

Kapitel I

Was ist Magersucht?

Die Anorexia nervosa – so der medizinische Name der Magersucht – ist gekennzeichnet durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust. Der aus dem Lateinischen hergeleitete Fachbegriff steht für die Nicht-Nahrungsaufnahme (An-Orexie) aus psychischen (»nervösen«), nicht organischen Gründen. Die Menschen, die an Anorexia nervosa erkranken, haben ein nicht steuerbares Verlangen, extrem dünn zu sein. Insofern ist auch der deutsche Name der Krankheit durchaus zutreffend.

Magersucht zählt – gemeinsam mit der Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht) und der sogenannten »Binge Eating Disorder« (Essattacken ohne Brechsucht) – zu den am häufigsten vorkommenden Essstörungen. Oft entwickelt sie sich zu einer chronischen Krankheit.

Wie häufig ist Magersucht?

Liest man die Artikel über Magersucht in Zeitungen und Zeitschriften, so kann der Eindruck entstehen, als sei die Anorexie eine der häufigsten Erkrankungen bei Jugendlichen. Darüber hinaus bleibt beim Leser häufig das Gefühl zurück, dass die Krankheit in den letzten zehn bis 20 Jahren deutlich zugenommen hat. Beides stimmt nicht. Das bedeutet jedoch keinesfalls, dass die Krankheit weniger ernst genommen werden dürfte.

In wissenschaftlichen Untersuchungen schwanken die Angaben zur Häufigkeit der Magersucht im Jugendalter bis 18 Jahre zwischen 0,3 Prozent und drei Prozent. Weil es ein typisches Kennzeichen der Magersucht ist, dass die Betroffenen sich gar nicht krank fühlen, ist es nicht ganz einfach, in repräsentativen Studien die tatsächliche Anzahl anorektischer PatientInnen zu ermitteln. Hierfür genügt es auch nicht, einfach in verschiedenen Altersgruppen den Body Mass Index (BMI) zu erheben, der Körpergröße und -gewicht ins Verhältnis setzt (mehr dazu in Kapitel 2). Denn natürlich gibt es auch Gewichtsverluste, die mit einer Magersucht nichts zu tun haben. Befragt man allerdings die weibliche Bevölkerung hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und

seinem Gewicht und ermittelt abnorme Essgewohnheiten, entsteht schnell der Eindruck, bis zu zehn Prozent der Mädchen und Frauen könnten magersüchtig sein oder werden.

In diesem Zusammenhang spielt die Bedeutung der Model-Kultur eine gewisse Rolle. Models bilden in der Tat eine Risikogruppe für Anorexie. Man muss davon ausgehen, dass sicherlich 80 Prozent aller Models sogenannte »restraint eater« sind, also Frauen, die »gezügelt essen«, um ihr vermeintliches Idealgewicht als Voraussetzung für ihren beruflichen Erfolg zu halten. Entsprechend würde sich bei näherem Hinsehen unter Models sicherlich eine höhere Erkrankungsrate finden als bei der weiblichen Normalbevölkerung. Ähnliches gilt für weitere Risikogruppen wie Balletttänzerinnen, Turnerinnen oder Skispringer. Auf die Bedeutung von Sport und Model-Kultur im Zusammenhang der Magersucht werden wir ebenfalls an späterer Stelle noch einmal zu sprechen kommen.

Aktuelle Untersuchungen zur Verbreitung der Magersucht in der europäischen Bevölkerung aus den letzten zehn Jahren gehen davon aus, dass etwa 0,7 Prozent der 14–17-jährigen Mädchen beziehungsweise Jugendlichen von einer Anorexie betroffen sind. Die sogenannte »Prävalenz«, d. h. die Anzahl der erkrankten Frauen insgesamt, liegt bei etwa einem Prozent.

Die frühere Hypothese, dass die Magersucht hauptsächlich eine Erkrankung der höheren sozialen Schichten ist, gilt als widerlegt (umgekehrt ist es beim Übergewicht, das häufig mit niedrigem sozialem Status verknüpft ist). Nimmt man die gesamte Altersspanne der Mädchen bis hinein in die Adoleszenz und das 25. Lebensjahr in den Blick, so kann man von einer Häufigkeit von einem bis zwei Prozent ausgehen. Bezogen auf deutsche Schulen würde das bedeuten, dass bei einer Klassenstärke von 30 Schülern in jeder dritten bis vierten Klasse ein Mädchen manifest an Magersucht erkrankt ist.

Die Daten zur Verbreitung der Magersucht bei erwachsenen Frauen zeigen, dass ein Großteil der Erkrankungen gar nicht oder zu spät entdeckt wird. Man geht von einer Dunkelziffer von insgesamt 50 Prozent aus. Die sogenannte »Inzidenz«, d. h. die höchste Zahl der Neuerkrankungen, liegt zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr. Zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr nimmt die Häufigkeit der Neuerkrankungen wieder etwas ab.

Eine Krankheit der westlichen Welt

Unbestritten ist die Magersucht eine Erkrankung der westlichen Industrienationen. Sie kommt aber keineswegs nur in Überflussgesellschaften vor, und sie ist auch keine »neue« Krankheit. In Kapitel 6 werden wir sehen, dass es Magersucht, historisch betrachtet, schon immer gab, wenn auch nicht so häufig wie heute. Es gab und gibt sie auch in Zeiten des Mangels, beispielsweise Kriegszeiten. Internationale Studien weisen allerdings darauf hin, dass die Anorexie in Afrika und in China seltener vorkommt als in Europa und den USA. In China gibt es Anzeichen dafür, dass mit dem zunehmenden gesellschaftlichen Wandel und der Übernahme westlicher kultureller Werte und Lebensweisen auch die Magersucht zunimmt.

Magersucht scheint also in einem Zusammenhang mit einer bestimmten Kultur zu stehen. In Deutschland legt die klinische Erfahrung z. B. mit türkischen Familien die Vermutung nahe, dass Mädchen dieses Kulturkreises – bedingt durch ein anderes Schönheitsideal – etwas besser vor der Krankheit geschützt sind.

Dass die Krankheit nicht zunimmt, ist kein Grund zur Entwarnung

Durch aufwändige Analysen von verschiedenen Untersuchungen aus den letzten 50 Jahren konnte gezeigt werden, dass es bis etwa in die 1970er-Jahre hinein einen Anstieg der Häufigkeit der Magersucht bei Mädchen und Frauen gegeben hat. Heute geht man davon aus, dass sich die Häufigkeitszahlen seitdem stabilisiert haben.

Deutlich zugenommen haben allerdings zwei andere Phänomene: zum einen ein übermäßig strenges Schlankheitsideal – bei gleichzeitiger Zunahme der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen! –, verbunden mit frühzeitigen Diäten und Versuchen der Gewichtsreduktion bei jugendlichen Mädchen und Frauen nahezu aller Altersgruppen, ohne dass ein sachlicher Grund für das Abnehmen vorliegt. Zum Zweiten gibt es heute eine verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber der Anorexie.

Schneller als früher bekommen Eltern heute einen Schreck, wenn ihre Tochter zu Beginn der Pubertät plötzlich äußert, dass sie unzufrieden mit ihrem Aussehen und ihrem Gewicht ist, und beschließt, über mehr oder weniger strukturierte Diätmaßnahmen an Gewicht zu verlieren.

Diätversuche unter jugendlichen Mädchen – und inzwischen auch immer mehr Jungen – sind weit verbreitet und müssen als solche noch kein Anlass zur Sorge sein. Es gilt der Grundsatz: Ein seelisch gesunder junger Mensch entwickelt allein durch eine Diät keine Magersucht. Umgekehrt gilt: Jede Magersucht beginnt in aller Regel mit einer wie auch immer gearteten Diät! Für Eltern ist es nicht ganz leicht zu entscheiden, ob das Verhalten ihres Kindes Anlass zur Sorge gibt oder nicht. Sich einzugestehen, dass man sich keine sichere Einschätzung zutraut, hat nichts mit elterlichem Versagen zu tun. Mütter und Väter sollten sich nicht scheuen, frühzeitig professionelle diagnostische Hilfe zu suchen. Sie müssen dabei nicht befürchten, dass sie durch die Inanspruchnahme dieser diagnostischen Hilfe ihr Kind stigmatisieren oder gar erst in eine Magersucht treiben könnten. Im Gegenteil: Das rechtzeitige und offene Ansprechen der Probleme verhindert in der Regel, dass eine eventuell vorliegende Magersucht einen chronischen Verlauf nimmt.

So gilt für Eltern zweierlei: Ein – in der Regel vorübergehender – Versuch eines Heranwachsenden, Kalorien und damit Gewicht zu reduzieren, darf nicht dramatisiert werden. Er muss allerdings aufmerksam begleitet werden. Und die Tatsache, dass die Anorexie in den letzten 30 Jahren nicht zugenommen hat und weiterhin eine – statistisch-epidemiologisch betrachtet – nicht sehr häufige Erkrankung darstellt, bedeutet nicht, dass nicht jeder einzelne Fall von Magersucht möglichst schnell und professionell diagnostiziert und behandelt werden muss.

Haben nur Mädchen und Frauen Magersucht?

Magersucht tritt acht- bis 40-mal häufiger beim weiblichen Geschlecht auf. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Jungen und Männer nicht ebenfalls zunehmend unzufrieden mit ihrem Körper und ihrem Gewicht sind. Allerdings gehen sie mit ihrer Unzufriedenheit in der Regel anders um: Nicht Kalorienreduktion ist das Mittel der Wahl, sondern mehr körperliche Aktivität, z. B. in einem Fitnessstudio. Auch in diesem Zusammenhang gibt es suchtarartige Entwicklungen, wenn Jungen oder Männer ihr Leben ohne zum Teil exzessiv betriebenen Sport nicht zu bewältigen glauben. Sportsucht ist zwar noch keine anerkannte psychische Erkrankung, aber es könnte sein, dass es unter den sportlich aktiven Jungen und Männern einen kleinen Anteil gibt, der befürchtet, ohne viele Stunden sportlicher Betätigung zu »unsportlich«, zu unansehnlich oder zu dick zu werden.

Während ein möglichst athletisches Erscheinungsbild unter Jungen und Männern schon immer als Ideal galt, wandelt sich dieses Bild in den letzten Jahren dahingehend, dass ein schlanker Körperbau mit einem modischen Outfit gekoppelt sein sollte. Das Schönheitsideal von Jungen und Mädchen gleicht sich auch dadurch an, dass auch unter Jungen ein möglichst unbehaarter Körper zunehmend als erstrebenswert gilt.

Die Behandlung der Magersucht ist bei weiblichen und männlichen Betroffenen gleich.

Wie ist die Prognose?

Schon lange interessiert sich die Wissenschaft besonders für die Frage, welchen Verlauf anorektische Erkrankungen nehmen. Von den Antworten auf diese Frage erhofft man sich nicht zuletzt Aufschluss darüber, ob es Faktoren gibt, die einen guten oder schlechten Verlauf der Krankheit vorhersagen.

Bezogen auf alle anorektischen Patientinnen – Studienergebnisse zu anorektischen Jungen und Mädchen stehen hier noch aus –, unabhängig vom Alter bei Beginn der Erkrankung, lässt sich sagen, dass wir bei etwa 60 Prozent von ihnen mit einer längerfristigen und stabilen Wiederherstellung des Körpergewichts auf Normalniveau rechnen können. Ebenfalls bei knapp 60 Prozent normalisiert sich auch die Menstruation wieder (dazu mehr in Kapitel 2). Ein komplett normales Essverhalten stellt sich allerdings nur in etwa 45 Prozent der Fälle wieder ein. Dies bedeutet, dass über die Hälfte der betroffenen Mädchen und Frauen auch nach Abklingen der Krankheit beispielsweise ein besonders wählerisches Essverhalten beibehalten und bestimmte Nahrungsmittel dauerhaft meiden oder auch bestimmte Rahmenbedingungen des Essens beibehalten, indem sie etwa nach Möglichkeit nicht in der Öffentlichkeit essen. Allerdings ist bei diesen Studienergebnissen immer zu berücksichtigen, dass es sich um *Mittelwerte* handelt, die beträchtliche Variationsbreiten enthalten. Deshalb ist es sehr schwierig, im konkreten Einzelfall eine spezifische Prognose abzugeben.

Etwas besser als die Mittelwerte der *Gesamtgruppe* anorektischer Patientinnen sind die Ergebnisse für die *jüngere Gruppe* vom 14. bis 18. Lebensjahr. Bei ihnen normalisiert sich das Gewicht durchschnittlich bei 68 Prozent der Mädchen, die Menstruation zu 65 Prozent und das Essverhalten zu 52 Prozent. Für die Gruppe der Mädchen, die *noch vor Beginn der Pubertät* erkranken, gelten diese Ergebnisse allerdings nicht.

Hier muss von einer deutlich schlechteren Prognose ausgegangen werden als in der Gruppe der Jugendlichen und in der Gesamtgruppe. Dies hat offensichtlich etwas damit zu tun, dass das frühe Hungern das Größenwachstum, die Sexualentwicklung sowie die gesamte körperliche und seelische Entwicklung massiv beeinträchtigt – stärker als bei den älteren anorektischen Mädchen und Frauen.

Unterteilt man den Verlauf nach Heilung, Besserung und Chronifizierung, so ergeben sich folgende Zahlen: Etwa 50 Prozent aller PatientInnen können als geheilt eingestuft werden, 30 Prozent als gebessert. Und bei etwa 20 Prozent der PatientInnen nimmt die Krankheit einen chronischen Verlauf. Damit hat sich in den letzten 20 Jahren die Prognose durch die besseren Behandlungsmöglichkeiten deutlich verbessert, war man doch lange Zeit von einer Drittelung der drei Verlaufsmöglichkeiten ausgegangen. Allerdings darf auch nicht unterschlagen werden, dass die Mortalitätsrate, d. h. der Anteil der Frauen, der im Verlauf der Krankheit stirbt, je nach Quelle zwischen 9–17 Prozent liegt. Zum einen handelt es sich bei diesen Todesfällen um Selbsttötungen von Frauen im Erwachsenenalter, die es im langen Verlauf der Krankheit nicht mehr ausgehalten haben, nicht gesund werden zu können, zum anderen versterben die Patientinnen an den direkten Folgen des Hungers.

Schutz- und Risikofaktoren

Neben den Erkenntnissen über Verlauf und Prognose der Magersucht war es in den letzten Jahren von besonderem Interesse, einzelne Faktoren ausfindig zu machen, anhand derer man einen günstigen beziehungsweise ungünstigen Verlauf der Krankheit vorhersagen kann. Naturgemäß sind auch diese Faktoren oft allgemeiner Natur und nur zum Teil wirklich zu beeinflussen.

Für die *gesamte* psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind Schutz- und Risikofaktoren bekannt, die den individuellen Entwicklungsverlauf beeinflussen können. Zu den allgemeinen Schutzfaktoren gehören u. a.:

- ein positives Temperament,
- eine sichere Bindung,
- eine ausreichend gute Intelligenz (keine Hochbegabung!),
- eine psychisch gesunde Mutter,
- eine stabile positive Bezugsperson außerhalb der Familie,
- ein positives Selbstwertgefühl,

- soziale Unterstützung,
- liebevolle Beziehungen,
- eine stabile Werteorientierung,
- ein direkter, aber liebevoller Erziehungsstil.

Zu den allgemeinen Risikofaktoren gehören u. a.:

- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr,
- längere Trennung von der Mutter im ersten Lebensjahr,
- Geburt eines Geschwisters vor dem 18. Monat des älteren Kindes,
- eine körperliche/psychische Erkrankung der Eltern,
- chronische familiäre Disharmonie,
- väterliche Abwesenheit,
- Armut,
- Misshandlung,
- außerfamiliäre Unterbringung,
- Scheidung,
- ernste Erkrankungen in der Kindheit,
- Geschwister mit einer Behinderung,
- bei den Mädchen: eine Schwangerschaft vor dem 18. Lebensjahr.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass das Vorliegen eines der genannten Faktoren noch nicht zwingend den Schutz beziehungsweise das Risiko erhöht. Erst das Zusammenspiel bestimmter Faktoren, indem sie sich beispielsweise addieren oder gegenseitig aufheben, ergibt ein Schutz- oder Risikoprofil. Letztlich wird man dieses immer nur für jeden individuellen Fall, für jede individuelle Familie mit professioneller Unterstützung erstellen können.

Die folgenden Faktoren haben sich speziell in Bezug auf die Mager sucht als bedeutsam für einen günstigen Verlauf erwiesen:

- ein Erkrankungsbeginn im Jugendalter (nicht Kindesalter),
- hysterische Persönlichkeitszüge,
- eine konfliktarme Eltern-Kind-Beziehung,
- ein schneller Beginn der Behandlung nach Ausbruch der Krankheit,
- ein hoher Sozial- und Bildungsstatus,
- eine erfolgreiche stationäre Behandlungsdauer.

Zu den prognostisch eher ungünstigen Faktoren zählen:

- Erbrechen
- Entwicklung einer Bulimie (Essattacken, nach denen das Gegessene gleich wieder erbrochen wird),

- ausgeprägt zwanghafte Züge,
- früher Krankheitsbeginn,
- Chronifizierung der Krankheit,
- psychische Auffälligkeit vor Ausbruch der Anorexie,
- ausgeprägte Therapieverweigerung.

Die Magersucht verläuft nicht einheitlich – das macht es so schwer, im Einzelfall eine konkrete Prognose zu geben. Und selbstverständlich muss auch und gerade dann, wenn für die Prognose eher ungünstige Faktoren vorliegen, alles dafür getan werden, dass die oder der Betroffene möglichst schnell und nachhaltig wieder gesund wird.