

SOPHIE ANDREY

Essstörungen im Leistungssport

Ursachen, Entwicklung,
Intervention, Prävention
in der Lebenswelt des
Leistungssports



Essstörungen im Leistungssport

Sophie Andrey

Essstörungen im Leistungssport

Ursachen, Entwicklung, Intervention, Prävention
in der Lebenswelt des Leistungssport



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

AVM - Akademische Verlagsgemeinschaft München 2009
© Thomas Martin Verlagsgesellschaft, München

Umschlagabbildung: © Stefan Redel - Fotolia.com

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ohne schriftliche Zustimmung des Verlages ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Nachdruck, auch auszugsweise, Reproduktion, Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Digitalisierung oder Einspeicherung und Verarbeitung auf Tonträgern und in elektronischen Systemen aller Art.

Alle Informationen in diesem Buch wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Weder Autoren noch Verlag können jedoch für Schäden haftbar gemacht werden, die in Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches stehen.

e-ISBN (ePDF) 978-3-96091-267-5
ISBN (Print) 978-3-86924-635-2

Verlagsverzeichnis schickt gern:
AVM - Akademische Verlagsgemeinschaft München
Schwanthalerstr. 81
D-80336 München

www.avm-verlag.de

Un sportif plus lourd que les autres, mais qui se sent bien dans sa tête et sa peau peut réussir d'aussi belles performances sportives que les sportifs étant plus minces!

Ein Sportler, der schwerer als die anderen ist, aber sich im Geist und Körper wohl fühlt, kann genau so gute sportliche Leistungen erreichen wie schlankere Sportler!

(vgl. Dr. Gremion, Sportarzt)

„Le Sport c'est quand même une histoire de bien-être, non!“

„Der Sport, das ist doch eine Geschichte von Wohlsein, nicht!“

(Joalsia Llado, ehemalige Hochleistungssportlerin im Laufen)

„On n'a pas sauvé le monde avec une médaille olympique ou un titre de champion du monde!“

„Man hat nicht mit einer Medaille bei den Olympischen Spielen oder mit einem Weltmeistertitel die Welt gerettet!“

(Mutter von Sophie Lamon, Schweizerin Hochleistungssportlerin im Fechten)

Gliederung

1. Einleitung	1
2. Essstörungen	5
2.1 Anorexie	5
2.1.1 Diagnose	5
2.1.2 Symptomatik und Krankheitsverlauf	8
2.1.3 Epidemiologie	9
2.1.4 Ursachen	11
2.2 Bulimie	13
2.2.1 Diagnose	13
2.2.2 Symptomatik und Krankheitsverlauf	14
2.2.3 Epidemiologie	16
2.2.4 Ursachen	17
2.3 Atypische Arten von Anorexie und Bulimie	18
3. Leistungssport und Lebenswelt	19
3.1 Bedeutung von Leistungssport	19
3.2 Psychosoziale Belastungen und ihre Bewältigung	20
3.2.1 Verletzungen und körperliche Beschwerden	20
3.2.2 Probleme in der Schule	21
3.2.3 Dauerbelastung durch Schule und Sport	21
3.2.4 Erfolgserwartung und Misserfolg	22
3.2.5 Die Medien	22
3.2.6 Rolle des Trainers	23
3.2.6.1 Training	23
3.2.6.2 Betreuung	24
3.2.7 Probleme mit den Eltern	25
3.3 Soziale Unterstützung	26
3.3.1 Die Eltern und der Partner	26
3.3.2 Die Freunde und Gleichaltrigen	27
3.4 Leistungszentren	27
3.4.1 Sportschule, Studium, Ausbildung	27
3.4.2 Trainingsumfang	29
3.4.3 Internatsleben	30

3.4.3.1 Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialpädagogen und Erzieher	30
3.4.3.2 Trennung von der Familie bei Internatsunterbringung als Belastung?	31
3.4.3.3 Rolle der mitbewohnenden Leistungssportler und Trainingspartner	31
3.4.3.4 Sporternährung und Internatsküche	32
4. Essverhalten des Leistungssportlers	34
4.1 Ernährung im Leistungssport – exemplarische Vertiefung bei ausgewählten Sportarten	34
4.1.1 Bedeutungen der Ernährung für die Leistungsfähigkeit	34
4.1.2 Ernährungsphasen	36
4.1.3 Ernährungsrichtlinien einzelner Sportarten	38
4.1.3.1 Ausdauersportarten	38
4.1.3.2 Ausdauersportarten mit hohem Krafteinsatz	40
4.1.3.3 Kampfsportarten	41
4.1.3.4 Ästhetische Sportarten	42
4.1.3.5 Skispringen	42
4.1.4 Diätverhalten im Leistungssport	42
4.1.5 Gezielte Maßnahmen zur Gewichtsabnahme	44
4.2 Grenze zwischen normalem und gestörtem Essverhalten bei Leistungssportlern - Was bedeutet ideales aber gesundes Körpergewicht im Leistungssport?	45
5. Entwicklung von Essstörungen im und durch Leistungssport	51
5.1 Leistungssportlerinnen mit Anorexia Nervosa	51
5.2 Leistungssportlerinnen mit Bulimia Nervosa	53
5.3 Anorexia Athletica	58
5.4 Epidemiologie	60
5.5 Ursachen	62
5.5.1 Soziokulturelle Faktoren	62
5.5.2 Psychosoziale Faktoren	63
5.5.3 Demographische Faktoren	64
5.5.4 Biologische Faktoren	65
5.5.5 Spezifische sportliche Faktoren	65
5.6 Wirkungen von Essstörungen auf die sportliche Leistung	67
5.6.1 Wirkungen von chronisch restriktivem Essen	67
5.6.1.1 Sportliche Erfolge trotz Essstörung	67
5.6.1.2 Die negativen physiologischen Wirkungen	68

5.6.1.3 Die negativen psychologischen Wirkungen	71
5.6.2 Wirkungen von Überessen und Purging	71
5.6.2.1 Die negativen physischen Wirkungen	71
5.6.2.2 Die negativen psychologischen Wirkungen	72
5.6.3 Negative Wirkungen von Anorexia Athletica	73
5.7 Leistungssport trotz Krankheit?	73
5.8 Wiederbeginn mit Leistungssport nach Heilung?	74
6. Spezifische Interventionen für Leistungssportlerinnen	77
6.1 Prävention und Früherkennung im Leistungssport	77
6.1.1 Bedeutung der Prävention	77
6.1.2 Präventionsprogramme	77
6.1.3 Identifikation einer Essstörung bei Leistungssportlerinnen	81
6.1.4 Präventions- und Interventionsstrategien	82
6.1.5 Beispielhaftes spezifisches Präventionsprogramm	83
6.2 Hilfsangebote im Leistungssport	83
6.2.1 Spezifische ambulante und stationäre Angebote	83
6.2.2 Sporttherapie als Heilmittel auch für Leistungssportlerinnen mit Essstörung?	84
6.3 Aufgaben des Sozialpädagogen/-arbeiters in einem Leistungszentrum	85
7. Darstellung eines Fallbeispiels im Langstreckenlauf: Isabelle	90
7.1 Vorgeschichte	90
7.2 Aktuelle Situation	91
7.3 Interventionen	97
7.4 Ausblick	99
8. Fazit und Ausblick	101
Literaturverzeichnis	106
Anhangverzeichnis	111
I. Abbildungsverzeichnis	111
II. Interviewverzeichnis (Zusammenfassungen)	111

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM-III-R	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störung – 3. Revision
DSM-IV-R	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störung – 4. Revision
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten – 10. Revision
SP/SA	Sozialpädagoge/Sozialarbeiter
VO ₂ max	Maximale Sauerstoffaufnahme

1. Einleitung

Joalsiae Llado¹: „Als ich Leistungssportlerin war, hatte ich viel Druck, erheblich viel Druck auf verschiedenen Ebenen. Auf der familiären Ebene hatte ich die Sorge, den Lohn für 6 Personen nicht aufbringen zu können. Ich hatte auch die Angst vor Repressalien, wenn ich nicht alles gut mache.“

*„Ihr Vater (und gleichzeitig ihr Trainer) beherrscht sie ganz. Er fordert von ihr immer schwerere Verpflichtungen, nämlich auf der Ernährungsebene.“ (Pierre Morath)*²

Joalsiae Llado: „Ich musste das Gewicht haben, welches er wollte. Das bedeutet dass ich 39 Kilo wiegen musste, egal was ich esse. Ich wog mich jeden Morgen nackt vor ihm und sagte laut mein Gewicht. Wenn mein Gewicht nicht wie gewünscht war, wurde er sehr wütend und brachte alle Lebensmittel weg, die mich dick machen könnten.“ (Pierre Morath)

„Joalsiae gleitet in die Magersucht ab. 1997 während der Europameisterschaft im Crosslauf, wog sie weniger als 38 Kilo bei einer Körpergröße von 1,60 m.“ (Pierre Morath)

Joalsiae Llado: „Die Furcht vor der Strafe aufgrund eines schlechten Ergebnisses geht fast am Zweck des Leistungssports vorbei, weil ich psychisch nur noch eine geführte Maschine war. Ich denke, dass ich viele Großtaten vollbrachte, durch Angst und äh...durch Bissigkeit und äh... um meine Wut auszudrücken.“ (vgl. Graue Literatur 1).³

Im Laufe der Jahre gewinnt der Leistungssport in unserer aktuellen Leistungsgesellschaft immer mehr Bedeutung: Die Athleten wollen immer schneller, weiter, besser und stärker sein. Auch die Trainer, Manager, Medien, das Publikum, sogar die Eltern erwarten immer bessere Leistungen: Die Rekorde müssen immer wieder fallen. Es zählen überwiegend nur Rekorde und Medaillen, um als erfolgreicher Sportler anerkannt zu werden. Der Leistungsdruck steigt, besonders bei den Nachwuchstalenten: Sie wollen gut sein, niemanden enttäuschen und erfolgreich im Sport sein. Sie opfern fast jede freie Minute für ihre Leidenschaft, aber auch in manchen Fällen ihre Gesundheit. Tatsächlich werden neben dem bekannten Thema „Doping“ andere unlautere Methoden, wie im Falle von Joalsiae Llado benutzt, um sportliche Erfolge zu erzielen, die aber häufig Tabus bleiben: Das Leistungssportmilieu kann u. a. zur Essstörung führen!

¹ Joalsiae Llado war in den 90iger Jahren eine gute Hochleistungssportlerin. Sie wurde u. a. Europameisterin und Weltmeisterin mit der Mannschaft im Crosslauf. Sie wurde auch für die Olympischen Spiele 2000 qualifiziert, konnte jedoch aufgrund einer Gehirnhautentzündung nicht teilnehmen. Im gleichen Jahr entfloh sie ihrer Heimat und ihrem Leben im Leistungssport. Sie hatte jahrelang die psychischen, physischen und auch sexuellen Gewalttaten ihres Trainers, der auch ihr Vater ist, ertragen müssen (vgl. Schlosser, 2008).

² Kommentar und Ergänzung von Pierre Morath (Regisseur des Dokumentarfilms „tu seras champion mon fils“) der Aussagen von Joalsiae Llado

³ Übersetzung von Sophie Andrey. Originale Aussagen von Joalsiae Llado und Pierre Morath sind auf Französisch.

Hungern und Leistungssport – ist das nicht absurd? Eigentlich ja. Dennoch zeigt die Wissenschaft auf, was auch in dieser Diplomarbeit wiedergegeben wird, dass Essstörungen im Leistungssportbereich vorhanden sind und dass dies nicht so selten auftritt, wie man glauben könnte. Meistens erreichen diese Athleten im Leistungssport langfristig keine Erfolge mehr und hören mit dieser Aktivität auf.

Mit dieser Diplomarbeit soll untersucht werden, ob das Leistungssportmilieu allein ein Auslöserfaktor für eine Essstörung sein kann oder ob die Verbindung mit anderen Komponenten dieses Verhalten begünstigt. In dieser Arbeit werden die Lebenswelt des Leistungssports sowie das Ernährungsverhalten der Leistungssportler unter die Lupe genommen, um die möglichen Auslöserfaktoren zu erkennen: Wie ist das Leben eines Nachwuchssportlers eingerichtet, welche Belastungen sind damit verbunden und welche Bewältigungsprozesse können eingeleitet werden? Was kennzeichnet das Essverhalten der Leistungssportler je nach Sportart und wo ist die Grenze zwischen einem gesunden und einem gestörten Essverhalten bei diesen Athleten?

Ferner soll diese wissenschaftliche Arbeit über die positiven und negativen Wirkungen von Essstörungen auf die leistungssportliche Aktivität berichten sowie die Meinungen von Wissenschaftlern, Experten, aber auch einer selbst Betroffenen und Personen des sportlichen Umfelds über die folgenden zwei Grundfragen darlegen: Müssten die erkrankten Athleten mit dem Leistungssport besser aufhören? Besteht die Gefahr nach einer Heilung bei Wiederbeginn mit dem Leistungssport wieder zu erkranken?

Auch ein Überblick über Präventions- und Interventionsmaßnahmen soll hiermit geschaffen werden: Sind Maßnahmen spezifisch für Leistungssportler nötig und in dem Fall vorhanden? Welche Aufgaben könnte ein Sozialpädagoge/-arbeiter in einem Leistungszentrum übernehmen, um der Problematik *Essstörung bei Leistungssportlerinnen* entgegenzutreten bzw. Risiken einer Essstörungsentwicklung vorzubeugen? Gegebenenfalls, was könnte er leisten, um die Betroffenen bei der Überwindung der Essstörung zu unterstützen?

Um die Theorie der verwendeten wissenschaftlichen Literaturquellen mit Beispielen zu erläutern, ist diese Diplomarbeit mit fünf problemzentriert durchgeführten Interviews bereichert worden:

Zwei Erzieherinnen (Frau B. und Frau T.) eines Sportinternats in Deutschland haben sich über ihre Arbeit und Beobachtungen im Leistungszentrum in Bezug auf diese Problematik geäußert.

Herr S., welcher in der ehemaligen DDR als Trainer tätig war, der aber auch jetzt noch als Trainer in Deutschland arbeitet, berichtete ebenfalls über seine Tätigkeit, aber auch über den einzigen Essstörungsfall unter seinen Athleten: Isabelle, seine ehemalige Athletin, leidet an einer Bulimie und hatte den Mut, ihre ganze Geschichte zu erzählen. Dieses Interview wurde nach schriftlicher Erlaubnis (Vertrag) von Isabelle als Fallbeispiel im Langstreckenlauf verwendet, um die schwierige Situation sowie den Krankheitsverlauf von betroffenen Athletinnen besser zu verstehen.

Letztendlich wurden zwei Experten-Interviews durchgeführt: Dr. Gremion, ein bekannter Sportarzt in der Schweiz, hat seine Sichtweise auf diese Problematik geäußert. Seine Aussagen konnten dann mit den Aussagen der Wissenschaft verglichen werden bzw. konnte festgestellt werden, wo sie sich an diese annähern oder eine andere Sichtweise darstellen, was besonders bei schwer beantwortbaren Fragestellungen hilfreich und interessant war. Dr. Portmann, ein Schweizer Facharzt, der sich u. a. um Essstörungsfälle kümmert, hat seinerseits, komplementär zu Dr. Gremion, über die Existenz spezifischer Präventions- und Interventionsmöglichkeiten für erkrankte Leistungssportler informieren können.

Die Vorgehensweise in der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung war für alle Interviews gleich: Interview-Leitfäden wurden problemzentriert aufgebaut und stützen die gute Durchführung der Interviews (in der Muttersprache der Interviewten). Diese wurden anhand eines Tonbandgerätes mit Erlaubnis der interviewten Personen aufgenommen. Aus zeitlichen Gründen und nach Erlaubnis der für diese Diplomarbeit zuständigen betreuenden Professorin wurden diese Interviews zusammengefasst und nicht wörtlich eingetippt. Um die Richtigkeit der Äußerungen zu gewährleisten, wurden die Zusammenfassungen den interviewten Personen zurückgegeben und nach Bedarf von ihnen korrigiert. Erst dann wurden die Zusammenfassungen für diese Arbeit verwendet.

Diese Diplomarbeit ist allerdings nur auf die Ursachenproblematik bei Frauen aufgrund ihres höheren Prävalenzrats zentriert, auch wenn die Häufigkeitszahl bei Männern steigt. Außerdem zeigen sich Unterschiede bei Frauen und Männern bei Essstörungen und deren Ursachen, bei der Entwicklung der Störung sowie in den Zielen des Diätverhaltens und in den Methoden zur Gewichtskontrolle ab (vgl. Beals, 2004). Deshalb müsste die Problematik von Essstörungen bei Männern teilweise extra dargestellt werden, was aber in dem zeitlichen Rahmen dieser Arbeit nicht mehr machbar wäre.

Da die meisten Sportarten Schlantheit, Beweglichkeit, Leichtigkeit sowie Muskeln erfordern und daher eher Anorexia und Bulimia Nervosa sowie andere atypischen Arten von

Essstörungen (die sich der Anorexie und Bulimie nähern) auftreten, wurden die Essstörungsarten Adipositas und Binge Eating Disorder im Rahmen dieser Arbeit nicht betrachtet.

Interessant wäre auch, die verschiedenen Essverhaltenweisen der Leistungssportler nach dem Karriereende in Betracht zu ziehen, aufgrund des zeitlich begrenzten Rahmens für die Erstellung dieser Diplomarbeit konnte diese Problematik aber ebenfalls nicht behandelt werden.

Als zusätzlicher Grund für das Abfassen dieser wissenschaftlichen Arbeit sind mein persönliches Interesse für den Leistungssport und der Willen, mit dieser Diplomarbeit einen kleinen Beitrag für die Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu leisten, zu nennen, nämlich eine negative und meistens tabuisierte Seite der Sportwelt sowie die Präventions- und Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen, die auch Sozialpädagogen und Sozialarbeiter nutzen können, um damit zur Vorbeugung von Essstörungen im Leistungssportmilieu beizutragen.

2. Essstörungen

2.1 Anorexie

2.1.1 Diagnose

Anorexie, auch Magersucht oder Anorexia Nervosa genannt, ist nach dem DSM-IV durch vier Kriterien gekennzeichnet:

- a) Eine verzerrte Vorstellung oder Wahrnehmung, sich zu dick zu fühlen, was zu einer inneren Ablehnung gegenüber dem „normalen“ Körpergewicht führt.

Das Körpergewicht der von o. g. Erkrankung betroffenen Person liegt mit weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts unterhalb der anerkannten Norm, die sich aus dem Alter und der Körpergröße einer Person berechnen lässt (vgl. Houben et al., 2003).

Nach dem ICD-10 wird zur Feststellung eines „Normalgewichts“ oder auffälligen Körpergewichtes der Body Mass Index (BMI)⁴ einer Person berechnet. Bei einer Anorexie ist der BMI gleich oder kleiner als 17,5 kg/m². Bei dieser Messmaßnahme werden der Körperbau und die Gewichtsentwicklung der Person berücksichtigt (vgl. Houben et al., 2003).

Der Gewichtsverlust erfolgt über eine Reduktion der Nahrungsaufnahme. Zunächst werden einzelnen Nahrungsmittel ausgeschlossen, welche hochkalorisch sind. Dieses Verhalten führt meistens zu einer sehr strengen Diät bzw. Aufnahme von nur noch einzelnen Nahrungsmitteln. Weitere Methoden zur Gewichtsreduktion sind das Erbrechen, der Missbrauch von Laxantien oder Diuretika und eine übermäßige körperliche Betätigung (vgl. Houben et al., 2003).

- b) Eine Angst vor Gewichtszunahme

Die Betroffenen haben Angst dick zu werden. Die Gewichtsabnahme vermindert diese Angst nicht. Sie kann diese Angst vor Gewichtsabnahme sogar steigern (vgl. Houben et al., 2003).

⁴ Der BMI entspricht dem Körpergewicht in kg durch die Körpergröße in Meter². BMI-Werte zwischen 18,5 und 25 bedeuten ein Normalgewicht. Unter 18,5 liegt ein Untergewicht vor, während ein Wert unter 17,5 ein ausgeprägtes Untergewicht darstellt (vgl. DHS, 2004)

c) Störung der eigenen Körperwahrnehmung

Die betroffenen Personen empfinden sich trotz Normalgewichts bzw. Tendenz zum Untergewicht als übergewichtig. Sie wiegen sich übermäßig oft, messen ihre Körperteile oft ab und beobachten sich oft prüfend. Aufgrund von Mangelernährung befinden sich die Betroffenen in einem medizinisch schlechten bis kritischen Zustand (vgl. Houben et al., 2003).

Die Verzerrung der eigenen Körperwahrnehmung führt zu einem ständigen Abnehmen. Das ursprüngliche Gewichtsideal wird immer weiter herunter gestuft (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007).

d) Das Eintreten der Amenorrhoe, d. h. ein Ausbleiben der Regelblutung bei Frauen in mindestens drei aufeinanderfolgenden Monaten.

Die Amenorrhoe ist bei wiederkehrendem Gewichtsverlust üblich und zeigt eine physiologische Dysfunktion bei Magersucht (vgl. Houben et al., 2003). Man spricht auch dann von diesem Symptom, wenn die Menstruation nur durch Zugabe von Hormonen möglich ist (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007).

Die Anorexia Nervosa wird noch in zwei Subtypen unterschieden. Der erste Subtyp wird „binge eating/purging Typus“ genannt. In diesem Fall nutzen die Betroffenen (wie Bulimikerinnen) nach Essanfällen Purging-Methoden (u. a. selbstinduziertes Erbrechen und Laxantien), um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Wenn die o. g. Fressanfälle- und Purgingepisoden nicht auftreten, spricht man von dem zweiten Subtyp, dem „restriktiven Typus“. Hierbei handelt es sich nur um die Nahrungsrestriktion, Fasten und übermäßige körperliche Betätigung (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007 und Houben et al., 2003).

Die Krankheitseinsicht fehlt bei Anorektikerinnen oder sie verleugnen oftmals ihr Problem (vgl. Houben et al., 2003). Die ständige Gewichtsabnahme wird als positiv empfunden (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007). Für das Erkennen von Krankheitsmerkmalen und Krankheitszustand sind daher außenstehende Personen wie Eltern oder Lehrer einzubeziehen (vgl. Houben et al., 2003).

Ferner gibt es vier unterschiedliche Arten von Störungen bei Magersüchtigen, nämlich die dependente, die Borderline, die zwanghafte und die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die im DSM-IV beschrieben sind (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1999).

- a) Die *dependente Persönlichkeitsstörung* bezeichnet den Zustand einer Anorektikerin, die ihre alltäglichen Entscheidungen ohne fremde Hilfe nur schwer treffen kann. Die Verantwortung für wichtige Bereiche ihres Lebens übernehmen andere Menschen. Schwierigkeiten hat sie auch, ihre Meinung gegenüber anderen zu vertreten und Unternehmungen selbst anzufangen oder selbständig durchzuführen. „Sie fühlt sich alleine unwohl oder hilflos“ (Selvini Palazzoli et al., 1999, S. 207) und kann dabei nicht für sich sorgen. Wenn eine Beziehung zu Ende geht, sucht sie gleich eine neue als Ersatz. Sie befürchtet verlassen zu werden und sich infolgedessen um sich selbst kümmern zu müssen (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1999).
- b) Die Betroffene einer *Borderline - Persönlichkeitsstörung* ist bemüht, ein Verlassenwerden zu vermeiden, auch wenn dieses nur vermutet wird. Sie integriert ein Muster von zwischenmenschlichen Beziehungen, welches entweder einer Idealisierung oder einer Entwertung der Beziehungen entspricht. Ihr Selbstbild oder ihre Selbstwahrnehmung ist andauernd instabil. Impulse hat sie in mindestens zwei dieser Bereichen: Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren und Fressanfälle. Sie zeigt Selbstverletzungsverhalten bzw. hat entweder Selbstmordgedanken oder wiederholte suizidale Handlungen hinter sich. Affektive Instabilität, chronische Gefühle von Leere, unangemessene heftige, schwer kontrollierbare Wut und paranoide Vorstellungen sind hierbei ebenfalls Kennzeichen (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1999).
- c) Eine Person, die an einer *zwanghaften Persönlichkeitsstörung* leidet, hat überdurchschnittlich gern Details, Regeln, Ordnung, Organisation oder Pläne, wobei der wesentliche Aspekt der Tätigkeit nicht mehr im Mittelpunkt steht. Perfektionismus ist für sie wichtig. Sie plant übermäßig viele Arbeiten und vernachlässigt ihre Freizeit und Freundschaften. Bei moralischen und ethischen Fragen zeigt sich die Betroffene als übermäßig skrupulös, rigide und loyal. Wertlose Dinge kann sie nicht wegwerfen. Sie delegiert nur widerwillig Aufgaben und arbeitet in einer Gruppe nur gern, wenn die anderen etwas tun, was ihr zusagt. Geiz, Rigidität und Halsstarrigkeit sind weitere Merkmale solcher Anorektikerinnen (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1999).
- d) Letztendlich stellt der Begriff „*narzisstische Persönlichkeitsstörung*“ die vierte Art von Störungen bei Magersucht dar. Die Betroffene ist von ihrer Wichtigkeit überzeugt,

wie z. B. eigene Leistungen und Talente. Sie besitzt Phantasien über „grenzlosen Erfolg, Macht, Glanz, Schönheit oder ideale Liebe.“ (Selvini Palazzoli et al., 1999, S. 218). Sie betrachtet sich als einzigartig und besonders und meint, nur von anderen besonderen Personen verstanden zu werden oder nur mit diesen Personen verkehren zu können. Diese Art von Anorektikerinnen wünscht sich große Bewunderung. Zwischenmenschliche Beziehungen nutzt sie für ihren eigenen Zweck aus und damit mangelt es ihr an Empathie. Sie zeigt häufig Neid auf andere und ihr Verhalten kann als arrogant charakterisiert werden (vgl. Selvini Palazzoli et al., 1999).

2.1.2 Symptomatik und Krankheitsverlauf

„Essstörungen werden übereinstimmend in der Literatur als Versuch dargestellt, die Nahrungszufuhr und damit die Körpergestalt zu manipulieren, um innere Konflikte, Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen.“ (Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007, S. 35).

Eine Diät zur Verbesserung seines Aussehens und zur Erreichung des aktuellen Schönheitsideals kann der Ausgangspunkt einer Essstörung bzw. einer Magersucht sein. Probleme in der Schule oder im Beruf, Beziehungsprobleme und Veränderungen des Körpers in der Pubertät können ebenfalls zu einer Magersucht führen (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007).

Zur Anorexie gehören auch psychische Störungen wie depressive Stimmung, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und vermindertes sexuelles Interesse. Auch Zwangsverhalten im Bezug auf Nahrung und auf anderen Ebenen können entwickelt werden: Sowohl ständige Denken an Nahrung und Kalorien als auch das Sammeln von Rezepten und vielen Nahrungsmitteln sind zu beobachten (vgl. Houben et al., 2003). Immer mehr Nahrungsmittel werden weggelassen und kalorienlose Getränke bevorzugt. Das Auslassen einer Mahlzeit, geringe Nahrungszufuhr und die völlige Nahrungsverweigerung sind weitere mögliche Arten zu hungern. Sie kochen und backen aber sehr gern, nur nehmen sie das selbst Vorbereitete nicht zu sich (vgl. Barb-Priebe; Schulz; Stahr, 2007).

Das Hungergefühl wird die ganze Zeit kontrolliert und beherrscht. Daher haben die Betroffenen das Gefühl, ihrem Körper zu beherrschen, was für die Magersüchtigen die wahre erzielte Leistung darstellt. Dies vermittelt Stärke und Befriedigung. Die Beherrschung des Körpergewichts und die Gewichtsabnahme können auch mit einer Zunahme der Schul- und Sportleistungen gekoppelt werden, obwohl der Körper dadurch immer weiter abbaut (vgl. Barb-Priebe, Stahr und Schulz, 2007). Auch das Verweigern von Essen in der