

Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?

.....

Margret Gröne

Ein systemischer Ansatz zur
Beschreibung und Behandlung der Bulimie

Fünfte Auflage, 2007

.....

1 Einleitung

1.1 BULIMIE: DEFINITION, SYMPTOMATIK UND EPIDEMIOLOGIE

Therapeutin: Wie sieht sie aus, die Bulimie? Es gibt ja viele, die sagen, sie verhalten sich bulimisch; was heißt es für Sie? Es kann ja sehr unterschiedlich sein. Wie verhalten Sie sich? Woran könnte ich es als Fremde merken?

Anna: Keiner könnte es merken.

Therapeutin: Eben. Deshalb frage ich nach. Denn Sie sehen ja völlig normal aus. Es gibt Magersüchtige, da sieht man von außen, daß sie zu wenig wiegen. Sie sehen normalgewichtiger aus. Was machen Sie, wenn die Bulimie da ist?

Anna: Ich komme nach Hause, gehe vorher einkaufen ...

Therapeutin: Nach der Arbeit?

Anna: Ja. Wenn ich von der Arbeit komme, gehe ich einkaufen. Und habe schon so einen Heißhunger.

Therapeutin: Und was kaufen Sie?

Anna: Nudeln, Reis, Schokolade ...

Therapeutin: Wieviel?

Anna: 3 bis 4 Tafeln. Und Kekse ...

Therapeutin: Auch mit Schokolade?

Anna: Ja, meistens. Dann Pommes, Würstchen, Salate mit viel Mayonnaise drin, Wurst am Stück ...

Therapeutin: Noch etwas?

Anna: Brot, Brötchen ...

Therapeutin: So ungefähr für eine Woche? Oder für einen Tag? Wie ist das quantitativ?

Anna: Eigentlich übermäßig viel. So wie für eine Woche.

Therapeutin: Für eine Person oder einen Haushalt?

Anna: Für eine Person ein Wocheneinkauf. Ich lebe alleine.

Therapeutin: Und dann?

Anna: Dann gehe ich nach Hause und meistens passiert es schon dabei, daß ich mir unterwegs etwas aus der Tüte zerre und auf der Straße schon esse. Und wenn dann die Wohnungstür zufällt, dann setze ich mich halt hin und ... ich möchte nicht ... darüber reden ... (weint).

Therapeutin: Gut ... dann essen Sie alles auf einmal auf? Es ist doch nicht so schlimm ... ich frage nur, weil Bulimie ... die kann so unterschiedlich sein ... und ich weiß nicht, ob Sie alles essen, oder nur die Schokolade ...

Anna: Nein, das ist in zwei, drei Schritten ... manchmal nur einmal. Dann esse ich, trinke dabei viel ..., ich kann noch nicht einmal sagen, daß ich dabei kaue ..., ich schlucke es halt alles einfach nur runter ... und dann ... (weint) ... kotze ich es halt wieder aus und dann kommt es nach 10 Minuten schon wieder, daß ich Hunger habe. Und dann ...

Therapeutin: Dann passiert alles noch einmal, bis die Vorräte alle sind?

Anna: Ja. Und ich sehe immer zu, daß alles raus ist ... und wenn nicht, dann nehme ich zusätzlich noch Abführtabletten.

Therapeutin: Starke?

Anna: Nein, so auf Kräuterbasis.

Therapeutin: Und wie oft machen Sie das?

Anna: Ein bis zweimal am Tag. Es kann auch ein drittes Mal passieren ...

Therapeutin: Wer weiß von Ihrer Bulimie?

Anna: Niemand. Es wäre schrecklich, wenn meine Eltern oder mein Freund davon erfahren würden.

Der vorliegende Gesprächsausschnitt verdeutlicht die typischen Leitsymptome der Bulimie: Bulimische Frauen berichten von ihrem unwiderstehlichen Drang nach größeren und gewöhnlich kalorienreichen Nahrungsmengen, welcher sich in wiederkehrenden Heißhungeranfällen äußert. Diesen Eßanfällen folgt – aus Angst vor Gewichtszunahme – selbst herbeigeführtes Erbrechen und/oder andere regulative Maßnahmen, wie der Gebrauch von Abführmitteln oder rigoroses Fasten.

Das Wort „Bulimie“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Stierhunger“ oder „Ochsenhunger“¹. Die häufigste deutsche Bezeichnung der Bulimie lautet „Eß- und Brechsucht“. Ihre Anerken-

nung als ein eigenständiges Krankheitsbild geht zurück auf die Arbeit von Russel im Jahr 1979.² Ein Jahr später wurde sie in den Diagnoseleitfaden der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft aufgenommen. In einer revidierten Fassung (DSM-III-R, 1987) nennt er folgende diagnostische Kriterien für die Klassifikation bulimischer Eßstörungen:

- Wiederholte Episoden von Freßanfällen (schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne).
- Das Gefühl, das Eßverhalten während der Freßanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.
- Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, greifen der/die Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen: Selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien oder Diuretika, strenge Diäten oder Fastenkuren oder übermäßige körperliche Betätigung.
- Durchschnittlich mindestens zwei Freßanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.
- Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.³

Die Anzahl der Eßanfälle variiert zwischen zweimal pro Woche (definitivische Untergrenze des DSM-III-R) und bis zu zwanzig Mal am Tag.⁴ In Einzelfällen nehmen die Frauen während eines Heißhungeranfalls bis zu 12 000 Kalorien zu sich; die aufgenommene Nahrungsmenge während einer bulimischen Episode (mehrere Eßanfälle, die direkt aufeinander folgen), reicht bis zu 26 000 Kalorien.⁵ Häufiger umfassen die Eßanfälle 1500 bis 3000 Kalorien, was aber von den Frauen subjektiv als zuviel empfunden wird.⁶ Typisch ist, daß sich das Essen vorwiegend aus kohlehydrat- oder fetthaltigen Speisen und Süßigkeiten zusammensetzt; Nahrungsmittel, die sich die Frauen sonst strikt verbieten. Außerhalb ihrer Heißhungeranfälle sind die Frauen darum bemüht, die Nahrungsaufnahme zu reduzieren, und ihr Eßverhalten ist geprägt durch eine Reihe von restriktiven Vorschriften: die Beschränkung auf diätische Nahrung, Verzicht auf warme Mahlzeiten, eine „innere Liste verbotener Nahrungsmittel“.

Das den Eßanfällen meist folgende Erbrechen wird von manchen Frauen als qualvoll und langwierig empfunden; für andere ist es

bereits so sehr zur Gewohnheit geworden, daß es „automatisch und wie von alleine“ hervorgerufen werden kann.

Wesentliches Kennzeichen ist darüber hinaus der Heimlichkeitsaspekt der Bulimie: Aufgrund ihrer starken Scham- und Schuldgefühle legen die Frauen in der Regel großen Wert darauf, sowohl Eßanfälle als auch das anschließende Erbrechen zu verbergen. Häufig bleibt die Bulimie deshalb selbst für die engsten Bezugspersonen jahrelang unbemerkt. Die gleichen Gefühle mögen auch ein Grund dafür sein, daß vom Beginn der bulimischen Symptomatik an im Durchschnitt drei bis fünf Jahre vergehen, bevor die Frauen mit ihrem Anliegen um Hilfe und Unterstützung einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen.⁸

In der Literatur besteht weitgehende Einigkeit darüber, daß die Diagnose „Bulimie“ in den letzten Jahren sehr viel häufiger gestellt wurde.⁹ Feiereis berichtet 1989 von zehnmal mehr Frauen, die sich mit bulimischer Symptomatik in der Klinik vorstellten, als neun Jahre zuvor. Diese Zunahme ist evident, wenn auch berücksichtigt werden muß, daß

- viele Frauen erst durch die publizistische Verarbeitung und die Anerkennung der Bulimie als „Krankheit“ den Mut gefunden haben, über ihre bereits jahrelang bestehende Symptomatik zu berichten,
- daß andere Frauen erst durch die Veröffentlichungen in den Medien bulimisches Verhalten als „Lösungsstrategie“ zur Erreichung und Aufrechterhaltung ihres Schlankheitsideals gelernt haben (25 % der Frauen, welche sich im Forschungsprojekt Bulimie an der Medizinischen Hochschule vorgestellt hatten, gaben an, die Idee zum Erbrechen aus den Massenmedien zu haben).¹⁰

Ähnlich wie bei der Anorexie ist die Bulimie fast ausschließlich (zu über 90 %) bei Frauen zu finden.¹¹ Sozialdemographischen Untersuchungen zufolge sind überwiegend junge Frauen im Alter von 20 bis 30 Jahren betroffen, nur 16 Prozent waren jünger und 22 Prozent älter.¹² Über die Prävalenz der Bulimie gibt es sehr unterschiedliche Schätzungen. Befragungen in Deutschland ergaben einen Anteil von 2 bis 4 Prozent bei Frauen im Alter von 18 bis 35 Jahren¹³ und ungefähr 3 Prozent bei Schülerinnen zwischen 12 und 20 Jahren¹⁴.

Die Bulimie kann sowohl spontan als auch allmählich einsetzen. Häufig geht ihr der Versuch voraus, ein leichtes oder mäßiges Übergewicht mit Hilfe von Diäten zu reduzieren. Die „Diätkarrieren“ beginnen oft mit der Pubertät und der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Gewicht. Palmer bezeichnete die bulimische Symptomatik deshalb auch als „dietary chaos syndrome“¹⁵.

Eine andere Gruppe bulimischer Frauen (etwa ein Viertel bis die Hälfte) berichten von einer Anorexie in ihrer Vorgeschichte.¹⁶ Diese häufigen Übergänge verdeutlichen die Verwandtschaft zwischen Anorexie und Bulimie. Fast die Hälfte der bulimischen Frauen leiden wie bei der Anorexie unter einer sekundären Amenorrhoe¹⁷; bezüglich der Einstellung zum Essen und zum Körper lassen sich ebenfalls große Übereinstimmungen nachweisen.¹⁸

Andererseits sind auch deutliche Unterschiede sichtbar, so daß weitgehend Einigkeit darüber besteht, Bulimie und Anorexie als zwei voneinander abgrenzbare Eßstörungen zu beschreiben:

- Bulimische Frauen legen viel Wert auf weibliches und attraktives Aussehen (versus Ablehnung weiblicher Körperformen bei Anorexie);
- sie demonstrieren nach außen hin eher frühzeitige Autonomie und Selbständigkeit (versus enge Familienverbundenheit);
- sie haben weitgehend normale, altersentsprechende sexuelle Erfahrungen und Beziehungen (versus Ablehnung von Sexualität und weiblicher Rolle) und
- sie sind therapeutisch wesentlich stärker (versus niedrig) motiviert.¹⁹

Untersuchungen zur Klärung der Ursachen und Entstehungsbedingungen der Bulimie sprechen von einer „plurikausalen Pathogenese“²⁰: Neben biologischen Faktoren, individuellen Defiziten und familiären Einflüssen verweist die unübersehbare Zunahme der Bulimie fast ausschließlich in westlichen hochindustrialisierten Ländern auch auf soziokulturelle und gesellschaftliche Beiträge.