

Vorwort und Einleitung

Nahezu 120 Jahre sind vergangen, seit die Anorexie erstmalig wissenschaftlich beschrieben wurde. Danach dauerte es jedoch lange, bis sie als Krankheit bekannt und als solche auch anerkannt wurde: 1972 wurden erstmals diagnostische Kriterien formuliert, die eine gewisse Verbreitung fanden, kurz darauf fand die Anorexie als „Verhaltensstörung des Jugendalters“ Eingang in die großen internationalen Klassifikationssysteme. Heute wird sie gemeinsam mit der Bulimia Nervosa und der Adipositas zu den Eßstörungen gerechnet.

Eßstörungen haben seit einigen Jahren ungeheure Popularität in der Öffentlichkeit und den Medien, wobei die Anorexie besonderes Interesse auf sich zieht. Dies ist nicht verwunderlich: Menschen, die hungern, haben schon immer fasziniert. Es gab Zeiten, zu denen die Hungerkünstler auf den Jahrmärkten ausgestellt und bewundert wurden, und manche, die ihr Hungern in einen religiösen Kontext stellten, wurden gar als Heilige verehrt. Nicht ohne Grund ist der Hungerstreik eines der wirksamsten Mittel ansonsten Machtloser, ihre Interessen durchzusetzen und auf die eigene Lage aufmerksam zu machen.

Auch viele Instanzen des Gesundheitswesens haben sich des Themas Anorexie angenommen. Krankenkassen, Ärzteverbände, die Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder, nationale und internationale Gesundheitsverbände, Volkshochschulen, Frauen- und Erziehungsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen – sie alle bieten Informationen und Beratung zum Thema an und wenden sich nicht nur an die (poten-

tiell) Betroffenen selbst, sondern auch an spezifische Zielgruppen wie Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer und Eltern, damit diese Mädchen und Frauen vor Eßstörungen bewahren sollen.

Begründet werden diese ungeheuren Anstrengungen damit, daß das Auftreten der Anorexie in den letzten Jahren erheblich zugenommen haben soll. Diesbezüglich ist jedoch Skepsis angebracht. Eine sehr sorgfältige Analyse von 29 großen internationalen epidemiologischen Untersuchungen der letzten 25 Jahre bestätigt eine Zunahme der Inzidenz, also der Zahl der Neuerkrankungen in einer Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum, jedenfalls nicht, sondern kommt zu dem Schluß, daß Anorexia Nervosa weiterhin eine seltene Störung ist und es keinen Beleg dafür gibt, daß das „wahre“ Auftreten sich wirklich entscheidend verändert hat (Fombonne 1995).

Verändert hat sich jedoch eindeutig die Häufigkeit, mit der die Anorexie diagnostiziert wird. Dies ist zu einem beträchtlichen Teil ihrem steigenden Bekanntheitsgrad zuzuschreiben: Fachleute erkennen die Erkrankung schneller, übersehen sie seltener und stellen weniger Fehldiagnosen, und den Betroffenen und ihren Angehörigen fällt es leichter, die Erkrankung nicht zu leugnen und um professionelle Hilfe nachzusuchen.

Ein weiterer Grund für die Erhöhung der diagnostizierten Anorexiefälle liegt darin, daß sich die diagnostischen Kriterien in Richtung auf eine Schwellenerniedrigung verschoben haben. Musste in den diagnostischen Kriterien von 1972 der Gewichtsverlust noch 25% gegenüber dem Ausgangsgewicht betragen, so gilt jetzt als diagnostisch relevante Marke ein Gewichtsverlust von 15%. Auch die Kriterien hinsichtlich der körperlichen Symptome sind abgeschwächt, die Anforderungen hinsichtlich der kognitiven Variablen und des Umgangs mit Essen und Nahrungsmitteln sind reduziert worden. Wurde früher zum Beispiel noch Vergnügen am Gewichtsverlust gefordert, so verlangt das DSM heute nur noch ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme – ein Kriterium, das auch

bei vielen nicht-anorektischen Frauen diagnostiziert werden könnte.

Doch unabhängig von der Anzahl anorektischer Mädchen und Frauen ist es wichtig, daß jede von ihnen einen Weg findet, gesund zu werden. Dieses Buch wurde vor acht Jahren geschrieben, um Personen, die mit Anorexiepatientinnen zu tun haben, Hilfestellungen für den Umgang mit ihnen zu vermitteln. Als der Verlag anbot, es im Taschenbuch herauszubringen, zögerte ich zunächst – die Zeit schien mir zu lang, um es ohne eine gründliche Aktualisierung noch einmal zu publizieren. Das neuerliche Lesen des eigenen Buches zeigte mir dann aber, daß mein Zögern unbegründet war. Das, was mir zum Thema Anorexie wichtig ist und von dem ich meine, daß es für den Umgang mit anorektischen Frauen relevant ist, hat heute die gleiche Aktualität wie bei der Erstveröffentlichung. Mir war und ist es ein Anliegen, anorektischen Mädchen und Frauen und all denen, die mit ihnen im täglichen Leben und als Professionelle zu tun haben, Mut zu machen und zu zeigen, daß es Wege aus der Krankheit gibt. Die Anorexie ist eine ernstzunehmende Krankheit. Aber sie ist, davon war und bin ich fest überzeugt, nicht Ausdruck von Selbstzerstörung, sondern Ausdruck eines verzweifelten Kampfes um das Recht und die Möglichkeit, das eigene Leben nach den eigenen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten. Wenn anorektische Menschen lernen, die Energie, die sie in die Krankheit investieren, in die Realisierung eines eigenen Lebensentwurfs umzulenken, können sie den Weg aus ihrem goldenen Käfig finden.

Einige Kleinigkeiten hätte ich für die Neuauflage natürlich gerne überarbeitet und auch einige neuere Forschungsergebnisse nachgetragen. Der technische Aufwand wäre jedoch so groß gewesen und hätte solche Kosten verursacht, daß ich mich im Sinne eines günstigen Verkaufspreises entschlossen habe, den eigenen Perfektionismus zu bändigen und an dieser Stelle auf die nötigen Veränderungen hinzuweisen. Ich tue dies in der Reihenfolge der Kapitel:

Im Kapitel **Anorexia nervosa und Magersucht: Ein Exkurs zur Terminologie** wandte ich mich gegen die Subsumierung der Anorexie unter die Sucht-Erkrankungen. Hier ist inzwischen eine erfreuliche Veränderung festzustellen. Es besteht heute auch in der deutschen Literatur weitgehend Konsens darüber, daß die Anorexie den Eßstörungen und nicht den Abhängigkeitserkrankungen zuzurechnen ist. Die fälschliche Einordnung unter die Suchterkrankungen hatte wohl vor allem einen sprachlichen Hintergrund, der durch den deutschen Begriff „Magersucht“ nahegelegt wurde. Dieser Begriff leitet sich jedoch nicht aus unserem heutigen Suchtbegriff ab, sondern aus dem mittelhochdeutschen „siech“, das seine Spuren auch in Begriffen wie Gelbsucht, Bleichsucht und Wassersucht hinterlassen hat. Sucht hat etymologisch nichts mit „suchen“ zu tun, und die in der Populärliteratur oft zu lesende Behauptung, anorektische Frauen seien süchtig auf der Suche nach wahrer Befriedigung und verlagerten diesen Hunger nach Liebe und Anerkennung auf ihren Körper, wird durch noch so häufige Wiederholung nicht richtig. Anorexie ist nicht Ersatzbefriedigung, sondern ein fehlgeschlagener Lösungsversuch für andere, die Frauen überfordernde oder ihnen nicht bewußte Probleme.

Unbestreitbar haben sowohl die Anorexie als auch die Suchterkrankungen etwas mit Kontrolle und Kontrollverlust, Selbstwertproblematik und auffälliger Familiendynamik zu tun. Daß dies aber nicht reicht, um sie einer Krankheitsgruppe zuzuordnen, ist inzwischen glücklicherweise weitgehend anerkannt.

Im Kapitel **Partnerschaft und Ehe** hatte ich geschrieben, daß mir über verheiratete bzw. mit einem Partner zusammenlebende Patientinnen aus der Literatur nichts bekannt sei. Inzwischen habe ich einige wenige Artikel gefunden (vgl. Franke 2001). Sie alle beschäftigen sich mit der Persönlichkeit des Ehemannes der Patientinnen und kommen recht übereinstimmend zu dem Schluß, daß die Ehemänner anorektischer Frauen nicht neurotischer sind als Ehemänner in „nicht neu-

rotischen“ Ehen (Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997).

Zum Thema der **Wirkfaktoren aus der Sicht therapeutischer Schulen** gilt nach wie vor, daß nahezu alle Therapieschulen für sich in Anspruch nehmen, für die Anorexiebehandlung geeignet zu sein. Doch nach wie vor fehlt eine Vergleichsstudie zur unterschiedlichen Effektivität verschiedener therapeutischer Verfahren oder gar zur differentiellen Effektivität bei spezifischen Indikationsstellungen. Eine große 6jährige „multizentrische Studie“ in 43 psychoanalytisch orientierten Kliniken kann sicherlich als erster Schritt in die Richtung vergleichender Therapieforschung gewertet werden (Kaechele 1999), die Aussagekraft der Studie ist jedoch deutlich dadurch eingeschränkt, daß ausschließlich psychodynamisch orientierte Behandlungen überprüft wurden.

Der im Kapitel **Therapeutische Settings und Methoden** beschriebene Kampf zwischen den Therapieschulen wird moderater geführt, aber er ist noch längst nicht beendet. Unabhängig von der therapeutischen Schulrichtung gehören heute verschiedene Therapiebausteine in einen Behandlungsplan, insbesondere Einzelgespräche und Gesprächsgruppen, Kognitions-, Selbstsicherheits- und Sozialtrainings, Körpertherapie, Gymnastik und Sport, Ergotherapie, Ernährungsberatung und – je nach familiärer Situation – auch familien- oder paarterapeutische Angebote. Weiterhin jedoch dreht sich die zentrale Kontroverse darum, ob zur Durchführung einer Psychotherapie zunächst die Wiederherstellung des Körpergewichts und eines normalen Essverhaltens notwendig sind, oder aber, ob es primär und zunächst darum gehen muß, die sich hinter dem Symptom verbergenden Probleme aufzuarbeiten, bevor es zu einer Veränderung von Körpergewicht und Essverhalten kommen kann. Insbesondere in stationären Einrichtungen versucht man, diesen Dissens pragmatisch durch sogenannte multifaktorielle Programme zu lösen, in denen sich die Patientinnen in einer ersten, primär auf die Gewichtssteigerung abzielenden Phase, die weiteren thera-

peutischen Maßnahmen verdienen müssen: Therapiegespräch gegen Kilo.

Ich lehne diese Programme, in denen Psychotherapie als Belohnung für Wohlverhalten beim Essen eingesetzt wird, ab, weil sie exakt das wiederholen, was den Patientinnen aus Familie und Freundeskreis sattsam bekannt ist. Solange jedoch die Therapie die alten sozialen Erfahrungen wiederholt statt neue Perspektiven zu öffnen, wird es den Patientinnen unmöglich sein, sich neu zu orientieren und anders zu verhalten (vgl. Franke 1994, 2000).

Wie gefährlich ist die Anorexie? Zu diesem Thema schrieb ich 1994, daß Langzeitkatamnesen „heute“ die Aussage gestatten, daß von den behandelten anorektischen Patientinnen mindestens 40 bis 50% geheilt werden und weitere 30% sich beträchtlich verbessern. Inzwischen liegen etwa 400 Therapieerfolgs- und Katamnesestudien vor (vgl. Fichter, Quadflieg & Rief, 1992; Herzog, Deter & Vandereycken, 1992; Deter & Herzog, 1995; Ratnasuriya, Eisler, Szmukler & Russell, 1991; Steinhausen, 1999), doch die Vielzahl der Untersuchungen hat nichts an den obigen Daten verändert: Insgesamt scheinen etwa die Hälfte aller Patientinnen die Krankheit vollständig zu überwinden und weitere 30% sich erheblich zu verbessern. Etwa 20% aller Frauen werden ohne professionelle Hilfe gesund (vgl. auch Crisp, Callendar, Halek & Hsu, 1992; Deter & Herzog, 1995; Eckert, Halmi, Marchi, Grove & Crosby, 1995; Rathner, 1992; Steinhausen, 1999).

Was ist mit den etwa 20%, die sich nicht aus der Krankheit befreien können? Ein Teil von ihnen nimmt einen chronischen Verlauf und weist stabil die anorektische Symptomatik auf. Diese Personen bleiben nicht nur sehr mager, sondern sie bleiben auch in ihrem Verhalten, ihren Gedanken und ihren Emotionen eingengt, oft zwanghaft. Andere entwickeln eine Abhängigkeitsproblematik, zumeist von Alkohol, oder eine ausgeprägte bulimische Symptomatik.

Doch die Frage, die in diesem Zusammenhang am wichtigsten ist, ist die nach der Mortalität. Diesbezüglich sind die

Zahlen in den letzten Jahren deutlich zuverlässiger geworden. Zwar sind eine Vielzahl der Untersuchungen über den langfristigen Krankheitsverlauf immer noch bemerkenswert unsolid und lassen genaue Angaben über Erkrankungsdauer, Erstkontakte, Art der Behandlung, Todesursache und sogar über das Sterbealter vermissen. Aber aus der Vielzahl der veröffentlichten Daten kristallisiert sich heraus, daß die Mortalitätsraten eindeutig niedriger sind als öffentliche und professionelle Schwarzmalerei nicht müde werden zu propagieren. Exemplarisch seien drei neue Untersuchungen erwähnt: Eine sorgfältige Metaanalyse von 108 Studien ergab einen mittleren Mortalitätswert von 5,5% (Steinhausen 1999), eine sich über elf Jahre erstreckende Verlaufsstudie an verschiedenen amerikanischen Krankenhäusern verzeichnet eine Mortalitätsrate von 5,1% (Herzog et al. 2000). Die meines Wissens umfassendste und vollständigste Untersuchung stammt aus Dänemark, wo auf der Basis nationaler Krankenregister alle Anorexie-Fälle, die zwischen 1970 und 1993 in einer psychiatrischen Klinik und ab 1977 sogar in allen allgemeinmedizinischen Kliniken des Landes behandelt wurden, die Langzeitverläufe registriert wurden. Die gesamte Stichprobe umfasste 2.526 Patientinnen und 237 Patienten. In dieser Untersuchung betrug die Mortalitätsrate 8,4% (Emborg 1999).

Angesichts dieser Zahlen fühle ich mich bestätigt in meiner Kritik an Behandlungseinrichtungen, die in ihren Katamnesen Mortalitätsraten von über 20% berichten. Die bemerkenswerte Tatsache, daß die Mortalitätsraten beträchtlich in Abhängigkeit von den Behandlungsinstitutionen schwanken, drängt die Hypothese der falschen Behandlung geradezu auf und bedarf einer dringenden Untersuchung. Ich halte es für höchst problematisch, daß in der gesamten Literatur zur Anorexie die Frage der iatrogenen Schäden durch Therapie nicht diskutiert wird und gehe, bevor nicht das Gegenteil belegt ist, davon aus, daß für manche Patientinnen die Behandlung gefährlicher ist als ihre Krankheit.

Dies betrifft auch die erheblichen Unterschiede hinsicht-

lich der Suizidraten. Insgesamt kann als eine der wichtigsten Todesursachen Suizid in etwa einem Viertel der Fälle angenommen werden, doch schwanken auch diesbezüglich die Angaben je nach Behandlungsinstitution beträchtlich. Der Untersuchung der Frage, inwieweit die Suizide in einem Zusammenhang stehen mit Behandlungen, die schädlich waren, darf nicht länger ausgewichen werden.

Ich freue mich, daß das Buch „Wege aus dem goldenen Käfig – Anorexie verstehen und behandeln“ jetzt als Taschenbuch erscheinen kann. Obwohl es als Fachbuch gedacht war, habe ich in den letzten Jahren viele Reaktionen von Patientinnen und ihren Angehörigen erhalten und ich hoffe, daß diese neue Vertriebsform es einer noch größeren Gruppe ermöglichen wird, Anregungen für den Weg aus der Anorexie zu finden. Da ich mit dem Problem der Anorexie bei Männern weiterhin nur in Supervisionen in Kontakt gekommen bin, gehe ich in diesem Buch ausschließlich auf Mädchen und Frauen ein. Ich bin mir jedoch nach wie vor dessen bewußt, daß ich hiermit ein wichtiges Problem ausklammere, das in der Praxis zunehmend relevanter wird.

Dortmund, Dezember 2002