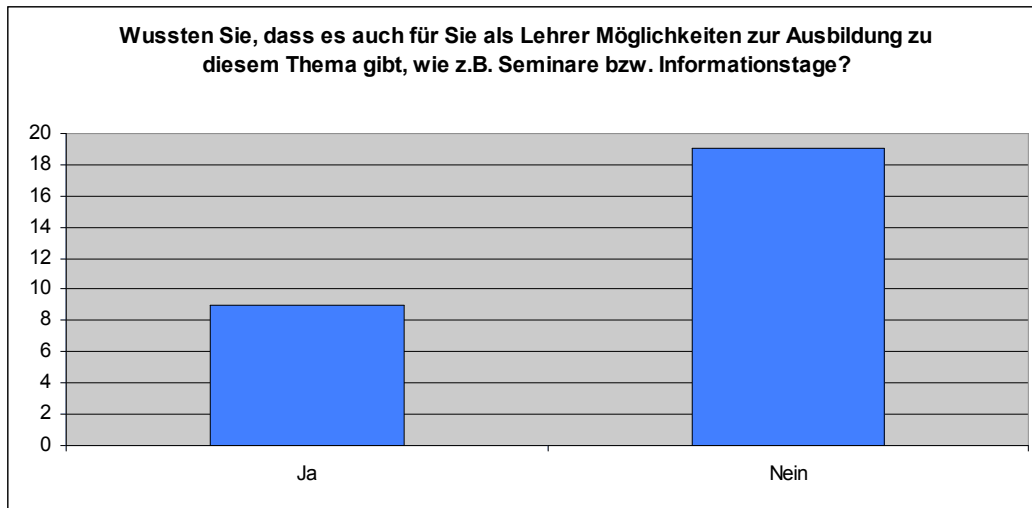
„Ich würde sie wahrscheinlich, wenn sie zu mir kommen in erster Linie zum Schulpsychologen schicken.“ (Interviewpartner 16)

„Nein, also da würde ich den Schularzt fragen. Der wüsste da sicher etwas.“ (Interviewpartner 27)

Acht der Interviewpartner hatten nicht wirklich eine Idee, wohin sich Schüler mit ihrem Problem wenden könnten. Aber sie meinen, dass man sich

bei gegebenem Fall einfach erkundigen beziehungsweise nachschauen müsste.

Frage 7:



Ein paar der Befragten wussten definitiv darüber Bescheid, dass es für Lehrer Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema Essstörungen in Form von Seminaren oder Tagungen gibt. Einige weil sie selbst bereits mitgemacht hatten, andere weil sie davon gehört hatten oder es einfach annahmen:

„Ja, ich habe ein Seminar darüber gemacht. Das war von der Stadt Wien glaube ich und da hat mich die Schulärztin mitgenommen, weil ich Schülerberaterin bin [...].“ (Interviewpartner 3)

„Ja, hab ich schon gehört. Wir hatten auch einmal ein Projekt, glaube ich.“ (Interviewpartner 24)

„Ja, da gibt es schon eine Liste von Vorlesungen, so ich schätze um die zwanzig, dreißig und es kommen immer wieder Neue dazu.“ (Interviewpartner 6)

„Ja, das weiß ich, aber ich bin, also durch meinen Unterricht eigentlich immer an den neuesten Sachen dran und bilde mir ein, nicht unbedingt ein Seminar besuchen zu müssen. [...] in Wien gibt es jetzt z.B. im Mai [...]“

einen Vortrag, für speziell Psychotherapeuten, -analytiker etc. [...] und ich gehe mit einem verschwindenden Teil von interessierten jungen Damen aus meinem Psychologieunterricht hin und wir hören uns etwas über Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten und Psychoanalyse an. Und das ist sehr spannend. [...]“ (Interviewpartner 13)

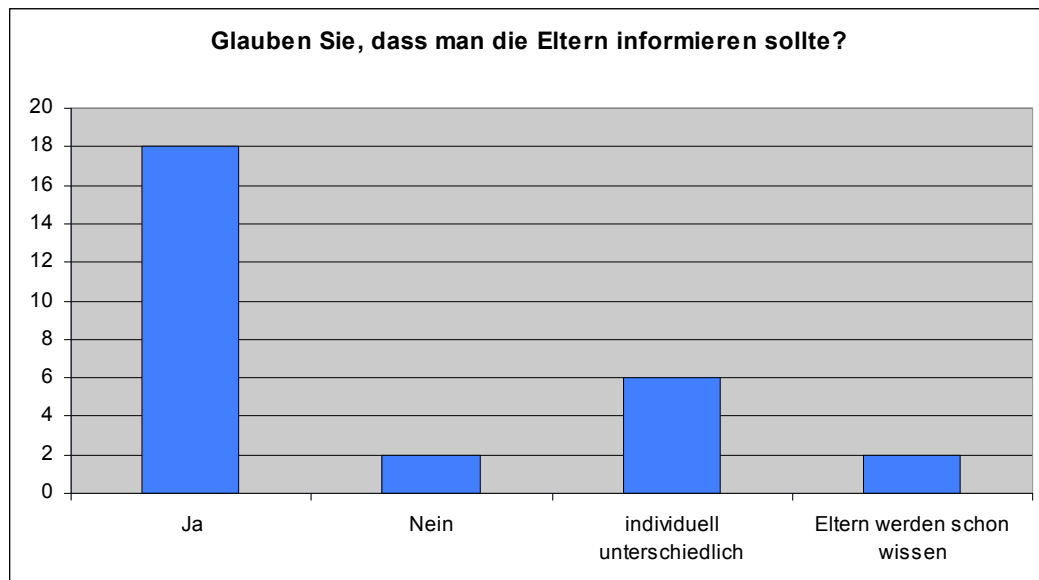
Jedoch etwa zwei Drittel wussten über Fortbildungen zu diesem Thema nicht Bescheid, sondern waren regelrecht erstaunt darüber und zeigten sofort Interesse daran:

„Nein, das höre ich das erste Mal. Das interessiert mich total. Das würde mich interessieren, das zu machen.“ (Interviewpartner 14)

„Die sich speziell mit der Problematik beschäftigen? Eigentlich nicht, nein.“ (Interviewpartner 9)

„Habe ich nicht gewusst, nein. Aber kommt mir nicht unlogisch vor, dass es das gibt.“ (Interviewpartner 11)

Frage 8:



Bei der letzten Frage waren eindeutig mehr als die Hälfte davon überzeugt, dass man es Eltern mitteilen muss, wenn eines ihrer Kinder an ei-

ner Essstörung leidet. Sie waren der Meinung, dass Eltern es wissen sollten, wenn es ihrem Kind nicht gut geht, wenn es Probleme gibt:

„Die Eltern sollte man schon, egal welches Alter, informieren.“ (Interviewpartner 18)

„Natürlich. Ja, auf jeden Fall. Ich meine das Mädchen ist dann mit dreißig gestorben; das war ein langer Leidensprozess. Also natürlich sollte man das. Nur je älter jemand wird, desto schwieriger ist es. Desto geringer ist der Einfluss der Eltern.“ (Interviewpartner 5)

„Ja, also wenn der begründete Verdacht da ist, sicher. Weil die sind ja in erster Linie Ansprechpartner und die sollten ja,..., ich meine die werden wahrscheinlich am wirksamsten Gegenmaßnahmen treffen können, oder da etwas einleiten.“ (Interviewpartner 26)

Ein paar meinten, dass man es von Fall zu Fall entscheiden müsse, um nicht z.B. das Vertrauen des Kindes zu verlieren oder die Sache vielleicht noch schlimmer zu machen. Sie waren davon überzeugt, dass man das individuell entscheiden muss:

„Das muss man, glaube ich, situationsbezogen entscheiden. Weil das kommt vielleicht vom Elternhaus, da muss man aufpassen. Im Verlauf muss man die Eltern sicher irgendwann informieren. Die Frage ist nur wann. Wahrscheinlich, wenn ich mit dem Kind einmal darüber geredet habe.“ (Interviewpartner 15)

„Im Normalfall ja. Es mag vielleicht Sonderfälle geben, wo es kontraproduktiv sein könnte. Wenn man weiß, dass das Verhältnis dort so gestört ist, dann,..., aber ich meine so lange sie unter achtzehn sind, hat man praktisch Mitteilungspflicht. Aber in einem solchen Fall würde ich zuerst versuchen die Schulärztin einzubinden.“ (Interviewpartner 11)

„Das würde ich jetzt nicht direkt über die Eltern machen. Sondern eher direkt mit dem Kind sprechen. Ich würde eher den direkten Kontakt suchen. Ich meine wenn es dann wirklich gravierend ist, muss man schon die Eltern einschalten. Aber das anfängliche Problem würde ich mit den Schülern klären.“ (Interviewpartner 14)

Nur zwei würden eine Essstörung nicht an die Eltern weiterleiten. Und weitere zwei Lehrer waren davon überzeugt, dass es die Eltern mit Sicherheit ohnehin schon wüssten:

„Ich nehme an, dass die Eltern dieses Problem kennen, wenn wir es bemerken. Aber sicher würde ich in irgendeiner Weise mit den Eltern darüber sprechen.“ (Interviewpartner 17)

„Die Eltern werden es schon wissen. Die Mutter wird es wahrscheinlich am ehesten und als Erste merken, schätze ich.“ (Interviewpartner 24)

5.1 Leitfaden für Lehrer/Pädagogen im Umgang mit Essstörungen

Wie sich Lehrer Schülern mit Essstörungen, oder bei einem Verdacht darauf, verhalten sollen, fasste Heun, eine Mitarbeiterin vom Frankfurter Zentrum für Essstörungen mit langjähriger praktischer Erfahrung im Umgang mit Essstörungen und auch viel theoretischem Wissen, wie folgt zusammen: „Wir haben als Lehrer das Recht und die Pflicht unsere Sorge dem Betroffenen gegenüber zum Ausdruck zu bringen.“ (zit. nach: <http://www.krankenkassenratgeber.de>, 25.03.2008) Man sollte sich nicht entmutigen lassen, wenn die Hilfe von den Betroffenen nicht gleich angenommen wird: „Am Ball bleiben, Gesprächsbereitschaft signalisieren, sich aber in seiner Funktion als Lehrer auch seinen Grenzen bewusst sein.“ (ebd.)

Was Lehrer tun sollten:

- versuchen die Schüler auf das Problem anzusprechen – ihnen die Sorge kund tun (am besten die Lehrer, die einen Zugang zu den jeweiligen Schülern haben)
- sich für das Gespräch Zeit nehmen
- die Augen offen halten

- den Schülern zu verstehen geben, dass Sie als Lehrer ein offenes Ohr für die Probleme haben
- die Ängste und Probleme der Schüler ernst nehmen und als solche akzeptieren
- mit anderen Kollegen austauschen; ob anderen auch etwas aufgefallen ist (vor allem Turnlehrer – sehen die Kinder in anderer Kleidung)
- auf die eigenen Grenzen und die der Schüler achten
- den Schularzt / die Schulärztin zu Rate ziehen
- den Schülern klar machen, dass Probleme keine Schande sind
- Schüler zu professioneller Hilfe ermutigen
- in Absprache mit den Schülern die Eltern in Kenntnis setzen
- bei Minderjährigen auch ohne Zustimmung der Schüler Eltern informieren
- Schülern anbieten, ein Gespräch mit den Eltern einzuleiten
- Schülern das Gefühl geben, dass sie nicht die einzigen sind, die Probleme haben
- Schülern klar machen, dass eine Therapie nicht nur für ‚Blöde‘ ist
- Schülern Anlaufstellen (sowhat, Intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen, F.E.M.,...) nennen

Was Lehrer vermeiden sollten:

- Schüler vor der ganzen Klasse auf ihr Problem ansprechen
- sich den Schülern aufdrängen
- Eltern informieren, bevor man Schüler selbst darauf angesprochen hat
- den ‚großen‘ Psychologen spielen
- Augen schließen und als eine kurze Krise abstempeln
- in der Schule publik machen und an die große Glocke hängen
- Diätvorschläge geben
- abfällige Kommentare über die Figur abgeben

- Schüler zwischen Tür und Angel auf ihr Gespräch ansprechen

„Die Lehrer, Freunde, u. a. sollten wissen, dass gute Ratschläge und Drohungen nicht nützen. Was nicht heißt , dass sie schweigen sollen. Das ‚richtige‘ Verhalten ist eine Gratwanderung zwischen Mitgefühl und Abgrenzung. Besonders bei Minderjährigen sollten andere Bezugspersonen, z.B. die Lehrer nicht zögern, die Initiative zu ergreifen und die Betroffenen und ihre Eltern anzusprechen. Je früher eine Behandlung einsetzt, desto größer sind die Heilungschancen.“ (<http://www.netzwerk-essstoerungen.ch>, 25.03.2008)

6 Meine persönliche Geschichte

Die Darstellung meiner persönlichen Befindlichkeit in dieser Phase meines Lebens, möchte ich wie folgt beschreiben (bewusst Umgangssprache). Dazu möchte ich kurz James Agee zitieren:

„Wenn ich dich langweile, so kann ich es nicht ändern. Wenn ich mich unbeholfen ausdrücke, dann deutet das vielleicht darauf hin, wie kompliziert und schwierig das Thema ist, und wie ernsthaft ich versuche, es so gut es geht zu begreifen; ganz sicher ist es ein Zeichen meiner Jugend, aufgrund derer ich die sogenannte Kunst, das Handwerk, nicht beherrsche; vielleicht ist es ja auch Zeichen meines Mangels an Talent...

Ein Stück Körper, das mit den Wurzeln herausgerissen wurde, würde den Punkt vielleicht eher treffen.“ (Hornbacher 2004, S. 20)

Ich werde auch ein paar Passagen aus Biographien anderer bulimischer Patienten als Vergleich einbringen. Um zu veranschaulichen, dass es einige Parallelen im Verhalten essgestörter Personen gibt. Man ist nicht alleine mit seinen von Außenstehenden oft als irre Gedanken bezeichnet, über Gewicht und Essen.

6.1 Wie alles begann

Probleme mit meinem Magen quälten mich schon längere Zeit die Oberstufe hindurch. Ich musste mehrere Magenuntersuchungen, alle ziemlich gleich unangenehm und widerlich, über mich ergehen lassen. In der sechsten Klasse des Gymnasiums stellte sich dann heraus, dass es sich um eine Gastritis handle. Ich bekam Tabletten, die die Schmerzen nahmen und die ganze Sache war für ein paar Jahre so gut wie völlig erledigt. Sie traten erst wieder kurz nach der Matura auf. In dieser Zeit veränderte sich viel auf einmal in meinem Leben. Im Nachhinein gesehen wahrscheinlich zu viel.

Zum einen war die Schule aus. Ich stand vor der großen Frage: „Was soll ich machen: studieren gehen? Wenn ja, was? Oder vielleicht doch eine andere Art von Ausbildung?“. Ich entschied mich für ein Studium und zwar sollte es Pharmazie werden. Warum genau, konnte ich damals nicht begründen, ich dachte mir nur, dass Apothekerin sicher ein schöner Beruf ist und sich später auch gut mit Familie und Kindern kombinieren lässt. Jedoch lange hielt es mich dort nicht, nach etwa zwei Monaten brach ich das Studium der Pharmazie ab. Ich begann mich erneut umzusehen, was ich mit meinem Leben anfangen sollte. Ich landete bei der Aufnahmeprüfung zur Krankenschwesternschule. Ich bestand all die Tests, den theoretischen und den praktischen Teil, und wurde aufgenommen. Ich hatte auch schon die Kleideranprobe hinter mich gebracht, doch einen Tag, bevor die Schule anfang, sagte ich ab. Ich wollte doch studieren. Ich konnte mir zum damaligen Zeitpunkt nicht vorstellen, jeden Tag mit den gleichen Personen in einer Klasse zu sitzen. Ich begann mein Pädagogik-Studium, bei dem ich dann auch blieb.

Zum anderen zog ich sofort nach der Matura von zu Hause aus, obwohl es mir dort an nichts fehlte. Ich hatte mein eigenes Zimmer, und als mein Bruder ausgezogen war, sogar mein eigenes Bad und damit eigentlich auch meinen eigenen Stock. Ich hatte mittlerweile auch keine Ausgehbeschränkungen, für die ich ohnehin lang genug zu kämpfen hatte. Also gab es keinen wirklichen Grund für meinen ziemlich abrupten Auszug. Außer, dass ich mir einbildete, das gehöre nach der Matura einfach dazu. Nach der Matura, als Studentin sollte man dazu fähig sein, auf eigenen Beinen zu stehen (dieser Gedanke war sowieso die reinste Illusion, weil ich, Geldmäßig beinahe völlig – bis auf Nebenjobs hatte ich ja kein Einkommen - an meine Eltern angewiesen war), und in seinen eigenen vier Wänden wohnen, ohne der Kontrolle „unterworfen“ zu sein. Meine Eltern waren zwar anfangs nicht überzeugt von dieser Idee, aber ließen mich dann schweren Herzens doch ziehen. Also packte ich meine Sachen, zog in das leerstehende Zimmer in der Wohnung meines großen Bruders.

Und als Draufgabe änderte sich in diesem Sommer nach der Matura auch noch die Konstellation in meinem Basketballteam. Was im Nachhinein gesehen, das größte Problem für mich war.

Dies alles auf einmal schlug sich wieder auf meinen Magen. Zu dieser Zeit fing er wieder an mich zu plagen. Ich hielt ziemlich lange eine magenschonende Diät ein, weil ich das Gefühl hatte (ich redete es mir nur ein – es war jedoch im Unterbewusstsein schon der Gedanke so weniger Kalorien zu mir nehmen zu müssen, vorhanden), dass es mir so besser ging. Es folgte eine weitere Magenuntersuchung, die ich ja eigentlich gar nicht machen wollte. Meine Mutter bestand jedoch darauf, was bei mir natürlich zu Tränen und Aufregung führte. Aber es führte nichts daran vorbei und es stellte sich heraus, dass die Gastritis erneut ausgebrochen war. Das wäre ja eigentlich nicht so schlimm gewesen, nur fing ich von Zeit zu Zeit an, mich nach dem Essen zu übergeben, weil ich glaubte, dass mein Körper das so wollte. Und so begann alles...

Ich reduzierte meine Nahrungsaufnahme und gleichzeitig erbrach ich manchmal nach den ohnehin schon geringen Mahlzeiten.

Im ersten Jahr, im Jahr der achten Klasse, wechselte ich den Basketballverein. Schon im Sommer fuhr ich mit auf Trainingslager, ohne, bis auf eine Spielerin, irgendjemanden aus dem neuen Team so richtig zu kennen. Aber ich war total positiv überrascht. Ich fühlte ich mich in meiner neuen Mannschaft so geborgen und gut aufgenommen wie noch nie. Ich war endlich diesen ganzen Intrigen und Schuldzuschiebungen entflohen. Etwas Besseres konnte ich mir nicht vorstellen. Ich fühlte mich wohl und war glücklich. Doch es hielt nicht sehr lange an (nur ein Jahr) und es kam auch in dieser Mannschaft zu ähnlichen Komplikationen. Ich möchte nicht bestreiten, dass ich mit Sicherheit übersensibel auf solche Sachen wie Intrigen, hinter vorgehaltener Hand über andere lästern,... reagierte und vielleicht auch heute noch reagieren würde. Vielen anderen ist dies sicherlich nicht einmal, auch nur annähernd aufgefallen, noch hätten sie es als so unangenehm, so wie ich damals, empfunden.

Und das genau zu der Zeit wo, so viel über mich hereinbrach.

Mein Bruder merkte schnell, dass irgendetwas mit mir nicht stimmte. Er hatte von Anfang an das Gefühl, dass ich an Gewicht verlor und wollte Waagenkontrollen einführen, wogegen ich mich natürlich vehement wehrte. Ich war der Meinung, dass er sich da überhaupt nicht einzumischen hatte und machte weiter, womit ich begonnen hatte, ohne mir auch nur annähernd Gedanken darüber zu machen, ob es sich zu einer wirklichen Sucht ausweiten könnte. Und schon gar nicht denkt man darüber nach, wie man da jemals wieder herausfinden sollte, weil der Reiz des Ausprobierens einfach viel zu groß ist. Dazu möchte ich auf eine Passage von Alice im Wunderland (Lewis Carroll) zurückgreifen:

„Aber als das Kaninchen tatsächlich eine Uhr aus der Westentasche holte, einen Blick darauf warf und dann weitereilte, sprang Alice auf die Füße, denn wie der Blitz traf sie der Gedanke, dass sie noch nie ein Kaninchen mit einer Westentasche gesehen hatte, am allerwenigsten mit einer Uhr, die es daraus hervorzog. Sie brannte vor Neugier, rannte über das Feld hinter ihm her und kam gerade rechtzeitig, um zu sehen, wie es in einem großen Kaninchenloch unter der Hecke verschwand. Hurtig folgte Alice hinein und dachte auch nicht im Geringsten darüber nach, wie um alles in der Welt sie wieder herauskommen würde.“ (Hornbacher 2004, S. 66)

Ich hätte auch niemandem auf der Welt geglaubt, dass sich die Kotzerei zu einer Sucht entwickeln kann, und wenn dann auf jeden Fall nicht bei mir selbst. Mein Plan war doch nur, ein paar Kilogramm damit abzuspecken. Es hätte bei zwei, drei Kilo bleiben sollen und sich nicht auf zehn bis fünfzehn ausweiten. Das war nicht das Ziel, das ich vor Augen hatte, als ich die ersten paar Mal über der Klomuschel hing.

Als ich noch nicht so geübt war in der Handhabung meiner Bulimie und ich eigentlich noch vorgab aufgrund meiner Magenprobleme erbrechen zu müssen, machte ich mir trotzdem große Sorgen wegen meines wirklich häufigen Erbrechens, zu schnell aufzufliegen (weil mein Bruder ja auch

schon auf der richtigen Fährte war). Deswegen kotzte ich eine zeitlang abends, in mein Zimmer eingeschlossen, in einen Kübel, den ich dann heimlich auswusch.

Aber es dauerte nicht lang, bis ich genügend Ausreden parat hatte, um ins Bad oder auf die Toilette verschwinden zu können, um mich dort nach jeglichen Mahlzeiten zu erleichtern. Es war auch mit der Zeit kein Problem auswärts zu kotzen. Es war reine Übungssache, alles schnell, effektiv, unauffällig und ohne Spuren zu hinterlassen, zu erledigen.

Ich war auf jeden Fall eine von denen, die auch Gewicht, in der Zeit der Bulimie, verlor. Es gibt ja genügend Bulimikerinnen, die ihr Gewicht konstant halten. Zu denen gehörte ich definitiv nicht. Ich nahm um die 13 kg ab. Im Gegensatz zu meinem heutigen Gewicht hatte ich damals um ca. 20 kg weniger. Ich war eine, die alles, was sie zu sich nahm, erbrach und wirklich versuchte nichts bei sich behalten zu müssen. Und wenn dies nicht möglich war, wählte ich die Option, wenig bis gar nichts zu essen. Also war mir meine Krankheit mit der Zeit auf jeden Fall ins Gesicht geschrieben. Und das wörtlich, weil das Gesicht der verräterischste Körperteil von allen war. Die Gesichtsfarbe war etwas fahl und die Wangenknochen ragten für meinen Typen viel zu sehr hervor. Und auch der ewige Sonnenschein war mir definitiv aus meinem Gesicht gewichen.

Obwohl ich mir dachte, dass ich wirklich schon ausgefuchst war in meiner Taktik, kam mir meine Mutter verhältnismäßig sehr schnell auf die Schliche. Es war um die Weihnachtszeit und ich möchte sagen, es unterlief mir ein Fehler. Vielleicht war dieser „Fehler“ von meinem Unterbewusstsein sogar beabsichtigt. Ich hatte schon beim Mittagessen unverhältnismäßig viel gegessen und verschwand danach sofort in der Küche, um dort Vanillekipferl weiter in mich hineinzustopfen. Wo mich meine innere Stimme danach hinführte, brauche ich glaub ich gar nicht mehr auszusprechen. Ich kotzte mir die Seele aus dem Leib. Meine Augen waren rot unterlaufen und gläsern, als ich aus der Toilette herauskam. Meine Mutter fühlte sich

bestätigt und sprach alles aus, was sie schon eine Zeit lang vermutet hatte.

Eines meiner Ziele war auch, durch meinen drastischen Gewichtsverlust endlich eine gute Ausrede zu haben, um mit dem Basketball spielen aufhören zu können. Ich hätte nie den Mut gehabt, einfach so zuzugeben, dass ich mich absolut nicht mehr wohl fühlte und es vor jedem Training eine große Überwindung war die Tasche zu packen und loszufahren. Ich hatte das Gefühl, nicht mehr gut genug zu sein und war es leid, mich für jeden Fehler schlecht zu fühlen und mich tausendmal entschuldigen zu müssen. Jedoch war ich zu pflichtbewusst und hätte es nicht übers Herz gebracht, mitten in der Saison „grundlos“ das Team im Stich zu lassen. Ich war mir nämlich nicht sicher, ob das Grund genug wäre, einfach nicht mehr spielen zu wollen, weil ich keinen Spaß mehr daran fand.

So hatte ich ganz einfach nicht mehr die Kraft, fünfmal die Woche zu trainieren und am Wochenende zusätzlich Match zu spielen.

Da ich felsenfest davon überzeugt war, alleine ohne Hilfe eines Therapeuten diese Essstörung überwinden zu können, gestanden mir meine Eltern einen gewissen Zeitraum zu, um dies zu versuchen beziehungsweise zu schaffen. Ich bekam zwei Monate die Chance, mich selbst aus diesem Schlamassel heraus zu manövrieren. Ich war mir sicher, ich könnte es schaffen, wenn ich es nur wollte. Ich konnte mir damals nicht vorstellen, wie weit ich schon in dem Ganzen drinnen war. Mein ganzes Leben war der Bulimie untergeordnet. Aber das wollte ich nicht wahrhaben und schon gar nicht vor anderen eingestehen.

Mein Gedanke war folgender: Ich habe es geschafft, damit anzufangen, also kann es auch kein Problem sein, wieder damit aufzuhören. Der Plan war einfach, am nächsten Tag nicht mehr zu erbrechen. Der Haken daran war nur, dass dieser nächste Tag auf jeden nächsten verschoben wurde, bis schlussendlich die zwei Monate um waren und sich mein Zustand um nichts gebessert hatte, wenn er nicht sogar schlechter geworden war.

Es folgten Versuche meine Eltern zu überreden, die Frist um ein paar Wochen oder sogar Monate zu verlängern. Aber da war nichts zu machen. Sie blieben beide standfest. Mein Vater hatte sich wohl schon, natürlich ohne dass ich davon wusste, während meinem „Selbstheilungsversuch“ um den passenden Therapieplatz umgehört. Es dauerte nämlich keine 24 Stunden, da hatte ich schon eine Telefonnummer und den dazugehörigen Namen des Therapeuten – Mag. Christian Zitt – in der Hand. Dafür dauerte es umso länger, bis ich die Ziffern in mein Handy getippt hatte und ich es schaffte, diese Nummer dann auch wirklich zu wählen. Da mein Therapeut in spe den ganzen Tag Therapiestunden hatte, durfte ich nur jede Stunde um 10 vor Punkt anrufen. Ich weiß nicht mehr, wie viele Stunden verstrichen, bis ich mich überwinden konnte, den Wählknopf zu drücken, aber es waren einige. Der erste Eindruck war gut. Seine Stimme war angenehm und lud zum Wohlfühlen ein. Und schon war mein erster Termin ausgemacht.

6.2 Beginn der Therapie

Der Beginn der Therapie war für mich eine riesen Überwindung. Einzusehen, dass ich wirklich ein Problem hatte, mit dem ich alleine nicht fertig werden würde, war ganz und gar nicht leicht.

Die ersten Male, besser gesagt, wahrscheinlich sogar das ganze erste halbe Jahr, war es für mich eine Qual zu den Therapiestunden zu erscheinen. Hätte mich nicht manchmal meine Mutter oder mein Bruder überredet hinzugehen oder mir den Ansporn gegeben, indem sie mich mit dem Auto hinbrachten und auch wieder abholten, wäre ich mit Sicherheit nur halb so oft dort gewesen. Wenn ich nicht sogar ganz die Therapie abgebrochen hätte. Es war für mich einfach völlig absurd, einem völlig fremden Mann meine innersten und tiefsten Gefühle zu erzählen. Warum gerade ihm? Ich redete in dieser Zeit nicht einmal mit meiner besten Freundin, meinem besten Freund oder meiner Familie über solche Themen beziehungsweise

solche Gefühle. Und ihm, der mich gar nicht kennt, und den auch ich gar nicht kenne, soll ich alles verraten? Das ging nicht und nicht in meinen Kopf hinein. Vor der ersten Sitzung war ich ziemlich nervös und im Kopf voller Zweifel, was das alles bringen sollte.

Am Anfang der ersten Therapiestunde ging es eigentlich nur um allgemeine Dinge wie Name, Alter, derzeitige Tätigkeit, Größe, Gewicht,... Dieser Umstand ließ mich damals ein wenig entspannen. Ich hatte Angst, dass es zu so einer typischen Psychotherapiesitzung, wie man sie aus Filmen kennt, kommt. Wo der Patient auf der Couch liegt und gleich von Anfang an die innersten Gefühle erzählen muss oder von sich aus selbst beginnt zu erzählen, was für mich sogar noch unvorstellbarer war. Und wo dann gleich versucht wird zu analysieren, woher das alles kommt und sofort die irrsten Theorien und Spekulationen aufgestellt werden. Was natürlich in Wirklichkeit nicht so abläuft, aber man kennt es halt so.

Was mich auch ein wenig verunsicherte, war, dass ja auch heutzutage leider noch häufig das alte Denken, dass nur die „Deppen“ in Therapie gehen müssen, stark verbreitet ist.

Im weiteren Verlauf der ersten Sitzung schreckte mich nur kurzzeitig ab, dass ich mich dann auf so eine Art Liegewiese legen musste um weiterzu-erzählen. Ich fühlte mich dort ganz und gar nicht wohl. Diese Stimmung dürfte von meiner Seite her aber so merkbar gewesen sein, dass es dazu nie mehr kam. Von da an saß ich nur mehr in meinem bisweilen lieb gewonnen Korbsessel.

Mein Therapeut beschrieb mich nach der ersten Sitzung, in seinen persönlichen Notizen folgendermaßen: „Eher geringe Motivation. ‚Freundlicher‘ Widerstand. Die Eltern wollen, dass sie eine Therapie macht.“

Ich glaube, „freundlicher“ Widerstand trifft meine damalige Einstellung ziemlich genau. Auch die geringe Motivation war auf jeden Fall vorhanden. Man hätte mir sogar durchaus unterstellen können, dass nicht einmal ein Fünkchen Motivation vorhanden war. Ich wollte einfach keine Therapie machen und wollte auch noch nicht so ganz glauben, dass ich überhaupt

eine brauchte und ich es nicht auch ohne fremde Hilfe wieder in den Griff bekommen könnte.

Es folgten Sitzungen, bei denen ich glaub ich nicht mehr als zwei Sätze von mir gab und ich einfach keine Lust hatte, irgendetwas zu erzählen. Das Angenehme war, dass auch das erlaubt war. Ich musste nicht, wenn ich nicht wollte. Mein Therapeut versuchte zwar hartnäckig mir Anstöße zum Loslegen zu liefern, was jedoch an Tagen wie diesen etwas von Ausichtslosigkeit hatte. Aber es gab natürlich nicht nur solche Tage. Mit der Zeit fing ich dann sogar an, die Therapiestunden so richtig zu genießen und die „Redezeit“ voll auszunützen. Das war ab dem Zeitpunkt, ab dem ich dann endlich kapierte, dass ich in diesen 50 Minuten einfach all das loswerden konnte, was mich betrübte und beschäftigte. Es würde in diesem Raum bleiben und niemand anders würde es je erfahren. Ich konnte mich über alles und jeden auslassen und sicher sein, dass es niemandem zu Ohren kommen würde. Von da an, kam es nicht mehr vor, dass ich absichtlich Stunden ausfallen lassen wollte oder nur schweigend dort saß.

Es fiel mir ziemlich schwer mir vor Augen zu führen, dass ich nicht nur kotzte und Fressanfälle mit darauf folgendem Kotzen hatte, weil ich dünn sein wollte. Ich wollte nicht einsehen, dass da viel, viel mehr dahintersteckte als mein Schlankheitsbedürfnis. Es dauerte lange und brauchte wahrscheinlich viel Geduld seitens meines Therapeuten, mir klarzumachen, dass das Ganze mit Gefühlen und Emotionen zu tun hat. Ich wollte mir das damals einfach nicht eingestehen. Es war doch alles perfekt, und der einzige Grund für mein Abnehmen war doch das Aussehen. Ich weiß nicht, wie er es geschafft hat, aber mit der Zeit kam auch ich dahinter, dass da viel mehr Komponenten zusammenspielten. Wut, Traurigkeit, Gefühle des Versagens und der Unzugehörigkeit, das stark mit meinem damaligen Basketballteam in Zusammenhang stand, kotzte ich einfach hinaus. Ich war einfach jemand, der viel schluckte aus Angst vor Konfrontation und Streit. Ich war die brave, liebe Julia, die sich alles gefallen ließ, nie

die eigene Meinung äußerte und zu allem Ja und Amen sagte, ohne darüber nachzudenken. Ich hätte damals nie ausgesprochen, was mir nicht passte und was mich störte. Dass das auf längere Zeit nicht gut gehen kann und irgendwann hinaus will, ist eigentlich klar. Aber ich trug diese Kämpfe mit mir selbst aus. Unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Nur ich mit meinen vielen Toiletten. Ich ließ es ins Klo hinaus. Mindestens ein bis einhalb Jahre dauerte es, bis ich diese Idee auch nur ein bisschen an mich herankommen ließ und mir langsam eingestehen konnte, dass bei dieser Theorie vielleicht doch ein Fünkchen Wahrheit dabei war.

Ich wollte nicht nur dünn sein. Ich wollte meine Umwelt darauf aufmerksam machen, dass mir da etwas nicht passte und dass ich mich nicht wohlfühlte. Eine zeitlang wollte ich auch mit Sicherheit so aussehen wie all die Modells, Schauspielerinnen und weiß Gott wer. Man sieht sie ja auch den ganzen Tag. Sie lachen von den riesigen Werbeplakaten herunter, im Fernsehen sieht man rund um die Uhr schlanke, hübsche Frauen mit perfektem Körper. Und damit verbunden wird meist ihr Erfolg angepriesen.

Dieses Gefühl des Versagens, wenn man nicht ganz so perfekt aussieht, hat wahrscheinlich schon jedes Mädchen beziehungsweise jede Frau einmal empfunden. In den seltensten Fällen entwickelt sich jedoch eine Essstörung daraus, wenn das Leben sonst rund und zufriedenstellend abläuft. Genau das war bei mir das Problem. Das eben nicht alles rund lief in meinem Leben. Ich wusste nicht, wohin mit mir.

„Es ist nicht leicht, sich in einer Welt, in der an jeder Ecke zweidimensionale dünne Leute lauern, nicht hin und wieder dick vorzukommen. Aber für gewöhnlich ist dies einfach ein Zeichen dafür, dass ich mein inneres Gleichgewicht verloren habe, dass irgendetwas in meinem Leben nicht stimmt – etwas das überhaupt nichts mit meiner Figur zu tun hat. Dann rufe ich mir wieder ins Gedächtnis, dass sich mein Leben nicht ändern wird, wenn ich meine Figur ändere, aber dass ich sehr wohl etwas ändern kann, wenn ich mein Denken umstelle. (...)“ (Oakes-Ash 2001, S. 244)

Aber all diese Gründe stritt ich vehement ab. Ich wollte mir nicht eingestehen, dass mein Leben nicht perfekt verlief. Sobald ich es schaffte, dauerte der Heilungsvorgang nicht mehr allzu lange. Es ging mir rapide besser. Wir konnten bald die Therapiestunden von einmal pro Woche auf einmal im Monat kürzen. Es war genug für mich. Ich wusste mir gehört diese eine Stunde, in der ich alles loswerden konnte und ich mir sicher sein konnte, dass mir jemand sein Ohr schenkt und sich all meine Sorgen anhört. Es war eine gewisse Sicherheit für mich.

Die Fressanfälle und das Kotzen wurden weniger und weniger.

Neben der Einzelgesprächstherapie, wurde ich zusätzlich noch einer praktischen Ärztin, des Instituts „sowhat“ zugewiesen. In regelmäßigen Abständen, so etwa einmal im Monat, hatte ich einen Termin in ihrem Praxisraum. Frau Dr. Böck war mir von Anfang an sympathisch. Ich fühlte mich wohl und gut aufgehoben bei ihr. Diese Arztbesuche waren immer mit einer Blutabnahme verbunden. Man musste überprüfen, ob all meine Blutwerte im normalen Bereich blieben. Oft haben Menschen mit Essstörungen gesenkte Elektrolytwerte, die über längere Zeit lebensgefährlich werden können. Auch Eisenmangel liegt oft vor. Ich hatte das Glück, nie irgendein Problem diesbezüglich zu haben. Irgendwie hat mein Körper es geschafft, damit umzugehen. Er hat sich offenbar doch immer wieder das behalten, was er am nötigsten brauchte, um gut zu funktionieren.

Bei Frau Dr. Böck hatte ich das Gefühl, dass sie echt jemand ist, der mir helfen konnte wieder „normal“ zu essen und dabei keine 50 Kilogramm zuzunehmen. Was zur damaligen Zeit durchaus meine größte Sorge war. Sie gab mir Tipps, welche Lebensmittel sich gut eignen würden, um nicht das Gefühl zu haben unendlich viel Kalorien aufgenommen zu haben, aber die trotzdem das Gefühl des Sattseins signalisieren. Dieses Gefühl war mir mit der Zeit völlig fremd geworden.

Auch mit meinen Problemen mit der Verdauung fühlte ich mich sehr ernstgenommen. Da das bei manchen Ärzten davor nicht der Fall war, war das ein total wichtiger Punkt für mich. Frau Dr. Böck zeigte mir Bauchmassa-

gen, die meine Verdauung anregen sollten zu arbeiten und mich von den sehr belastenden Blähungen befreien sollten. Auch wenn ersteres nicht wirklich klappte, von den Blähungen befreien sie mich allemal und am wichtigsten war das Gefühl für mich, dass sie sich ernsthaft Gedanken über meine Probleme zu machen schien und mir helfen wollte.

Nach jedem Termin bei meiner Ärztin, war eine, wie oben schon erwähnt, Blutabnahme angesagt. Das war nie eine große Sache, bis auf ein einziges Mal, als ich ein anderes, als das mir schon vertraute Labor aufsuchen musste. Dort schaffte es die reizende Empfangsdame, heute weiß ich Gott sei Dank gar nicht mehr wie, mich so zu behandeln, dass dieser ganze Aufenthalt in einem einzigen Heulkrampf endete. Bei solchen Aktionen wie dieser wurde mir klar, wie labil und verletzlich ich auch psychisch in der Zeit der Bulimie war. Das Ganze nahm mich nicht nur körperlich sondern auch psychisch extrem mit.

Es war schade, dass während meiner Therapie ein Arztwechsel vollzogen werden musste, weil Frau Dr. Böck aus zeitlichen Gründen nicht mehr für sowhat arbeiten konnte. Dieser Umstand gefiel mir ganz und gar nicht. Ich wollte mich auf niemanden Neuen einstellen müssen. Vor allem deswegen, weil es doch so gut lief. Ich fühlte mich enorm in Stich gelassen und hatte Angst, es nicht zu schaffen und dass es einen großen Schritt rückwärts in meiner Genesung mit sich bringen würde. Dies war zum Glück nicht der Fall. Ich kann gar nicht sagen, dass die Nachfolgerin unsympathisch, unfreundlich oder sonst etwas war, aber sie war einfach nicht Frau Dr. Böck, zu der ich schon so ein großes Vertrauen aufgebaut hatte. Schlussendlich hatte dieser Wechsel keinerlei negative Folgen.

6.3 Das Leben während der Bulimie

Es glich teilweise einem Marathon alle Lebensmittel zu besorgen, die ich für einen geplanten Essanfall benötigte. Ich huschte von einem Geschäft ins nächste. Dort ein Stück, da ein Stück. Manchmal handelte es sich um mehr Sachen in ein und demselben Geschäft, manchmal wollte ich aber auch nur ein einziges, ganz bestimmtes Lebensmittel von dort. Ich musste beispielsweise extra zu einem bestimmten Bäcker fahren, weil es genau das eine Brot oder genau der eine Kuchen sein musste. Wählerisch blieb ich die ganze Bulimie hindurch. Eigentlich pervers. All diese Mühen für das, dass ich es ein paar Minuten später so und so wieder erbrechen würde. Abgesehen davon, dass die Geschmacksnerven ohnehin schon völlig abgestumpft waren. „Normalen“ Menschen drängt sich da vielleicht die Frage auf, warum es dann nicht auch ein einfaches Mischbrot oder Vollkornbrot vom Greißler ums Eck tut? Keine Ahnung. Es war so. Es war sogar völlig normal für mich.

Vor allem sonntags war es nicht einfach alles heranzuschaffen, was mein Körper von mir wollte, besser gesagt meine Psyche. Aber wenn ich kurzfristig erfuhr, dass ich Sonntagnachmittag das Haus für mich alleine haben würde, musste es halt an einem Sonntag passieren. Das Schottentor war dafür eine gute Anlaufstelle. Bäcker, Pizza, Kebab, Fleischerei, alles vorhanden und dazu noch ein Mc Donalds und ein Subway. Eigentlich wie ein kleines Paradies für eine Person, die vor hat, Utensilien für einen Brechanfall zu besorgen.

Geld habe ich dort Mal für Mal ordentlich viel liegen gelassen. Zu viel für das, dass es kurze Zeit später eigentlich wieder das Klo hinunter gespült wurde. Gesünder wäre es gewesen, wenn ich die Scheine direkt hinunter gespült hätte.

Der Weg heim mit den voll beladenen Taschen konnte dann nicht schnell genug gehen. Und dann ging es so richtig los. Stopfen, Schlucken und ab aufs Klo würgen. Von Kauen konnte da teilweise schon kaum mehr die Rede sein. Nach dem Klo ging es wieder zurück in die Küche und der

nächste Gang war an der Reihe. Und so weiter und so weiter, bis alles weg war. Diese Prozedur konnte Stunden dauern.

„Ich brachte es problemlos fertig, zwei Packungen Baskin-Robbins-Eispralinen innerhalb von zehn Minuten niederzumachen und diese Mahlzeit mit einem handgroßen Stück altem Cheddar, einer 500-Gramm-Schachtel Kokosnussplätzchen, einem ganzen Brathähnchen, drei Stück Zwiebelkuchen und einer tief gefrorenen Sahnetorte zu beschließen.“ (Oakes-Ash 2001, S. 116)

Danach war die Erschöpfung jedes Mal groß. Dieses ständige Erbrechen kostete meinen Körper sehr viel Kraft. Das schlechte Gewissen ließ auch nie lange auf sich warten. Kurz danach spukte immer der Gedanke in meinem Kopf, dass es das letzte Mal gewesen sein muss. Morgen höre ich auf damit. Diese guten Vorsätze hielten jedoch nie lange an. Und das liebe Morgen kam nicht. Sobald sich mein Körper wieder gefangen hatte, waren diese guten Vorsätze wie weggeblasen und es hätte schon wieder weitergehen können mit dem "Fressen" und Kotzen.

Meistens habe ich versucht, diese Fressanfälle an das Ende des Tages zu schieben, damit die Gefahr, dass es nicht bei dem einen bleibt, nicht so groß war. Nur war das nicht immer möglich und so konnte es passieren, dass dies kein Einzelfall blieb und es so zu mehreren solcher Anfälle an nur einem Tag kam.

An manchen Tagen, wartete ich sogar ab, bis alle im Bett waren, um dann die Küche ganz für mich alleine zu haben. Nur konnte dies nie ein „echter“ Essanfall werden, weil die Angst zu groß war, dass die Klospülung jemanden wecken könnte. Dieses Risiko war zu groß. Es handelte sich dann eben nicht um Essensmengen einer ganzen Familie oder Großfamilie sondern um normale „Ein-Personen-Portionen“. Aber auch diese Menge konnte ich nicht bei mir behalten. Ich musste mich davon befreien. Ich hatte mit der Zeit schon Tricks auf Lager, um nicht zu häufig spülen zu müssen.

Das Problem war nur, dass ich nicht kapierte, dass es eigentlich nicht das Essen war, von dem ich mich befreien musste, sondern unverarbeitete

Geschehnisse und Emotionen waren, die sich Luft verschaffen wollten. Erst durch die Therapie wurde mir klar, dass es sich dabei um nicht ausgesprochene Wut, Zorn, Traurigkeit und Unzufriedenheit handelte.

Es gab aber nicht nur diese eben beschriebenen, geplanten Essanfälle, sondern auch welche, die aus einer ganz normalen Mahlzeit entstanden. Sobald ich das Gefühl hatte zu viel hinunter geschluckt zu haben, und handelte es sich bei zu viel auch nur um ein einziges Bröserl Brot, konnte es passieren, dass ich die Situation nicht mehr unter Kontrolle halten konnte. Eins war klar, das Gegessene musste wieder hinaus. Ich hatte jedoch die Wahl, es entweder bei dem einen Mal Erbrechen zu belassen, oder gleich noch ein Häufchen nachzulegen und es zu einem „gescheiterten“ Ess-Brechanfall eskalieren zu lassen. Zweiteres passierte dann, wenn die Enttäuschung über meine Disziplinlosigkeit bei der Aufnahme von Nahrung zu groß war. Wenn ich das Gefühl hatte zu unfähig zu sein, eine „normale“ Portion zu essen und dabei nicht über die Stränge zu schlagen. Das Problem war nur, dass diese normalen Portionen, die ich mir damals zugestanden habe, einfach keine waren, sondern eher Kleinkind Portionen glichen. Und mein Körper nicht einmal die Chance hatte, davon satt zu werden.

Das Erbrechen war anfangs gar nicht so leicht zu bewerkstelligen. Ich musste mir den Finger bis tief in den Rachen stecken, um einen Brechreiz hervorzurufen. Es ging so weit, dass es sogar Zahnabdrücke und blaue Flecken auf meinem rechten Handrücken hervorrief. Für die dann wieder oftmals Erklärungsbedarf im Familien- und Freundeskreis herrschte, und ich mir Ausreden zurechtlegen musste. Die im Nachhinein gesehen echt schlecht waren, wie: „Da muss ich mich wohl angehaut haben“ oder „Keine Ahnung, woher ich den schon wieder habe...“.

Von Biografien oder Erzählungen anderer Mädchen, die an Bulimie leiden, weiß ich, dass auch öfter Gegenstände benutzt werden um das Kotzen herbeizuführen. Zu solchen Hilfsmitteln zählt beispielweise die Zahnbürs-

te, deren langer Stiel bis tief in den Rachen gesteckt wird. Eine andere Gruppe verwendet auch Säfte aus der Apotheke, die künstliches Erbrechen bewirken. Dabei handelt es sich um solche Säfte, die eigentlich für Darm- und Magenreinigungen vor Operationen oder nach dem Verzehr von verdorbenen Nahrungsmitteln gedacht sind. So etwas habe ich nie ausprobiert. Das war in meinen Augen zu gesundheitsgefährdend. Das „normale“ Erbrechen zum damaligen Zeitpunkt natürlich nicht. An eine Reizung bzw. Entzündung der Speiseröhre oder Zahnschädigungen verschwendete ich keinen Gedanken.

„Ich habe mich immer schwer getan, ohne chemische Hilfsmittel zu erbrechen. Finger oder Zahnbürste in den Hals stecken funktionierte irgendwie nicht, ich würgte zwar, aber es kam nichts hoch. Literweise Senfwasser verursachte Sodbrennen und Milch mit Orangensaft arge Übelkeit, aber zum Übergeben reichte es nie.“ (Oakes-Ash 2001, S. 115)

Mit der Zeit lernte ich dann aber auch ohne Finger als Unterstützung, meinen Magen zu entleeren, indem ich viele kohlenstoffhaltige Getränke in mich hineinschüttete. Die machten das Ganze Prozedere um einiges einfacher. Das natürliche Aufstoßen, das dadurch hervorgerufen wurde, verstärkte ich durch zusätzliches Druckgeben aus dem Bauchraum. So konnte ich ohne viel Herumstochern im Hals- und Rachenraum meinen Magen problemlos entleeren. Mit der Zeit hatte ich diese Technik total perfektioniert.

Für Leute, die an Bulimie leiden, ist es auch kein großes Problem, die aufgenommene Nahrung erst ein, zwei Stunden später wieder los zu werden. Man kann also den Schein von Zeit zu Zeit ganz gut wahren und die anderen glauben lassen, die Mahlzeit bei sich zu behalten und erst später in „Einsamkeit“ alles von sich geben. Das ist einer unserer Vorteile gegenüber Menschen, die selbst noch nie an Bulimie litten, aber schon Verdacht schöpfen, dass irgendetwas mit deinem Essverhalten nicht in Ordnung sei. Man muss es nur hin und wieder schaffen, nach dem Essen nicht sofort auf die Toilette zu rennen. Sondern erst dann, wenn man ungestört ist.

Eine Zeitlang versicherte ich meiner Mutter sofort mit dem Erbrechen aufzuhören, sobald mich irgendjemand aus meinem Bekannten- beziehungsweise Freundeskreis darauf ansprechen würde. Da ich der Meinung war, dass es nicht so schlimm um mich stehen konnte beziehungsweise ich nicht so abgemagert aussehen konnte, wenn es doch niemand anderem außer meiner eigenen Familie auffiel. Wenn ich wirklich so dünn, wie sie meinten, aussah, müssten es doch auch Außenstehende von selbst bemerken. Wenn jedoch nicht, muss ich wohl noch ganz normal auf andere wirken und nicht so elend dünn, wie meine Familie, mein Therapeut oder Freunde, die Bescheid wussten, behaupteten. Ich hatte damals das Gefühl, dass alle nur neidisch auf meinen schlanken Körper waren und es mir nicht gönnen wollten, auch einmal eine „perfekte“ Figur zu haben.

Nur als es dann so weit war und mich eine Freundin meiner Mutter darauf ansprach, hatte ich wieder eine andere Ausrede parat. Ich vermutete natürlich, dass eine Verschwörung gegen mich vorlag und dass alles zwischen den beiden ausgemacht und geplant war. Ich konnte und wollte nicht glauben, dass sie von selbst auf diese Idee kam, ich war felsenfest davon überzeugt, dass sie von meiner Mutter davor eingeweiht wurde. Also zählte dieses Ansprechen für mich erst gar nicht und für meine Mutter war wieder ein kleines Fünkchen Hoffnung erloschen.

Als zweites sprach mich ein Basketballtrainer eines anderen Teams darauf an, mit dem ich eigentlich nur wenig zu tun hatte. Ich war total perplex, als er mich fragte, ob mit mir auch alles in Ordnung sei oder ich nicht irgendein Problem mit dem Essen hätte. Ich versuchte natürlich zuerst alles abzustreiten, aber konnte schlussendlich doch nicht alles verheimlichen. Es tat mir total gut, eine besorgte Stimme zu hören. Da war jemand, der sich Gedanken darüber macht, wenn er mich so sieht. Und in diesem Fall konnte ich davon ausgehen, dass es wirklich von ihm selbst kam, weil niemand guten Kontakt zu ihm hatte.

„Je mehr Aufmerksamkeit ich bekam, desto mehr blühte ich auf. Besorgte Lehrer zogen mich beiseite und erkundigten sich besorgt, ob der Prüfungsdruck des letzten Schuljahres mich überforderte. Ich schenkte ihnen

ein zauberhaftes Lächeln und versicherte, alles sei bestens, kein Grund, sich Gedanken zu machen. Dass die viel zu weit gewordene Schuluniform an mir herunterhing, war ein grandioses Gefühl. Schaut her, wie viel ich abgenommen habe. Ich spüre, wie der Rock auf meinen Hüftknochen hängt. Wie hatte ich nur jemals anders leben können? Ich fühle mich phantastisch!“ (Oakes-Ash 2001, S. 91)

Dieses Gefühl zu wenig Aufmerksamkeit zu bekommen, hatte ich früher, bevor ich Bulimie bekam, eigentlich nie. Vielleicht war es mir auch einfach nicht bewusst oder ich wollte es mir nicht eingestehen. Doch zum damaligen Zeitpunkt wollte ich anscheinend mehr Blicke durch meinen krank aussehenden Körper auf mich ziehen. Und damit verbunden auch mehr Gedanken anderer.

Nur leider musste ich meine Mutter erneut enttäuschen. Es gelang mir nicht, obwohl ich es mittlerweile von zwei neuen Seiten zu hören bekam, dass ich nicht mehr gesund aussah, mit dem Kotzen aufzuhören. Ich wollte sie nicht absichtlich enttäuschen. Aber eine zeitlang war ich wirklich davon überzeugt, dass mich dieses „Darauf-angesprochen-werden“, einfach besorgte Stimmen zu hören „heilen“ könnte. Natürlich war das eine Illusion.

Das Schlimmste ist, dass man als Essgestörte mit Waage eigentlich nicht gut leben kann und ohne sie schon gar nicht. Das ist vergleichbar mit manchen Beziehungen, in denen es die beiden Beteiligten kaum schaffen, miteinander zu leben - man könnte es sogar eher als ein nebeneinander her leben bezeichnen. Aber an eine Trennung denkt trotzdem keiner, weil es schon zur Gewohnheit wurde, jemanden um sich herum zu haben und sie es deshalb noch weniger schaffen alleine zu sein.

Man steht in der Früh auf, völlig unvoreingenommen, und die Waagenanzeige entscheidet darüber, ob der Tag zur Hölle, erträglich oder wunderbar werden kann. Nicht, dass das von Kilogramm abhängig wäre, sondern von der Kommastelle dahinter. Waren es am morgen davor 53,4 kg und am nächsten sind es plötzlich 53,5 kg, ist der Tag schon gelaufen, ohne

noch richtig angefangen zu haben. Wegen solchen 0,1 kg hätte ich beinahe mal, ein schon so gut wie abgeschlossenes Seminar aufgegeben. Ich hätte mich am liebsten vor der ganzen Welt versteckt. Mich einfach im Bett verkrochen, damit mich auch ja niemand so „fett“ zu Gesicht bekommt. Ich brach in Heulkrämpfe aus. Ich weiß nicht mehr wie, aber irgendwie haben es meine Eltern geschafft, mich zu beruhigen und mich davon zu überzeugen, das Haus doch noch zu verlassen. Mich der Öffentlichkeit trotz der wahnsinnigen Gewichtszunahme über Nacht zu stellen.

„Wenn ich morgens aufwache, führt mich mein erster Gang ganz automatisch in Richtung Waage. Die Zahl, die sie anzeigt, entscheidet über meinen Wert, über Erfolg oder Versagen. Ich verspüre ein Gefühl der Freude, der Zufriedenheit und Genugtuung, wenn sie weniger anzeigt als am Tag zuvor. Wenn es mehr ist, obwohl ich kaum etwas gegessen habe, dann ist das ein unerträgliches Gefühl für mich. Panik. Verzweiflung. Warum wiege ich 250 Gramm mehr? Wie kann das sein? Mein Kopf rauscht, ich zermartete mir das Gehirn. Warum, warum, warum? Ich versuche mir ganz genau ins Gedächtnis zu rufen, was ich am Tag zuvor gegessen und getrunken habe. An irgendeiner Stelle muss ich die Kontrolle verloren haben, irgendwo muss es ein Schluck ein Bissen zu viel gewesen sein. Das darf nicht noch einmal passieren. Morgen muss die Waage ein anderes, niedrigeres Ergebnis zeigen, erst dann ist alles wieder gut. Ich muss mich wiegen, ich kann nicht anders. Nichts und niemand könnte mich daran hindern.“ (Herbst 2002, S. 59)

Für nicht Betroffene, ist es, denk ich, ganz und gar nicht nachvollziehbar, was in so einem Kopf vor sich geht. „Normale“ Personen ärgern sich vielleicht, falls sie sich überhaupt täglich auf die Waage stellen, über ein, zwei Kilogramm, die sie von einem Tag auf den anderen zunehmen. Aber mit Sicherheit würden sie sich deswegen nicht am liebsten, für den Rest des Tages vor allen verstecken. Und die Kommastelle fällt den meisten wahrscheinlich erst gar nicht richtig auf.

„Ich habe ganze Wochenenden zu Hause gehockt, weil ich mich zu sehr schämte, das Haus zu verlassen. Weil mir mein Spiegel sagte, ich sei zu

dick. Ging ich doch aus, hatte ich das Gefühl, mein Bauch verdreifache sich zwischen neunzehn und zweiundzwanzig Uhr, bevor ich heimrannte und angewidert in einem Schaufenster meine Fettmassen wabbeln sah.“ (Oakes-Ash 2001, S. 138)

Also nahm ich all meinen Mut zusammen und verließ dann doch das trauerte Heim, mit völlig, durch die vielen Tränen geschwellenen Augen und mit einem für mich unerträglichen Gewicht, um mein Seminar zu besuchen. Mein Vater machte extra einen Umweg auf dem Weg ins Büro, um mich direkt zur Universität zu führen, damit mich nicht allzu viele Leute so „schwabbelig“ zu Gesicht bekommen konnten. Ich habe an diesem Tag definitiv nicht viel vom Inhalt des Seminars mitbekommen, meine Gedanken drehten sich ausschließlich um mein Gewicht, Aussehen und um meine Waage. Aber schon allein, dass ich das Haus verließ und mich der Öffentlichkeit stellte, kostete genug Überwindung und war somit ein kleiner Erfolg. Für mich und vor allem auch für meine Eltern, die mich davon überzeugen konnten, dass das Leben trotz der 0,1 kg weitergeht und es außer mir selbst niemand anderem auch nur annähernd auffallen würde.

„Zu lange Zeit hat die Waage mein Leben bestimmt. Was sie beim allmorgendlichen Wiegen anzeigte, war maßgebend dafür, ob mein Tag erfolgreich sein würde oder von vornherein zu Scheitern verurteilt war. Zeigte sie ein paar Gramm mehr an als am Tag zuvor, gönnte ich mir keine Ruhe, keine Pause. Den ganzen Tag lang stand ich unter einem unglaublichen inneren Druck, denn ich hatte etwas nachzuholen, etwas gutzumachen. Ich hatte mich wohl am Tag zuvor nicht genug unter Kontrolle gehabt, war nicht fleißig und diszipliniert genug gewesen. Solange ich das nicht wettgemacht hatte, war alles düster, grau und sinnlos. Nichts hätte mich dann glücklich stimmen können. Erst eine positive Botschaft auf der Waage am nächsten Morgen konnte mich wieder froh machen. Bis dieses Ziel erreicht war, gestattete ich mir nicht einmal, überhaupt an Nahrungsaufnahme zu denken.“ (Herbst 2002, S. 14)

Nachdem mir meine Familie auf die Schliche gekommen war, war für mich der nächste Schritt Richtung Ehrlichkeit und Genesung, meiner besten Freundin von meinem Problem zu erzählen. Dass mit mir etwas nicht in Ordnung war, hatte sie sicher schon vorher geahnt, nur hatte es sich nie ergeben, dass wir darüber geredet hätten.

Ich wusste ganz und gar nicht, wie ich es am besten angehen sollte. Meine ersten Gedanken waren, dass das doch wohl nicht so schwierig sein kann, das Thema einfach mal anzusprechen. Bis mir dann klar wurde, dass es sich dabei um etwas handelte, dass man dann doch nicht locker lässig bei einer Tasse Tee nebenbei erwähnt. So einfach ist das eben nicht, nicht einmal wenn einem die beste Freundin gegenüber sitzt.

Bei unserem nächsten Treffen, nahm ich mir ganz fest vor sie „einzuweihen“. Wir wollten uns gemeinsam einen Film ansehen und trafen uns im Kino. Mein Plan war, ihr noch vor Beginn des Filmes alles zu erzählen, um es so schnell wie möglich loszuwerden. Ich schaffte es leider nicht. Naja, und da es sich während dem Film schauen so schlecht redet, blieb mir nur noch die Option, es im Anschluss des Filmes los zu werden. Den Film konnte ich ganz und gar nicht genießen, ich könnte jetzt nicht einmal mit Sicherheit sagen, was wir uns überhaupt angeschaut haben. Ich war völlig angespannt und in einer gewissen Weise auch ein wenig nervös. Einfach unaufmerksam. Als der Film aus war, und wir zum Auto schlenderten, begann ich endlich zu erzählen. Ich bin ihr heute noch dankbar für ihre verständnis- und liebevolle Reaktion. Ich habe mich total aufgehoben und geliebt gefühlt. Meine Freundin reagierte ähnlich wie meine Familie damals reagierte, als sie dahinter gekommen war. Meine Eltern versuchten, genauso wie mein Bruder, sich irgendwie in mich hineinzusetzen, um dahinter zu kommen, was sich da genau in meinem Kopf abspielte. Sie waren einfach alle für mich da. Und es ist ganz und gar nicht einfach diese „irren“ Gedanken nachzuvollziehen oder es zumindest zu versuchen, so weit es geht, wenn man selbst nie an einer Essstörung litt.

Meine Freundin war auch einfach für mich da und das gab mir in meiner „beschissenen“ Situation enorm viel Sicherheit. Das Gefühl zu haben, es

interessiert sich jemand für mich und will auch wissen, wie es überhaupt und noch dazu so weit kommen konnte, war schön.

Klarer Weise war auch viel Unverständnis dabei. Aber das ist völlig klar und kam für mich nicht böse, sondern eher als Interesse, um sich besser in mich einfühlen zu können, rüber.

Es war auf alle Fälle ein tolles Gespräch. Überhaupt war dieses schlechte Gewissen, ihr so etwas Wichtiges zu verschweigen, endlich passé.

Andere Reaktionen, die mich in meiner misslichen Lage nicht gerade unterstützt haben, gab es natürlich auch. Sie waren dann sogar von der Sorte, dass sie mich eher wieder zurückgeworfen und verunsichert haben, in meinem Plan die Bulimie auf dem schnellst möglichen Weg los zu werden. Gott sei Dank, kamen mir diese negativen Aussagen wirklich nur sporadisch unter.

Als ich mein damaliges Basketballteam davon in Kenntnis gesetzt habe, dass ich seit einiger Zeit an Bulimie leide und mir meine Eltern vor kurzem auf die Schliche gekommen sind, waren die meisten nur sprachlos. Damit hatte bei mir wohl keiner gerechnet.

Es war jedoch auch Unverständnis dabei, bezüglich meiner Ungeschicklichkeit des Verheimlichens. Wie konnte es mir passieren, die ganze „Kotzerei“ nur für so kurze Zeit geheim zu halten. So ein Ausspruch zu einem Zeitpunkt, an dem ich endlich eingesehen hatte, oder zumindest nahe dran war es zu versuchen, dass es für meinen Körper und meine psychische und physische Gesundheit gut war, so schnell aufgefliegen zu sein, tat sehr weh. Nach diesem Statement war ich mir leider nicht mehr so sicher.

Ich war damals froh einen Grund gefunden zu haben, mit dem Basketball spielen aufzuhören. Ich konnte, wollte einfach nicht mehr. Ich war viel zu schwach und ausgepowert, um viermal in der Woche zu trainieren. Noch dazu weil es mir zusätzlich auch keinen Spaß mehr machte.

Um ein bisschen abschalten zu können, unternahmen meine Eltern und ich in den Semesterferien eine Reise nach Fuertaventura. Wir buchten Last Minute und wussten nicht wirklich, was uns vor Ort erwarten würde. Wir wurden jedoch positiv überrascht. Wir bekamen einen netten, nicht allzu großen aber völlig ausreichenden Bungalow in der Nähe der Küste und nicht weit vom Pool der Anlage. Es war alles da, um sich zu erholen, zu entspannen und sich die Sonne auf den Bauch scheinen zu lassen, um braun gebrannt wieder heim zu kehren.

Die Idee, auf andere Gedanken zu kommen, klappte bei mir nicht ganz, noch am ersten Tag wurde mir klar, dass doch etwas Entscheidendes fehlte. Es war mein erster Urlaub, seit dem ich an Bulimie litt und hatte deswegen noch keine Ahnung, wie sehr mir mein, in dieser Zeit, wichtigstes Utensil, die Waage, fehlen würde. Schon am ersten Tag war ich völlig unruhig und wollte meinen genauen Gewichtsstand wissen. Meinen Eltern war es Gott sei Dank bewusst, wie wichtig es für mich war, und erkannten, dass die Gefahr des völligen Hungerstreiks ansonsten größer wäre. Also suchten meine Mutter und ich die ganze Bungalow- und Hotelanlage ab, in der Hoffnung irgendwo eine Waage zu finden. Wir setzten starke Hoffnung in den Fitnessraum, aber auch dort war weit und breit keine Waage zu finden. Dann ging es ab an die Rezeption. Es musste doch irgendwo eine Waage aufzutreiben sein. Für mich war es völlig unvorstellbar, dass ich die Einzige unter zig hundert Gästen war, die gern ihr Gewicht kontrollieren würde. Da musste es doch noch andere figurbewusste Leute geben. Aber auch dort wusste keiner über eine Waage Bescheid. Eine der Rezeptionistinnen war eine Deutsche, die selbst mal an einer Essstörung litt. Sie war entzückend zu mir und konnte sich bestens in mich hineinversetzen. Sie wäre sogar bereit gewesen, mir ihre eigene Waage zu borgen, nur hatte sie es zu diesem Zeitpunkt schon geschafft, sie aus ihrem Leben zu verbannen. Von diesem Schritt war ich noch Meilen weit entfernt und würde es auch noch länger bleiben.

Also machten wir uns auf den Weg in die Stadt, um eine Waage zu besorgen. Es war ein langer aber auch mitunter sehr lustiger Ausflug. Es fing

schon einmal damit an, dass wir uns mit Händen und Füßen verständigen mussten, um den richtigen Bus zu erwischen. Das viel größere Problem war dann jedoch, den Leuten klar zu machen, dass wir auf der Suche nach einer Waage waren. Deutsch und Englisch waren in diesem Ort nicht stark verbreitet. In manchen Geschäften kam es dann sogar dazu, dass wir anfangen eine Waage auf ein Blatt Papier aufzuzeichnen. Aber die Nachfrage nach Waagen in einem Touristenort dürfte, „eigenartigerweise“, nicht so groß sein. Ich hatte die Hoffnung schon fast aufgegeben, als wir zufälligerweise ein großes Kaufhaus fanden, das alle möglichen Abteilungen beinhaltete. Darunter war auch eine Elektroabteilung. Dort war es dann endlich so weit und wir fanden glücklicherweise eine Waage. Sogar eine digitale Waage, die ich bis heute in meinem Badezimmer stehen habe und die mittlerweile viele Reisen mit mir hinter sich gebracht hat.

Ich war echt dankbar für das Verständnis meiner Eltern. Sie sahen ein, dass ich ohne diese Kontrolle wahrscheinlich keinen Bissen hinunterbekommen hätte, aus lauter Angst ein halbes Gramm zuzunehmen.

Im Sommer 2002, zur Hochblüte meiner Bulimie, damals hatte ich 50 – 51 kg bei einer Größe von 1,79m, fuhr ich mit meiner besten Freundin und ihrem Freund zu dritt auf Sommerurlaub. Obwohl ich viel Zweifel und Verwunderung von Seiten anderer Freunde zu hören bekam, war ich davon überzeugt, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Ich war mir sicher, dass ich mich in ihrer beider Gegenwart, nicht wie das fünfte Rad am Wagen fühlen musste oder fühlen würde. So war es natürlich auch. Wir hatten viel Spaß zu dritt und ich gönnte ihnen klarerweise auch Zeit, die sie zu zweit verbringen konnten.

Der Urlaub hatte nur einen einzigen Minuspunkt. Ich wurde von keinem einzigen Mann angesprochen, geschweige denn habe ich irgendeinen Typen kennen gelernt. Und das obwohl ich doch jetzt so schön dünn (dürr) war. Ich hatte davor große Erwartungen diesbezüglich. Da ich doch endlich die perfekte Figur hatte, musste ich doch der Männerwelt auffallen. Dem war jedoch nicht so. Ich war enttäuscht und fing sofort wieder zu

zweifeln an, ob ich nicht anscheinend doch noch ein paar Gramm zu viel auf den Hüften hatte. Aber das meine Ausstrahlung und mein ganzes Ich vielleicht unter der Bulimie litten, kam mir nicht in den Sinn.

Auch meine Verdauung spielte auf diesem Urlaub wieder einmal verrückt. Um mir ein Medikament verschreiben zu lassen, suchte ich den Hotelarzt auf. Für ihn war ich ein kleines Wunder. Er war kurz davor andere Ärzte herbei zu holen, um sich dieses „Phänomen“ anzusehen. Mit so einem niedrigen Puls und Blutdruck, hätte er sich nicht träumen lassen, dass es Menschen gibt, die noch aufrecht gehen können und dann auch noch fröhlich lächeln könnten. Ich fühlte mich, abgesehen von der mühsamen Obstipation, jedoch wirklich gut und gesund.

Auch ein paar „Alkoholausrutscher“ blieben mir nicht erspart. Ich konnte einfach nicht einschätzen, wie viel ich meinem Körper zumuten konnte. Zwei Abende sind mir sehr genau im Gedächtnis geblieben.

Der eine war Silvester bei meiner besten Freundin und ihrem Freund zu Hause. Genau im Gedächtnis stimmt so eigentlich nicht ganz, weil große Erinnerungslücken vorhanden sind. Auch wenn man nur noch die Hälfte wiegt, will man natürlich genauso cool wie alle anderen sein, wenn man nicht sogar versucht noch mehr in den Mittelpunkt zu gelangen, um das Gefühl der Zuwendung zu erhaschen, und beim Schnapstrinken mitzuhalten. Dies ist mir auch definitiv gelungen, nur bin ich dann irgendwann wie ein Stein umgefallen und nicht mehr von alleine aufgestanden und da nimmt dann wohl die große Gedächtnislücke ihren Anfang. Dass ich auf die Couch gehievt wurde und mir die Seele aus dem Leib gekotzt habe, habe ich wohl verpasst. Körperlich nicht, aber erinnern kann ich mich nicht einmal in groben Zügen daran.

Ziemlich verwirrt war ich demnach, als ich am nächsten Morgen nicht zu Hause, sondern bei meinen Freunden im Wohnzimmer auf der Couch in eine Decke gewickelt, wieder aufgewacht bin. So richtig entsetzt war ich allerdings erst ab dem Moment, als ich erfuhr, was nächtens noch alles passiert war und ich so gar keinen Schimmer mehr davon hatte. Es ver-

setzte mich in Schrecken, das mir nicht einmal die Kotzerei in Erinnerung geblieben war. Wie hinüber konnte man sein, dass man nicht einmal eine körperliche Anstrengung wie Kotzen mitbekam. Diese Erkenntnis löste in mir sogar eine gewisse Panik aus, weil mir erst da bewusst wurde, welche Fehler einem in so einem Zustand dann wohl noch so unterlaufen könnten. Wenn man in solchen Situationen vielleicht nicht in die guten Händen von Freunden gerät. Ideen, wie mit fremden Männern ins Bett zu steigen oder betrunken Auto zu fahren, verursachten großes Unbehagen in meinem Inneren. Gott sei Dank war ich an diesem Abend in gute Hände geraten, die sich rührend um mich kümmerten.

Man könnte glauben, dass ich aus dieser Erfahrung etwas gelernt hätte, und es bei diesem einen Ausrutscher blieb. Aber natürlich sollte es nicht bei diesem einen Mal bleiben. Es folgte noch der ein oder andere.

Im Jänner, ich weiß das Datum nicht mehr so genau, auf jeden Fall am Tag des Jägerballs passierte mir Ähnliches. Ich kann mich noch erinnern, wie schwierig es damals war, an eine Eintrittskarte heranzukommen, die dann natürlich auch so ihren Preis hatte. Zu diesen Kosten kamen dann auch noch die des ausgeborgten Dirndls dazu, was man auch nicht unbedingt als Schnäppchen bezeichnen konnte. Für das, wie viel mir von diesem Abend in Erinnerung geblieben ist, war es auf jeden Fall viel zu viel Geld.

Mein damaliger Freund nahm mich vor dem Ball zu einer Einladung auf ein Gläschen Sekt mit Brötchen mit. Bei mir blieb es jedoch nicht einmal annähernd bei einem Glas Sekt, da kann man wohl eher in Flaschendimensionen sprechen. Das bemerkte ich spätestens, als wir uns auf den Weg zur Hofburg machten und dafür gezwungenermaßen an die frische Luft mussten. Ab diesem Zeitpunkt fehlt mir so ziemlich jegliche Erinnerung an diesen Abend. Ein paar Kleinigkeiten sind mir noch im Gedächtnis geblieben, ein paar Lichtblitze tauchen vor meinen Augen auf, wenn ich versuche mich daran zurückzuerinnern. Aber nicht viel und schon gar nicht dem Preis angemessen, den mich dieser Abend gekostet hat. Ich könnte nicht einmal sagen, wie lang ich dort war, in welchen Räumen ich

war, hab ich getanzt oder nicht...? Ich weiß es nicht mehr allzu genau. Doch auch an diesem Abend schaffte ich es, unversehrt in meinem Bett zu landen.

Es waren jedenfalls die zwei heftigsten und einprägsamsten Abende in der Zeit meiner Bulimie.

Ich hatte das Gefühl von „richtigen“ beziehungsweise angemessenen Essensmengen mit der Zeit völlig verloren. Mein Körper kannte das Gefühl satt zu sein oder satt zu werden nicht mehr. Durch dieses ständige Überfressen und wieder Hervorwürgen war mein Magen durcheinander gebracht. Ich erlaubte mir ja nicht einmal mehr auch nur eine einzige Mahlzeit bei mir zu behalten und das über ein bis drei Jahre hinweg. Falls ich meinem Magen etwas gestattete, waren es so kleine Portionen, die noch dazu irrsinnig kalorienarm waren, dass er davon bei weitem nicht einmal eine kleine Chance hatte, satt zu werden. Es war für ihn zwar mit Sicherheit ein Genuss wenigstens diese winzigen Mengen zugestanden zu bekommen, mein Magen war aber von früher etwas ganz anderes gewöhnt. Da ich schon immer viel Sport getrieben habe, war ich nie eines von den Mädchen, die Kalorien zählten, Diättage, Entschlackungskuren oder Teetage einhielt. Was noch am ehesten vorkam war, dass ich das Abendessen nach dem Training hin und wieder ausließ, aus dem einfachen Grund, weil ich keinen Hunger mehr hatte oder todmüde ins Bett fiel. Es steckte aber mit Sicherheit nicht der Gedanke des „Dinner-Cancelings“ dahinter. Ich aß dann, wenn ich Hunger hatte und das worauf ich Lust hatte. Das Meiste davon verbrauchte ich so und so spätestens im nächsten Training. Also kannte ich Probleme mit dem Gewicht eigentlich nie so richtig.

In der Phase der Besserung, in der die Ess-Brech-Anfälle immer weniger wurden, war es sehr schwierig für mich wieder „normal“ zu essen. Ich war total an die Hilfe anderer angewiesen. Meistens fiel diese undankbare Aufgabe meiner Mutter zu. Sie half mir eine gut verträgliche Portion für meinen stark überforderten Magen zu finden. Es war zwar nicht immer einfach für uns, aber im Großen und Ganzen meisterten wir es erstaunlich

gut. Das große Problem war nämlich, dass ich manchmal nicht damit klar kam, wenn mich meine Mutter versuchte einzubremsen und zu zügeln, wenn sie das Gefühl hatte, genug auf meinen Teller gehäuft zu haben. Ihr Ziel und meines eigentlich auch war es mich vor der nächsten Völlerei und darauffolgender Brecherei zu schützen. Ich hatte dann oft das Bedürfnis oder sogar einen gewissen innerlichen Zwang weiter zu essen oder zu wollen, obwohl es schon längst ausreichend war. Es war nicht leicht für mich von jemandem zu hören, wann genug war und das, obwohl ich es von alleine nicht einmal annähernd gewusst hätte. Ich hatte dabei jedesmal dieses Gefühl des nicht Dürfens, das mir ganz und gar nicht passte. Es war für mich zeitweise auch paradox zu essen aufhören zu müssen und gleichzeitig von allen Seiten zu hören, dass ich doch ein klein wenig zunehmen sollte.

Es endete oft in Streitereien, und meine Mutter musste viel Wut von mir einstecken, obwohl sie mir lediglich helfen wollte, am Weg zurück ins normale Essen. Und auch wenn mir klar war, dass ich es alleine nicht schaffen würde, wollte ich es manchmal nicht wahrhaben. Leider dauerte es lange, bis ich dieses Sattsein und Hungrigsein wieder so richtig spüren und wahrnehmen konnte.

6.4 Das Ende der Therapie und das Leben danach

Es gibt auch heute noch solche Tage, an denen ich in der früh aufwache und mich so fühle als hätte ich 20 Kilogramm über Nacht zugelegt.

„Es ist unmöglich, an einem einzigen Tag fünf Kilo zuzunehmen. Meine vier Buchstaben können nicht über Nacht dreißig Zentimeter Umfang zulegen. Das passiert höchstens in meinem Kopf.“ (Oakes-Ash 2001, S. 245)

Und das so ziemlich an jeder Körperstelle. Was natürlich rein logisch gar nicht möglich ist. Aber Logik zählt in solchen Situationen so gut wie gar nicht. Das spielt sich dann alles nur in meinem Kopf ab. Für dieses Gefühl

muss ich noch nicht einmal auf der Waage gestanden sein. Wenn es von ihr dann jedoch auch noch bestätigt wird (natürlich handelt es sich dann dabei nicht um 20 Kilogramm sondern um 1, vielleicht 2), dann steigt auch heute noch hin und wieder dieses Gefühl in mir hoch, dass ich mich am liebsten vor der ganzen Welt verstecken würde. Dann denke ich mir es wäre besser, das Haus nicht zu verlassen und mich unter meiner Bettdecke zu verkriechen. Der Unterschied zu früher ist, dass ich diesen Plan nicht mehr beinhart durchziehe. Es kommen mittlerweile, wäre schlimm wenn es nicht so wäre, schon bessere Ideen ans Tageslicht, wie zum Beispiel ein bisschen mehr Sport zu machen oder einen „gesunden“ Tag einzulegen. Was so viel heißt, wie ein wenig auf die Ernährung zu achten. Ein bisschen mehr Gemüse, Obst und ein bisschen weniger Schokolade und andere Schlemmereien.

Nur müsste ich lügen, würde ich sagen, dass solche Tage schon leicht zu bewältigen sind für mich. Vor allem an solchen Tagen, an denen ich das Gefühl habe, am Vortag erstens nicht viel, sondern eigentlich sogar ziemlich wenig, gegessen zu haben und zweitens, das was ich gegessen habe als besonders gesund und leicht empfunden habe. Und wenn ich dann auch noch viel Sport getrieben habe, sei es joggen oder Basketball spielen, werde ich schon hie und da noch skeptisch, ob ich meinem Körper auch wirklich vertrauen kann und soll. Dann kann schnell die nur zu gut bekannte Frage in meinem Kopf herumschwirren: „Was kann ich denn heute noch weniger essen, wie kann ich mich heute noch mehr bewegen,...!“. Was mich dann schon wieder sehr an mein Suchtverhalten von damals erinnert und mir ein wenig Angst macht. Mit solchen Situationen ist es für mich noch ziemlich schwierig umzugehen. Früher galt an solchen Tagen das Motto „heute kotze ich einfach mehr“, auf das ich heute aber, Gott sei Dank, nicht mehr zurückgreifen will.

Leichter ist es natürlich, wenn ich weiß, dass ich am Vortag voll „reingehaut“ habe. Dann kann es zwar passieren, dass ich am nächsten Morgen irrsinnig angefressen auf mich selbst bin, weil ich mich so gehen habe las-

sen, aber die Angst vor dem Zunehmen, obwohl ich nicht viel gegessen habe, fällt weg.

Das „normale“ Erbrechen, damit meine ich, wenn es wirklich einen Grund gäbe sich zu übergeben, wie z.B. eine Migräne oder eine Magen-Darm-Grippe, fällt mir wahnsinnig schwer. Unlängst bin ich mitten in der Nacht mit einem Migräneanfall aufgeschreckt. Mit allem was dazugehört. Natürlich höllisch starke, pochende Kopfschmerzen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit und auch ein wahnsinniges „Kotzgefühl“, weil sich Migräne ja bekanntlich auch auf den Magen schlägt. In solchen Momenten weiß ich zwar, dass Erbrechen eine Erleichterung für meinen Schmerzenszustand wäre und trotzdem ist es eine große Überwindung für mich, mich dazu durchzuringen. Es steigen sofort Angstgefühle in mir hoch. Gedanken wie, „hoffentlich bleibt es bei dem einen Mal Kotzen und ich gewöhn mich nicht gleich wieder dran“ – was natürlich bei einem Mal relativ unwahrscheinlich ist. Oder: „hoffentlich finde ich es nicht befreiend und erleichternd (psychisch)“ – was wieder Rückschlüsse auf psychisch unverarbeitete Dinge geben würde.

Meine zweite Sorge, die mit der anderen dann immer einhergeht, ist die, dass mir die anderen nicht glauben, dass ich wegen einer Migräne gekotzt habe, sondern glauben, dass ich einen Rückfall habe. Auch wenn es niemand mitbekommt, dass ich mich übergeben musste, habe ich von innen heraus diesen Drang es irgendjemandem, sei es meinem Freund oder jemandem aus meiner Familie, sofort erzählen zu müssen, um es öffentlich zu machen. Damit nicht wieder dieses Geheimhalten losgeht. Obwohl es eigentlich völlig normal ist sich zu übergeben, wenn es krankheitsgemäß passiert, kommt mir dieses Erzählen trotzdem immer wie eine Beichte vor. Ich habe immer das Gefühl, dass ich mich dafür rechtfertigen muss, auch wenn keine mutwillige Absicht dahintersteckte. Ich weiß nicht, ob das für mich persönlich je wieder normal sein wird.

Im Großen und Ganzen wage ich zu sagen, dass ich diese, total extreme Körperbezogenheit schon abgelegt habe. Mit Sicherheit aber noch nicht ganz. Also, ich kann nicht sagen, ob es genauso wäre, wenn ich keine Essstörung gehabt hätte. Ich habe mir auch überlegt, ob Frauen diesbezüglich im Allgemeinen vielleicht einfach so sind. Aber ich weiß es nicht. Ich glaube aber eher nicht. Auf jeden Fall habe ich sehr häufig das Bedürfnis, mich mit anderen vergleichen zu müssen. Sehr häufig ist wahrscheinlich sogar untertrieben. Vielleicht sollte ich eher immer sagen. Ich vergleiche mich in der Straßenbahn, beim Schoppen, beim Weggehen und ich weiß nicht wo noch überall, mit anderen Frauen und Mädchen. Und ich muss zugeben, ich fühle mich um einiges wohler, wenn ich mir nicht als die Dickste vorkomme. Das pusht mein Selbstvertrauen und -bewusstsein in die Höhe. Hauptsächlich ist dies dann der Fall, wenn ich unter Leuten bin, die ich zum ersten Mal sehe, und die mich zum ersten Mal sehen und mich nicht kennen. In solchen Situationen, in denen man das Gefühl hat, nur nach dem Äußeren beurteilt zu werden. Was ja auch meistens so ist, weil das Aussehen einfach den ersten Eindruck ausmacht und hinterlässt. Da verstricke ich mich leicht in einen Teufelskreis: wenn ich mich unwohl und zu dick in meiner eigenen Haut fühle, weil ich das Gefühl habe, all die anderen um mich herum sind viel hübscher, schlanker und interessanter als ich selbst, ziehe ich mich innerlich zurück, spreche nicht viel und werde von den anderen dadurch auch wenig beachtet. Man wirkt auf die anderen verschlossen und zurückgezogen und dadurch vielleicht wirklich uninteressant als Gesprächspartner. Und das führe ich dann fälschlicher Weise auf mein Aussehen zurück. Obwohl sich der Abend mit ziemlicher Sicherheit anders entwickelt hätte, wäre ich einfach ich selbst gewesen.

Auch wenn irgendwer stark abnimmt, steigt auch heute noch ein Gefühl des „Eifersüchtig-Seins“ in mir hoch. Ich stelle mir vor, wie ich aussehen würde, wenn ich auch wieder ein bisschen abspecken würde. Und auch die Methode, wie ich das schnell über die Bühne bringen könnte, kommt

mir rasch in den Sinn. Aber diese Idee wird von meinem vernünftigen Inneren schnell im Keim erstickt.

Ohne meine Waage auf einen Urlaub zu fahren, der länger als 2, 3 Tage dauert, wäre vor einem Jahr noch undenkbar gewesen. Mittlerweile schaffe ich es, sie im Badezimmer zurückzulassen und nicht in den Koffer zu packen. Auch wenn es hin und wieder noch immer schwer fällt, bin ich sehr stolz darauf.

An manchen Tagen fehlt mir diese Kontrolle sehr, an manchen wiederum empfinde ich es doch mal als sehr angenehm, ohne diesen ewigen Zahlen, morgens, mittags, abends und auch noch zwischendurch zu leben. Einfach das zu essen, worauf man Lust hat und soviel zu essen, wie einem der Körper signalisiert, dass er braucht. Und nicht die Menge und Art davon abhängig zu machen, ob die Waage nun ein paar Gramm mehr oder weniger anzeigt. Es ist nämlich in beiden Fällen schlecht: Zeigt sie für meinen Geschmack zu viel an, esse ich nur solche Sachen, von denen ich glaube, dass sie gesund sind und nicht zu viel Fett oder Kalorien enthalten. Oft ist die Folge jedoch, dass der Körper von dieser Art von Nahrung nicht befriedigt ist, weil er in diesem Moment etwas anderes gebraucht hätte und der Hunger, obwohl man etwas gegessen hat noch immer der gleiche ist und sich die Gedanken auch weiterhin nur um Essen und Hunger drehen. So lange bis man dem Körper das gibt, was er wirklich braucht und in dem Augenblick haben will. Am Schluss hat man umsonst zwei Mahlzeiten zu sich genommen. Hätte man gleich auf den Körper gehört, wäre es vermutlich bei einer geblieben. Anders herum, wenn die Waage weniger anzeigt, als ich mir erwartet hätte, esse ich einfach weiter, egal ob ich überhaupt noch Hunger verspüre oder nicht. Weil ich das Gefühl habe, mir das Eis oder die Schokolade in diesem Augenblick gönnen zu müssen, weil man ja nie wissen kann, ob das Gewicht je wieder so niedrig sein wird wie zu diesem Zeitpunkt. Also ist dieses ständige Abwiegen eigentlich völlig kontraproduktiv. Nur das Problem ist, dass ich es theoretisch weiß, aber praktisch leider noch nicht so ganz umsetzen kann.

Nach einem Urlaub ohne Waage löst das erste Abwiegen ein starkes Unbehagen in mir aus. Die Angst vor der Zahl ist groß. Wie viel wird sie anzeigen? Habe ich zugenommen oder vielleicht sogar abgenommen? Solche Fragen schwirren dann in meinem Kopf herum. Noch bin ich nicht so weit, die Waage aus meinem Leben zu verbannen. Auch wenn ich dann sehe, dass ich nicht um 10 kg zugenommen habe, obwohl ich mich voll auf die Hungersignale meines Körpers verlassen habe und nicht die Kontrolle der Waage zu Hilfe nahm, schaffe ich es nicht sie links liegen zu lassen. Aber vielleicht ist es bald so weit.

„Waagen gehören ins Fischgeschäft:

Meine Freundin Sue ist schlank. Bedenkenlos isst sie doppelte Butterbrote oder frittierte Calamaris und trinkt flaschenweise Coca-Cola. Sie arbeitet in einer Arztpraxis, wo sie sich gelegentlich auf die Waage stellt. Eines Tages wog sie fünf Pfund weniger als beim letzten Wiegen. Sie war sehr erfreut darüber, und in ihrer Mittagspause bewunderte sie ihr Spiegelbild in den Schaufenstern, kaufte sich ein Kleid und belohnte sich mit einem kalorienreichen Mittagsessen. Am nächsten Tag erzählte ihr der Arzt, bei dem sie arbeitete, dass die Waage falsch gehe – um acht Pfund zu wenig anzeige. Sue hatte also nicht nur die fünf Pfund nicht abgenommen, nein, sie hatte drei Pfund zugenommen. Als sie mich anrief, waren ihre Kleider plötzlich eng geworden, und sie spürte eine Speckrolle um die Taille. ‚Ich muss eine Diät machen‘, jammerte sie, ‚unvorstellbar, wie fett ich bin‘“ Das sagte eine schlanke Frau, eine, die grundsätzlich zufrieden mit ihrer Figur ist.

Wenn die Waage einen solchen Einfluss auf sie hat, wenn die Waage ihr Körpergefühl von einem Tag auf den anderen so radikal verändern kann, dann stelle dir die seelischen und emotionalen Wechselbäder vor, in die eine Waage jemanden stürzt, der weniger zufrieden ist.

Die Waage hat die Macht, einen deprimierenden Tag in einen strahlenden zu verwandeln oder einen strahlenden in einen trüben. Wenn wir uns auf

die Waage stellen, dann sagen wir: ‚Los, Maschine, sag mir, wie ich mich heute fühlen soll.‘

Wir haben die Waage zum Richter über Wert und Wahrheit gemacht. Wenn wir ‚böse‘ waren, gibt’s kein Leugnen, weil es sich auf der Waage zeigt. Wenn wir „gut“ waren, zeigt die Waage die Belohnung. Die Waage ist wie Gott; sie weiß alles.

Eine Waage ist jedoch nur eine Waage – ein kaltes, lebloses Stück Metall –, so lange, bis wir ihr Macht verleihen. Wir machen sie zu einem Instrument, das uns sagt, ob wir uns heute mögen dürfen oder nicht. Und wir verhalten uns entsprechend, indem wir die gesellschaftlichen Vorstellungen von gut und richtig, von niedrigerem Gewicht statt höherem akzeptieren und dadurch, dass wir uns Tag für Tag wieder wiegen. Als ob die die Passform deiner Kleider nicht sagt, ob du zu- oder abgenommen hast. Als ob du Strafe brauchst, um dich zum Abnehmen zu zwingen. Als ob du kein fühlender, denkender, fähiger Mensch wärst, der für sich selbst entscheiden kann, wie sein Tag aussehen soll und wie er sich fühlt.

Wirf die Waage weg.

Oder klebe dein Idealgewicht darauf; wenn du dann fragst, ob du dich heute gut fühlen darfst, wird die Waage immer antworten: ‚Ja, natürlich‘“ (Roth 2005, S. 124f.)

Essen vor anderen Leuten war eine zeitlang sehr problematisch für mich. Heute genieße ich es, mit Freunden essen zu gehen oder gemeinsam zu grillen. Damals war es einfacher nicht in Gegenwart anderer zu essen und vielleicht mit einem knurrenden Magen umgehen zu müssen, als die Qual mir vorzustellen, was andere über mein Essen denken.

„ ... Der bloße Gedanke in der Gegenwart dieser Menschen essen zu müssen, versetzte mich in Panik. Ich fühlte mich belauert. Wenn ich äße, würden die anderen lachen. Sie würden beobachten, wie viel ich esse, wie ich die Gabel zum Mund führe, wie ich kaue und schlucke. (...) Davor hatte ich große Angst.“ (Herbst 2002, S. 68)

Ein Problem damit, hatte ich eigentlich nur in der Phase der Genesung. Weder während der Ess-Brech-Sucht noch in der Zeit danach, war dies je problematisch für mich. Aber gerade in dieser Genesungszeit, in der man automatisch ein wenig zunimmt – der eine mehr, der andere weniger – war es mir enorm wichtig, was andere Leute über mich denken. Also spielte es auch eine enorm große Rolle, was sie von meinen Essensmengen hielten. Ich hatte Angst vor Gedanken wie zum Beispiel: „Kein Wunder, dass sie bei solchen Mengen zunimmt!“; „Das ist aber ganz und gar nicht gesund, was sie sich da zum Essen bestellt!“; „Das würde ich nie essen, so fett und kalorienreich das ist!“. Ich löste diese Zwickmühle, indem ich vor anderen einfach nichts mehr aß. Was mich natürlich zusätzlich stärkte, weil ich mir selbst gegenüber hart war und Hunger ertragen konnte und zusah, wie andere dem Hunger nachgaben und zulangten, was von mir damals als Schwäche beurteilt wurde. Was mir nur zu diesem Zeitpunkt nicht klar war, war, dass ich eigentlich die einzig Schwache war, es aber nur nicht in der Öffentlichkeit zeigte, sondern nur mir allein und somit nicht wahrhaben wollte. Ich gönnte mir nämlich im stillen Kämmerchen die dreifachen Portionen, die jedoch nicht wirklich zählten, weil außer mir niemand anwesend war. Dieses Dilemma konnte ich mir damals nicht eingestehen.

In der Zeit während der Ess-Brech-Sucht hat mich das überhaupt nicht gestört vor anderen zu essen, da ich es kurz danach ohnehin wieder loswurde. Da kam ich mir manchmal sogar eher gut vor, so viel essen zu können und trotzdem so schlank zu bleiben. Zusätzlich spornte mich die Bewunderung vieler anderen für dieses Phänomen an.

„Nach über zwanzig Jahren heimlichen Essens kostete es mich unglaubliche Überwindung, mich zu meinem Hunger zu bekennen, aus dem stillen Kämmerlein herauszutreten und öffentlich zu zeigen: ‚Ich habe Hunger, und verdiene es, zu essen‘.“ (Oakes-Ash 2001, S. 210)

Geneen Roth schreibt in ihrem Buch *Essen als Ersatz. Wie man den Teufelkreis durchbricht*, dass man sich darauf verlassen kann, dass sich der

Körper das holt, was er braucht und dass man dadurch nicht notgedrungen zunehmen muss. Der Körper findet von selbst sein natürliches und ebenso gesundes Gewicht und hält es auch. Es ist nicht so, dass der Körper nur Süßes, Kalorienhaltiges, Fetttes und Ungesundes haben will, wenn man auf ihn hört und ihm das gibt, wonach er verlangt. Man kann sich darauf verlassen, dass er genauso gesunde Lebensmittel einfordert. Und das ganz von allein.

Auch das klingt logisch und selbstverständlich, lässt man es sich durch den Kopf gehen. Aber wenn man so fixiert auf Essen, Fett, Kalorien und Gewicht ist beziehungsweise war, ist die Angst einfach zu groß, dass man die Kontrolle über sich selbst verlieren könnte. Überhaupt dann, wenn man so wie ich diese Kontrollverluste ja auch lange genug am eigenen Körper miterlebt hat. Plötzlich einfach das Essen zu dürfen, was der Körper haben will, klingt für mich an vielen Tagen bereits machbar, an manchen jedoch kaum vorstellbar. Da fehlt noch das nötige Vertrauen in den eigenen Körper.

„Zu essen, was man will, ohne dick zu werden, ist für zwanghafte Esser deshalb so erschreckend, weil wir glauben, wir wollen so viel. Wir denken, wir wollen all das, was uns als Kind, als Teenager, als Erwachsene verboten war. Wir denken wir wollen all das, was wir letztes Jahr nicht essen durften oder letzten Monat oder gestern.“ (Roth 2005, S. 26)

Bevor es ganz vorbei war mit meinen Fress-Brech-Anfällen, hatte ich meine Therapie bereits beendet, und ich war wirklich eine Zeit lang ziemlich skeptisch, wie das klappen sollte, dass ich mit dem Erbrechen aufhöre. Es war anfangs für mich total komisch, keine Therapiestunden mehr zu haben. So wie es am Anfang komisch war damit anzufangen, war es am Schluss komisch damit aufzuhören. Ich hatte mich doch schon so daran gewöhnt immer jemanden zu haben, dem ich alles erzählen konnte, und der mir auch immer gute Ratschläge geben konnte, wenn ich nicht mehr so ganz weiter wusste. Und überhaupt stellte sich mir Frage, wie das Erbrechen plötzlich von ganz alleine aufhören sollte? Ich erbrach zwar

nicht mehr täglich, aber ich hatte so eine gewisse Anzahl an „Kotzeinheiten“, die ich mir doch noch erlaubte. Das gab mir eine gewisse Sicherheit. Diese paar Mal empfand ich auch noch als ziemlich zentral in meinem Leben. Ich richtete so ziemlich alles nach „ihnen“. Und so komisch es klingen mag, aber diese „erlaubten Kotzeinheiten“ schützten mich mit Sicherheit vor einer ansonsten weit größeren Anzahl.

Mit meinen Ausbildungen bin ich nach all den Anlaufschwierigkeiten im Großen und Ganzen sehr zufrieden. Neben meinem Studium, habe ich auch noch die Ausbildung zum Medizinischen Masseur und vor kurzem zum Heilmasseur absolviert. Die Zeit in der Massageschule möchte ich nicht missen. Es war eine schöne Erfahrung. Da Massage eine sehr körper- und menschenbezogene Arbeit ist, habe ich währenddessen mit Sicherheit, meinen Körper wieder neu kennen gelernt. In gewisser Weise wahrscheinlich sogar neu schätzen gelernt.

Das erste Ausziehen vor allen war klarerweise komisch und ich hatte auch ein ziemlich mulmiges Gefühl davor. Vor allem deshalb, weil ich noch nicht genau wusste, ob ich mit meinem Körper so wie er nun war wirklich zufrieden sein wollte. Aber ich muss echt sagen, dass ich das Glück hatte, Klassenkollegen und -innen zu erwischen, vor denen man sich nicht genieren musste. Es wurde jeder so akzeptiert, wie er war und nicht wegen einem kleinen Speckröllchen mehr oder weniger blöd angeschaut.

Neben der tollen Ausbildung war es super, so viele verschiedene Charaktere kennenzulernen und ein neues Gefühl für den eigenen Körper zu gewinnen.

Auch zum Basketballspielen habe ich nach einer nicht allzu langen Pause wieder begonnen. In einem Team, das ich nie wieder hergeben oder gegen ein anderes eintauschen würde. Man freut sich ins Training und zu den Spielen zu gehen. Und das nicht nur, weil man Spaß daran hat Sport zu treiben, sondern vor allem deswegen, um alle Mädels zu sehen und mit ihnen regelmäßig Zeit zu verbringen. Natürlich geht es in der Meister-

schaft dann auch darum zu gewinnen, aber im Vordergrund steht der Spaß miteinander und die Freundschaft.

Das Genialste an dieser Mannschaft ist, dass wir auch in der Freizeit sehr viel miteinander unternehmen. Angefangen von Geburtstagsfeiern über Turniere im Ausland bis hin zu kleinen, spontanen Rafting-Touren.

Und auch in schlechten Zeiten findet man immer irgendein offenes Ohr, das für einen Zeit hat.

Durch diese Mannschaft habe ich gemerkt, wie wichtig es für mich ist, dass das ganze Rundherum für mich passt. Sich einfach wohl zu fühlen, wo dazu gehören und einfach so sein zu können, wie man ist, ist entscheidend.

7 Schlusswort

Anhand der Darstellung meiner persönlichen Erfahrung mit Bulimie konnte ich meine Hypothese, dass Beziehungskonflikte bei Essstörungen vordergründig sind, eindeutig bestätigen. Auch in allen Biographien von Personen mit Essstörungen lagen die wirklichen Probleme viel tiefer, als sie dem ersten Eindruck nach erscheinen, und bei niemandem war der Wunsch schlank zu sein der wahre Auslöser.

Auch wenn Medien einen nicht unentscheidenden Beitrag dazu leisten und den Sprung in die am Anfang stehenden Diäten eindeutig unterstützen, vielleicht sogar fördern, liegen die wirklichen Auslöser doch viel tiefer in der Seele des einzelnen Betroffenen.

In den meisten Fällen sind es Probleme mit der eigenen Familie, mit Freunden, dem Job oder unerfüllbare Anforderungen, die von der Gesellschaft an einen gestellt werden, die die Personen in die Tiefe von Essstörungen treiben. Oft will man es nur nicht wahrhaben und es sich nicht eingestehen, Probleme zu haben und schiebt es deshalb auf das Schönheitsideal, das von Frauen und auch bereits von Männern erwartet wird.

Es wäre wichtig, dass auch bei Männern Essstörung als „Krankheit“ und als wirkliches Problem anerkannt wird und es bei keinem Tabuthema in der Männerwelt bleibt.

Auch wenn schon viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet wird, ist bei vielen immer noch genügend Aufklärungsarbeit zu diesem Thema zu leisten.

Bei den Interviews mit den 28 Lehrern war ich sehr positiv überrascht, wie offen die befragten Lehrer mit dem Thema Essstörungen umgehen und wie hellhörig sie darauf in der Schülerwelt reagieren.

Ich hatte mir auch nicht erwartet, dass sich bis auf zwei bereits alle mit dem Thema auseinandergesetzt hatten.

Mich erstaunte auch, dass viele von ihnen, beinahe alle, nicht die Augen davor schließen, sondern das Ziel haben, dem Problem bei betroffenen Schülern auf den Grund zu gehen. Sie versuchen den Kindern herauszu-

helfen. Ich hatte eigentlich erwartet, dass einige aus Angst zu stark involviert zu werden, eher die Schiene des Ignorierens wählen würden.

Wo es auf jeden Fall Handlungsbedarf gibt, ist, Lehrer über Anlaufstellen für Personen mit Bulimie oder auch Anorexia Nervosa zu informieren. Es wäre wichtig, dass Lehrer entweder den Schülern direkt oder den Eltern Adressen nennen können, an die sie sich in gegebenen Fall wenden könnten. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich jedem nur aus vollster Überzeugung das Institut somewhat empfehlen. Das Großartige ist, dass man psychotherapeutisch betreut wird, die gesundheitliche Komponente aber nicht vernachlässigt wird.

Genauso wie man Seminare oder Tagungen rund um das Thema Essstörungen in Lehrerkreisen mehr publik machen sollte, weil ich das Gefühl habe, dass sie großen Anklang finden würden.

8 Literaturverzeichnis

Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung. – München: Ernst Reinhardt 2004.

Ainsworth, M.D.S. (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Babys. – In: K.E. Grossmann (Hrsg.): Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt – München: Kindler, S. 98-107

Auhagen, Ann Elisabeth / Salisch von, Maria (Hrsg.) (1993): Zwischenmenschliche Beziehungen – Göttingen: Hogrefe.

Bauer, Barbara G. / Anderson, Wayne P. / Hyatt, Robert W. (2002): Bulimie. Behandlungsanleitung für Therapeuten und Betroffene – Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Bowlby, John (2006): Bindung. – München: Ernst Reinhardt.

Brazelton, T. Berry / Cramer, Bertrand G. (1990): Die frühe Bindung – Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. – Stuttgart: Klett Cotta.

Datler, Wilfried / Eggert-Schmid Noerr, Annelinde / Winterhager-Schmid, Luise (Hrsg.) (2002): Das selbständige Kind. – Gießen: Psychosozial-Verlag.

Datler, Wilfried / Ereky, Katharina / Strobel, Karin (2002): Alleine unter Fremden. Zur Bedeutung des Trennungserlebens von Kleinkindern in Kinderkrippen. – In: Datler, W. / Eggert-Schmid Noerr, A. / Winterhager-Schmid, L. (Hrsg): Das selbstständige Kind. – Gießen: Psychosozial-Verlag.

Diem-Wille, Gertraud (2003): Das Kleinkind und seine Eltern – Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. – Stuttgart: Kohlhammer.

Feichtenberger, Andreas (2006): Einfach zum Kotzen. Bulimie und Magersucht – zwei Frauenkrankheiten für Männer. – In: Wellness Magazin 3, S. 98-99

Friedrich, Max H. (1999): Irrgarten Pubertät – Elternängste. – Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Friedrich, Max H. (2003): Kinder ins Leben begleiten – Vorbeugen statt Therapie. – Wien: öbv & hpt.

Gerlinghoff, Monika / Backmund, Herbert / Mai, Norbert (1999): Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen. – Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Gröne, Margret (⁴2003): Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie. – Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Herbst, Gesa (²2002): Fremd – Körper. – Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hinde, Robert A. (1993): Auf dem Weg zu einer Wissenschaft zwischenmenschlicher Beziehungen. – In: Auhagen, A. E / von Salisch, M. (Hrsg.): Zwischenmenschliche Beziehungen. – Göttingen: Hogrefe.

Hornbacher, Marya (⁵2004): Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht. Eine Autobiographie. – Frankfurt am Main: Ullstein Verlag.

Hörndler, Margit/Zitt, Christian (2004): Körperkult – Körpersein. – Online Publikation.

[URL:http://www.sowhat.at/downloads/Forschung_Koerperkult.pdf] download 25.04.2008.

Johnston, Anita (2003): Die Frau, die im Mondlicht aß. Die uralte Weisheit von Märchen und Mythen hilft Frauen, Ess-Störungen zu überwinden. – München: Knauer Taschenbuch.

Kißgen, Rüdiger (2004): Vorlesung: Bindungstheoretische Konzepte zur Analyse von heilpädagogischen Phänomenen und Fragestellungen. Unpubliziertes Skriptum.

Koxeder, Birgit (2006): (Z)erbrechen. – In: Gesundheit 3, S. 32-33

Krappmann, Lothar (1993): Die Entwicklung vielfältiger sozialer Beziehungen unter Kindern. – In: Auhagen, A. E / von Salisch, M. (Hrsg.): Zwischenmenschliche Beziehungen. – Göttingen: Hogrefe.

Langsdorff, Maja (²2003): Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Bulimie – Verstehen und heilen. – Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Oakes-Ash, Rachael (2001): Brave Mädchen essen auf. – München: Beust Verlag.

Parfy, E. / Redtenbacher, H. / Sigmund, R., Schoberberger, R. / Butschek, Ch. (Hrsg.) (2000): Bindung und Interaktion – Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. – Wien: Facultas.

Pistotnig, Silvia (2005): Darüber spricht man(n) nicht. – In: Gesundes Leben 2, S.9-11

Reich, Günter (2003): Familientherapie der Essstörungen. – Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Reich, Günter und Cierpka, Manfred (²2001): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ringer, F. / Crittenden, P.M. (2007): Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorder. – In: European Eating Disorders Review 15, S. 119-130.

Roth, Geneen (2005): Essen als Ersatz. Wie man den Teufelskreis durchbricht. – Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Saß, Henning / Wittchen, Hans-Ulrich / Michael Zaudig (²1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV – Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe/Verlag für Psychologie.

Smolak, Linda / Levine, Michael P. / Striegel-Moore, Ruth (1996): The Developmental Psychopathology of Eating Disorders – Implications for Research, Prevention, and Treatment. – Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

sowhat, Institut für Menschen mit Essstörungen (Hrsg.) (2003): Wenn sich alles um`s Essen dreht. Wien: sowhat.

Steinhardt, Kornelia / Datler, Wilfried / Gstach, Johannes (Hrsg.) (²2002): Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit. – Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wappis, Bernhard (2005): Darüber spricht man(n) nicht ...! Magersucht und Bulimie bei Männern. – Norderstedt: Books on Demand.

Ward, Anne et al. (2001): Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. – In: British Journal of Medical Psychology 74, S. 497-505.

Internet:

URL:http://www.dgsp.de/wissen_heute/empfehlungen/essstoerungen.html
19.03.2008

URL: http://www.essstoerungen.at/html/lf_zumthema.htm 13.07.2006

URL: [http://www.heimat.de/gaynews/html/essstörungen.html](http://www.heimat.de/gaynews/html/essst%C3%B6rungen.html) 03.01.2005

URL:http://www.krankenkassenratgeber.de/index.php?option=com_kk_news&Itemid=22&task=show_detail&id=5367 25.03.2008

URL: <http://www.maja-langsdorff.de/medmagma.htm> 03.01.2005

URL:http://www.netzwerkessstoerungen.ch/d./ratgeber/ratandere_allg.htm
25.03.08

URL: <http://www.knetfelder.de/kkp/bindung1.html> 24.11.2007

URL:<http://www.sowhat.at/angebote/psychotherapeutische.htm>
16.01.2006.

9 Anhang

9.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit geht es um das Thema Essstörungen, im Speziellen um die Form der Bulimie.

Zu Beginn des Textes gibt es eine allgemeine Einführung, mit den wichtigsten Eckdaten und grundlegenden Informationen zu dieser Art von Essstörung.

In dem darauf folgendem Kapitel wird anhand von zwei Studien darauf eingegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen frühen kindlichen Bindungen, aber auch Bindungs- und Beziehungserfahrungen im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter und dem immer häufiger auftretendem Problem der Essstörungen gibt. Obwohl es keine zwingende Kausalität gibt, zeigt sich immer wieder, dass Menschen von dieser Sucht betroffen sind, die in ihrer Kindheit eine unsichere Beziehung zu ihren primären Bezugspersonen hatten.

Dem folgt eine qualitative Untersuchung, die in verschiedenen Schulen durchgeführt wurde (mit einem eigens dafür erstellten Fragebogen). Mit diesen Interviews wird aufgezeigt, ob AHS-Lehrer in ihrer bisherigen beruflichen Laufbahn mit der Problematik Essstörung bereits konfrontiert worden sind und in wie weit sie darauf eingegangen sind. Es ist positiv zu vermerken, dass ein Großteil der befragten Lehrer bereit ist, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen.

Trotz alledem werden Essstörungen in unserer Gesellschaft noch immer häufig tabuisiert.

Abschließend wird anhand der eigenen Erfahrung aufgezeigt, wie leicht es passieren kann, in diesen Teufelskreis zu geraten. Im Gegensatz dazu ist es äußerst schwierig, sich offen zu seiner Sucht zu bekennen und noch viel schwieriger sich wieder davon zu befreien.

Dieser Teil möge eine Hilfe für all jene bieten, die sich irgendwann in einer ähnlich schwierigen Situation finden, oder in ihrem Familien- beziehungsweise Freundeskreis damit konfrontiert werden.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Julia Vanas
 geboren am: 27.10.1982 in Wien
 Familienstand: ledig
 Staatsbürgerschaft: Österreich

Schul- und Hochschulbildung:

Mai 2007 – Okt 2007 Ausbildung zur Heilmasseurin
 Jan 2006 – Apr 2007 Ausbildung zur Medizinischen Masseurin
 Okt 2001 – jetzt Universität Wien
 Studium der Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik
 Sep 1993 – Jun 2001 Albertus-Magnus-Gymnasium
 Sep 1989 – Jun 1993 Volksschule Knollgasse

Berufliche Erfahrungen bzw. Praktika:

Apr 2008 – jetzt Mitarbeit bei sozialem Kompetenztraining mit Kindern
 Nov 2007 – jetzt Administrative Tätigkeit und Trainerin bei der MANUS Massageschule
 Dez 2004 – Mai 2006 Akademietheater, Wien
 Komparsin
 Jul 2003 Pensionsversicherung, Wien
 Ferialpraktikantin
 Okt 2002 – Feb 2004 Burgtheater, Wien
 Komparsin
 Jul 2001, Jul 2002 Döblinger Privatklinik, Wien
 und Aug 2004 Hilfsschwester

Sonstiges:Sprachkenntnisse:

Englisch fließend

Französisch Grundkenntnisse

EDV Kenntnisse:

Word und Excel

Hobbies:

Basketball und Sport im Allgemeinen

Gesang

Erklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegende Diplomarbeit eigenständig verfasst habe und dass die dabei verwendeten Quellen im Literaturverzeichnis vollständig angeführt sind.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.