

Magersucht

Ein Verlangen nach Kontrolle

Anorexia nervosa – diesen Namen kreierte Sir William Gull, ein englischer Arzt, der im 19. Jahrhundert lebte. Er beobachtete drei Frauen, die an einer seelisch bedingten Essstörung litten und beschrieb ihre Geschichten¹. „Anorexia bedeutet Appetitverlust oder Appetitverminderung, was irreführend ist, da bei der Magersucht nicht der Appetit, sondern in erster Linie das Essverhalten gestört ist. Der Zusatz nervosa weist auf die psychischen Auslöser der Magersucht hin.“²

Zwischen 0,5% und 1,5% aller Frauen zwischen 14 und 35 Jahren gelten als magersüchtig. Der Beginn liegt meist bei 14 Jahren.³ Andere Quellen sprechen von 1,3 % bei Schülerinnen zwischen 11 und 20 Jahren,⁴ wieder andere von 1% aller jungen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren.⁵ In der letzten Zeit häufen sich Berichte über Kinder, die schon frühzeitig in diese Erkrankung abrutschen. Jungen sind seltener als Mädchen betroffen. Das Verhältnis von Mädchen/Frauen zu Jungen/Männern liegt bei 10: 0,5.⁶ Nach anderen Quellen macht der Anteil an Jungen/Männern 10 – 15 % aller Erkrankungen aus⁷, bzw. leiden 0,08% der jungen Männer an Magersucht, Tendenz steigend.⁸

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) 10, Vorabfassung 2019, wird Anorexia nervosa unter dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ geführt (F 00 – F 99). Unter [F50-F59](#) „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ findet sich F 50 „Esstörungen“ und unter F50.0 Anorexia nervosa:

Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.⁹

¹ <http://www.gesundmed.de/krankheiten/magersucht-anorexie/>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539770>

² <https://www.onmeda.de/krankheiten/magersucht-definition-1535-2.html>

³ <https://www.onmeda.de/krankheiten/magersucht-definition-1535-2.html>

⁴ <http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/51%20Praktikum%20Anorexie.pdf>

⁵ <https://dgg.de/fr/gesundheit/ernaehrung/magersucht.html>

⁶ <http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/51%20Praktikum%20Anorexie.pdf>

⁷ <http://www.gesundmed.de/krankheiten/magersucht-anorexie/>

⁸ <https://dgg.de/fr/gesundheit/ernaehrung/magersucht.html>

⁹ <http://www.icd-code.de/icd/code/F50.-.html>

Die absichtlich herbei geführte Gewichtsreduktion lässt sich am Body-Maß-Index (BMI¹⁰) ablesen. Bei an Anorexia nervosa erkrankten Jugendlichen liegt er bei 17,5 oder darunter. In der nicht erkrankten jugendlichen Bevölkerung liegt er zwischen 20 und 25.¹¹ Ab einem Index von 15, bzw. bei Jugendlichen von 14,5, wird eine stationäre Aufnahme des/der Erkrankten notwendig.¹²

Die Folgen einer Anorexia nervosa sind gravierend und stets ernst zu nehmen. Es kommt zu endokrinen Störungen, die bei Frauen u. a. zu Amenorrhö und bei Männern zu Libido- und Potenzverlust führen können.¹³ Die Sterblichkeitsrate ist bei dieser Essstörung um ein Vielfaches höher, als bei anderen Essstörungen wie Bulimie nervosa oder Binge-Eating-Disorder.¹⁴

Was aber bringt einen jungen Menschen dazu, Nahrung zu verweigern, zu hungern, gegen den eigenen Körper anzukämpfen, bis dieser nicht mehr kann? Die Wissenschaft ist sich noch immer nicht ganz schlüssig, was die genauen Ursachen sein können; gesichert ist jedoch, dass mehrere Faktoren wie soziale Herkunft, Persönlichkeitsprofil, Umwelteinflüsse (Mode, Magermodels) und persönlich erlebte Konfliktsituationen im engen Umkreis, zusammen spielen. Ein internationales Team um Laramie Duncan von der Stanford University konnte zusammen mit Forschern von der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen (UDE) jetzt erstmals nachweisen, dass man eine Veranlagung (genetisch bedingt) zu Anorexia nervosa heben kann.¹⁵

Magersucht bringt viel Leid – sowohl der betroffenen Person, als auch den Eltern und den anderen Familienmitgliedern. Erklärungsversuche gibt es viele, doch die Krankheit ist so individuell, wie die Betroffenen.

Als Beispiel sei hier Melanie genannt. Sie ist die mittlere Tochter einer Akademikerfamilie und zeigte sich bis zum Alter von 14,5 Jahren als unauffälliges Mädchen, das zum Gymnasium ging, Sport machte, sehr ehrgeizig war und nur den einen kleinen charakterlichen Mangel aufwies – sie fühlte sich häufig nicht genügend beachtet und manchmal auch unverdient zurück gesetzt.

Bevor die Krankheit manifest mit großem Gewichtsverlust wurde, begann Melanie sich mit Ernährung im Allgemeinen zu beschäftigen. Fragen wie „was ist gesund?“, „wie ernähre ich mich?“, „was ist nicht gut?“ standen nun im Mittelpunkt ihres Interesses. Ernährungsfragen waren in der Familie schon immer ein wichtiges Thema, da der große Bruder schon frühzeitig um proteinreiches Essen bat – er wollte nur noch Bohnen und viele Linsen essen – um den Muskelaufbau voran zu treiben. Bei Melanie ging es nicht um Muskelaufbau und auch nicht um das Thema des Abnehmens, sondern es ging um gesunde Ernährung. Die Eltern fanden das gut – Kinder sollen sich gesund ernähren und gerade in Zeiten von Mac Donalds & Co. kann gegen eine Beschäftigung mit Gesundheit und ausgewogenen Mahlzeiten nichts gesagt werden. Die Mutter gab dem Begehren der Kinder daher gerne nach und begann, mehr vegetarisch zu kochen und die Fleischmenge, die in der Familie bislang verzehrt wurde, zu reduzieren. Es fiel ihr nicht schwer, da sie selbst auch eher die vegetarische Küche bevorzugte. Melanie zeigte sich nicht weiter auffällig und niemand wusste, dass sie schon begonnen hatte, sich in ungute Ernährungsgewohnheiten zu flüchten.

¹⁰ BMI = Körpergewicht geteilt durch Größe²

¹¹ <http://www.magersucht.de/krankheit/diagnose.php>

¹² <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/Anorexie.shtml>

¹³ <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/Anorexie.shtml>

¹⁴ <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/magersucht-im-vergleich-zu-anderen-essstoerungen-mit-erhoehter-sterblichkeit-verbunden/>

¹⁵ *The American Journal of Psychiatry* (2017; doi: [10.1176/appi.ajp.2017.16121402](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121402)).

Im Winter fiel der Mutter dann auf, dass Melanie häufig froh. Ihr Hände und ihre Füße waren immer kalt. So begann sie, auf Melanies Essen und ihr Essverhalten zu schauen, aber sie konnte noch nichts Dramatisches feststellen. Selbst in der frühen Jugend an Magersucht erkrankt, sagte ihr ihre Erinnerung, dass sie aufpassen müsse, aber Alarmglocken klingelten noch nicht. Melanie wurde nicht augenfällig dünner, aber sie fragte häufiger als früher, wie man Mangelerscheinungen erkennen könne. Vielleicht, so vermutete die Mutter, hatte sie selber Angst und war besorgt, dass ihre Essgewohnheiten nicht ganz der Norm entsprachen. Um nichts zu übersehen, schickte sie Melanie aber zu verschiedenen Ärzten, um das Phänomen der ewig kalten Hände abklären zu lassen. Die Mutter befürchtete eventuell eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis oder das Vorliegen des Raynaud-Syndroms¹⁶. Aber alles war in Ordnung. Auch die leichten Schwindelgefühle, die Melanie selber zu sorgen schienen, ließen auf keine organische Erkrankung schließen. Der Kinderarzt untersuchte sie eingehend, nahm Blut für ein großes Blutbild inklusive Rheumawerten und Vitaminen ab und ließ sich schildern, was sie so über den Tag verteilt aße. Dann wog er sie und beruhigte schließlich Melanie und ihre Tochter, dass alles im grünen Bereich liege und man nicht so viel Aufhebens um Melanie machen solle. Selbst Vater einer Tochter mit „Magersuchtkarriere“ riet er „den Ball flach zu halten“. Die Mutter solle der Essgeschichte nicht ganz so viel Beachtung schenken, solle Melanie zwar im Auge behalten, aber weder ihr noch der Ernährung und den damit verbundenen Dingen zu viel Aufmerksamkeit schenken.

Mit einem Mal aber wurde Melanie Gewichtsverlust dramatischer und sichtbar. Sie begann, Lebensmittel wie Fett und Kohlehydrate völlig aus ihrem Speiseplan zu eliminieren. Sie verlor die Kontrolle über das Essen. „Was esse ich wann und wie viel?“ waren die zentralen Gedanken in ihrem Leben. Die schwierigste Frage war die nach dem „wann“, denn die Schultage waren lang, die Mensa und das dortige Angebot absolut indiskutabel, die Möglichkeit zuhause zu essen aus Zeitmangel nicht gegeben. Und überhaupt wollte sie nicht essen.

Erschwerend kam der Wechsel in die Oberstufe hinzu. Melanie kam mit dem Kurssystem, den neuen Schülern, dem Arbeitspensum nicht mehr zurecht. Es wurde ihr alles zu viel. Sie stöhnte immer häufiger, dass sie es nicht mehr schaffe, dass alles zu viel sei. Die Eltern versuchten, den Druck raus zu nehmen, Melanie mal ein paar Stunden später zur Schule zu schicken, doch es half nichts.

Weihnachten und die Weihnachtsferien gingen vorbei, Melanies Essgewohnheiten wurden rigider, das Körpergewicht sank stark, aber Melanie war nicht mehr zur Einsicht zu bewegen. Sie konnte ihre Gewohnheiten nicht mehr stoppen.

Heute sagt die Mutter, dass von den ersten Anzeichen, bei denen sie schon mal dachte, dass es in die falsche Richtung laufen könne, bis zur Manifestation der Erkrankung eigentlich eine lange Zeit verging. Als es dann aber ernst wurde, Melanie immer mehr an Gewicht verlor und sie schließlich in eine Klinik eingewiesen werden musste, gab es eigentlich keine Zeit mehr, zu reagieren. Die Talfahrt beginnt langsam und endet schließlich mit einer Schussfahrt, in der nicht mehr abgelenkt oder das Tempo herausgenommen werden kann. Es bleibt eine Gratwanderung. Nicht jedes Kind, das in seiner Entwicklung einmal mit einem Essensthema zu kämpfen hat, gehört sofort in psychotherapeutische Behandlung. Aber man muss wachsam sein, denn wenn es zu erheblichen gesundheitlichen Störungen kommt, ist es eigentlich schon zu spät.

Melanie wurde, inzwischen 16 Jahre alt, mit einem Gewicht von 42 Kg Körpergewicht in eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Klinik eingewiesen, untergebracht auf einer gemischt-psychiatrischen Kinder- und Jugendstation. Neben anderen Gruppen wie Depression oder Schizophrenie, gab es eine Anorexiegruppe. In der Therapie wurde mittels Sanktionen versucht, die Kinder und Jugendlichen zu anderen Essgewohnheiten als bisher, zu bringen. Zu Anfang gab es zwei Besuchsmöglichkeiten am Wochenende, die sich zu freien Besuchstagen innerhalb der Woche oder auch zu einem Heimbisuch am Wochenende ausweiten ließen, wenn das von Ärzten und Therapeuten mit der Betroffenen

¹⁶ <http://flexikon.doccheck.com/de/Raynaud-Syndrom>

ausgehandelte Gewicht stimmte. Melanies angestrebtes Gewicht lag bei 51 Kg. Pro Woche sollten 500g Gewichtszunahme geschehen. Klappte das nicht – und es wurde dreimal die Woche gewogen, Toiletten wurden dann abgeschlossen, die Jugendlichen mussten sich nackt wiegen, wurde der geplante Ausgang, wenn auch geplant und seit Tagen herbeigesehnt, gestrichen. Das war hart, aber Melanie begann, Gewicht zuzunehmen und sich wieder ans Essen zu gewöhnen. Dazu gab es Ergo- und Kunsttherapie, es gab Gruppengespräche, die tägliche Schuleinheit und auch Ausflüge wurden gemacht – natürlich nur mit den Kindern und Jugendlichen, die körperlich fit genug waren und das „richtige“ Gewicht hatten.

Melanie blieb zehn Wochen in der Klinik. Sie entließ sich selbst, mit dem zähneknirschenden Einverständnis ihrer Mutter und der Zustimmung des Vaters. Dieser fand die Klinik gar nicht gut und bemängelte vor allem die zu große Aufmerksamkeit, die man den Jugendlichen dort gab.

Melanie ging, bevor sie ihr Zielgewicht erreichte, aber sie wollte nicht mehr bleiben. Ihre Mutter stimmte schließlich zu, da sie auch die strukturellen Probleme der Außenwelt sah, die zu bewältigen waren. Wäre sie länger geblieben, wäre sie in die Sommerferien gerutscht, in denen dann gar nichts passiert wäre. Sie hätte ihr nächstes Schuljahr nicht gut planen können, aber Schule, Mitschüler und auf sie zukommendes Arbeitspensum waren Probleme, die gelöst werden mussten, wollte Melanie mit ihrem Leben wieder zurechtkommen. Medizinisch wäre eine längere Verweildauer in der Klinik sicherlich sinnvoll gewesen, aber das Lebensmanagement wäre schwieriger geworden.

Die Eltern suchten eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, Ergo- und Psychotherapie liefen weiter, aber sie hatten nicht das Gefühl, dass Melanie die Grundidee einer gesunden und ausgewogenen Ernährung verstanden hatte. Es war ihr immer noch wichtig, das von ihrem Körper gespiegelt zu bekommen, was sie gerne hätte. Die Zahl 51 war für sie ein No-Go. Es gab keine Einsicht, aber sie kümmerte sich um die Schule und aß ab und zu andere Dinge, als zuvor. Dann jedoch brach es wieder ein, sie verlor drei Kilo und die ganze Situation spitze sich wieder zu. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin wies die Mutter an, Melanie vorzugeben, was sie zu essen habe. Das konnte Melanie nicht akzeptieren. Es kam zu heftigen Zerwürfnissen zwischen Mutter und Tochter. Die Mutter empfand die Verweigerung ihrer Tochter als Geiselhaf, der sie nicht oder nur schlecht entrinnen konnte. Sie drohte damit, bei bleibender Verweigerung die Erziehungsgewalt in dieser Hinsicht an das Jugendamt abgeben zu wollen. Schließlich stellte sich heraus, dass Melanie eigenständig versuchen wollte, ihr Leben in den Griff zu bekommen. Die Eltern gaben daraufhin Melanie die Verantwortung an ihrem Wohlergehen, an ihren Essgewohnheiten, an ihrem Gewichtsmanagement zurück und lassen sie, zwar unter Beobachtung, aber ohne direkte Einflussnahme, in Ruhe. Sie vertrauen ihr, ihre Gesamtsituation selber in den Griff zu bekommen. Alle Therapien wurden beendet, das Gewicht wird nur noch in großen Abständen oder bei einem Rückschritt im Essverhalten gemessen, der Druck von außen wurde gedrosselt.

Die Mutter ist verhalten optimistisch. Melanie isst dreimal am Tag, wenn auch wenig, aber sie beginnt, Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, die sie lange Jahre abgelehnt hat. Es ist ein Experiment, das glücken kann. Sollte es medizinisch notwendig sein, wird sie wieder in die Klinik gehen müssen.

Sehr zu bedauern ist, dass es Internetseiten wie Pro Ana und Pro Mia gibt, auf denen die Erkrankung „als Lebensstil, als Mode-Erscheinung“ dargestellt werden und die bewusst „ihre Folgen für die Gesundheit verharmlosen. Das zeigt sich schon an den verniedlichenden Bezeichnungen: „Pro Ana“ steht für Magersucht (Anorexia nervosa) und „Pro Mia“ für Bulimia nervosa. Statt Hilfe, um aus der Erkrankung auszusteigen, spornen die Beiträge und Angebote dazu an, an der Essstörung festzuhalten. Sie motivieren zum Nachahmen und Durchhalten. Der Austausch in geschlossenen Zirkeln stärkt die eigene verzerrte Körperwahrnehmung. Zunehmend geht der Bezug zur Realität verloren. Die Gemeinschaft im Internet suggeriert ein Wir-Gefühl, das die Betroffenen abhalten kann, sich gegen die

Krankheit zu stellen. Alles zielt darauf ab, die Krankheit zu erhalten, und das hat schwere gesundheitliche Folgen.¹⁷

Wie sehr sowohl Psyche als auch Körper von Magersüchtigen gestresst und beeinflusst sein kann, zeigt dieser Blogeintrag, der die ganze Qual einer Anorexia nervosa erahnen lässt:

„Voll zu sein fühlt sich an als sei man ein mit Wasser gefüllter Ballon. Wenn man ihn hin-und her schüttelt dann spürt man den Inhalt wackeln und plätschern. Wenn der Ballon zu Boden fällt dann gleitet er nicht sondern sackt schwerfällig und mit einem hässlichen Geräusch auf den Asphalt. Manchmal platzt die Haut und der Inhalt entleert sich über die ganze Straße. Dann ist der Ballon zwar leer, aber zerrissen.

Neben der Dusche liegt der blaue Badezimmerteppich. Wenn ich mich wie ein mit Wasser gefüllter Ballon fühle, dann rolle ich ihn zu Seite, knie mich auf die kalten Badezimmerfließen und lasse meine Haut platzen. Ich kratze mit meinen gefährlich spitzen Fingern im hintersten Eck meiner Kehle, suche nach den richtigen Worten, nach den richtigen Gefühlen, den richtigen Bedürfnissen, aber heraus kommt immer nur der Inhalt meines Magens, der mit einem hässlichen Geräusch in die Toilette platscht. Vielleicht ist mein Hals nicht der richtige Ort um danach zu suchen.

Dramatisch ausgedrückt ist die Toilettenspülung sowas wie der Radierer meines Lebens – in jederlei Hinsicht. Sollte es jemals dazu kommen, dass tatsächlich ein „Radierer für das Leben“ erfunden wird, dann werde ich mir auf jeden Fall einen kaufen.

Wofür man so einen Radierer alles nutzen könnte...Ironischerweise fällt mir sofort nur eine Sache ein: Ich könnte einfach essen, so viel ich will, was ich will, so lange ich will, wann ich will, wie ich will. Und dann, dann würde ich meinen Radierer nehmen, ihn über meine Haut rubbeln, solange bis ich sie dünn und transparent geschrubbt habe. Solange, bis ich sehen kann, wie das Essen aus mir herausgepresst wird und ich mit jedem Atemzug flacher werde. Bis der Radierer des Lebens alles Leben wegradiert hat.“¹⁸

¹⁷ <https://www.bzga-essstoerungen.de/verwandte-freunde0/pro-ana-pro-mia/>

¹⁸ <https://aliceohnewunderland.wordpress.com/>