

Einfach nur faul – oder?

Die Binge-Eating-Störung. Entstehung und Verständnis einer komplexen Essstörung aus psychotherapeutischer, insbesondere individualpsychologischer Sicht.

Simply lazy – right?

The Binge Eating Disorder. Emergence and understanding of a complex eating disorder from a psychotherapeutic, particularly individual psychological view.

Jasmin Ghazanfari

Kurzzusammenfassung

Trotz der hohen Anzahl an Betroffenen werden Personen mit einer Binge-Eating-Störung aufgrund ihres überschüssigen Gewichts im Alltag und Gesundheitswesen missverstanden und stigmatisiert. Der Artikel geht auf bisher bekannte Literatur (Rattner, 1977), Erkenntnisse (größere Magenkapazität sowie veränderter Hormonstatus) und Forschungen (Psychotherapieerfolg – Wifley et al., 2002/Hilbert et al., 2012) ein. Zusätzlich geben qualitative, semistrukturierte Interviews mit Psychotherapie-Expert*innen unterschiedlicher Schulen (Systemische Familientherapie, Integrative Gestalttherapie, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapie) einen Einblick in das Störungsbild, dessen Entwicklung sowie die psychotherapeutische Behandlung. Die Interviews werden nach der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) bearbeitet und mittels Fragen zur Lebensstilanalyse individualpsychologisch interpretiert (Antoch, 1995). Die therapeutisch relevanteste Herausforderung für die Betroffenen scheint neben dem Übergewicht, den körperlichen Folgeschäden und den gesellschaftlichen Stigmata, das Defizit der Emotionsregulation zu sein. Bingen betäubt eigene Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle. Der inadäquate Umgang ist Folge mangelhaft erlernter Bewältigungsstrategien von Emotionen und Konflikten. Diese sind in der Regel bereits in den vorherigen Generationen nur unzureichend ausgeprägt und werden ebenso unzureichend weitergegeben. In der Conclusio werden protektive Faktoren sowie Bedenkenswertes, gerichtet an Erziehungsberechtigte sowie an Psychotherapeut*innen angeführt.

Abstract

Despite the high number of people affected by a binge eating disorder, they are misunderstood and stigmatized due to excess weight in their everyday life as well as in the healthcare system. Previously existing and available literature (Rattner, 1977), evidence (larger stomach capacity and changed hormonal status) and research (psychotherapy efficacy – Wifley et al., 2002/Hilbert et al., 2012) are described. In addition, qualitative, semi-structured interviews with psychotherapy experts from different psychotherapeutic backgrounds (Systemic Family Therapy, Integrative Gestalttherapy, Dynamic Grouptherapy, Person-centered Psychotherapy) provide an insight into the disorder, its development and psychotherapeutic treatment. The interviews were processed according to the qualitative content analysis (Mayring, 2015) and interpreted from an individualpsychological perspective using lifestyle analysis questions (Antoch, 1995). The therapeutically most relevant challenges for those affected appear to be their deficit in affect regulation, alongside obesity, the subsequent physical damage and social stigma. Binging numbs ones' needs, desires, and feelings. Inadequate handling is the result of poorly learned coping strategies for emotions and conflicts. As a rule, these are already insufficiently developed in the previous generations and are passed on to the next. The conclusion lists protective factors and points of concern aimed at legal guardians and psychotherapists.

Schlüsselwörter

Essstörungen, Binge-Eating-Störung, Individualpsychologie, Alfred Adler, Affekt-regulation

Keywords

Eating disorder, Binge-Eating Disorder, Individual psychology, Alfred Adler, Affect regulation

1 *Einleitung*

Personen mit einer Binge-Eating-Störung (BES) konsultieren Ärzt*innen und bemühen sich, ihr Übergewicht und die daraus folgenden körperlichen Probleme in den Griff zu bekommen. Sie werden häufig nur mit einem Essensplan und einem Sportplan getröstet. Nach ein paar Tagen restriktiver Diät und intensiver Bewegung fallen die Personen in ihr altes Muster zurück: das impulshafte Vollstopfen mit Essen. Erst bei körperlichen Schmerzen wird aufgehört. Die Störung unterscheidet sich von der bekannteren Bulimia nervosa in wenigen, entscheidenden Faktoren. Hier wird nach dem Essanfall auf gegenregulative Maßnahmen, wie forciertes Erbrechen, Laxantienabusus oder exzessiver Sport, zurückgegriffen, die bei der BES weniger bis nicht vorhanden sind. Es folgen eine Gewichtszunahme und bei Aufrechterhaltung eine Extremlastung der gesamten Gesundheit.

Binge-Eating Patient*innen benötigen adäquate Hilfe und finden diese meist in psychotherapeutischer Behandlung. Demnach wurden verschiedene Therapeut*innen mit Fokus zur genannten Essstörung befragt. Sie besaßen unterschiedliche Schulenzugehörigkeit, weshalb die Interviewfragen weitflächig und methodenübergreifend gehalten wurden. Ihre Antworten wurden anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet und individualpsychologisch interpretiert. Das Hauptaugenmerk lag auf Personen weiblichen Geschlechts in der modernen westlichen Gesellschaft.

Die Suche nach Interviewpartner*innen war herausfordernd, lief über das österreichische Psychotherapie-Portal Psyonline und konnte mittels der Filter „Essstörungen“ und „Eingetragen in der Liste der Psychotherapeut*innen des Bundesministeriums“ eingeschränkt werden. Zum Zeitpunkt der Suche begann die Covid-19-Pandemie. Insgesamt wurden 50 Personen telefonisch und 30 per E-Mail kontaktiert. Es wurde bei vier Essstörungszentren aus ganz Österreich angefragt. Einige Therapeut*innen gaben an, mit anderen Essstörungstypen erfahrener zu sein, obwohl die BES als die am weitesten verbreitete Essstörung betrachtet wird (vgl. Himmerich, 2020, S. 8). Schlussendlich konnten fünf Therapeut*innen interviewt werden.

2 *Essstörungen*

Essstörungen sind Phänomene, bei denen die Menge der Nahrung oder das resultierende Körpergewicht als krankhaft gelten (vgl. Habermas, 2015, S. 4), und entstehen durch ein Zusammenwirken kultureller, örtlicher, psychischer und biologischer Faktoren.

Laut dem ICD-10 werden Essstörungen den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50) zugeordnet (vgl. Dilling & Freyberger, 2015). Die diagnostischen Kategorien sind: ein körperlicher sowie psychischer Leidensdruck, ein ungesunder Umgang und eine übermäßige Auseinandersetzung mit Nahrung (vgl. Schweiger, 2015, S. 35 ff). Der BES wurde, im Gegensatz zu anderen

Essstörungen, kein eigenes Kapitel gewidmet (vgl. Dilling & Freyberger, 2015, S. 209) und die Kriterien sind minimal beschrieben. Im DSM-5 ist ein eigenständiges Kapitel enthalten (vgl. APA, 2013, S. 350).

2.1 Belohnungssystem

Expert*innen sprechen bei übermäßigem Appetit von hedonischem Hunger bzw. von der Hyperphagie. Der altgriechische Begriff *hēdonē* bedeutet Lust (vgl. Simon & Friederich, 2015, S. 192). In der neuronalen Belohnungsreizverarbeitung werden drei Komponenten, die für die Gehirnareale, die neuronale Entwicklung und das Essverhalten verantwortlich sind, unterschieden: Verlangen nach Belohnung, belohnungsabhängiges Lernen und Freude (ebd., S. 192). Ein wesentlicher Faktor für Essstörungen ist der Dopaminanstieg im mesolimbischen Belohnungssystem bei einer unerwarteten Belohnung (ebd., S. 192). Ein intensiveres Genusserleben unterstützt das Bingen (vgl. ebd., 2015, S. 195 f). BES-Patient*innen weisen beim Anblick von kalorienreichem Essen eine höhere Aktivierung im medialen orbitofrontalen Kortex auf (vgl. Santel et al., 2006, S. 138 ff). Die Nahrungsaufnahme wird basal biologisch verstanden – ihre Regulation nicht (vgl. Pietrowsky, 2015, S. 176). Sie beginnt mit dem ersten sensorischen Blick und löst eine Kaskade von biologischen wie psychologischen Prozessen aus. Genetische Defekte führen zum Verlust des Sättigungsverhaltens und der Kontrolle über das Essverhalten, z.B.: eine genetische Hyperproduktion von Ghrelin (ebd., S. 178).

In einer Forschungsarbeit über die Magenkapazität von BES-Erkrankten wurden einige Hormone vor und 120 Minuten nach dem Nahrungsverzehr gemessen. Personen mit einer BES zeigen erhöhte Insulinwerte sowie größere gastrische Kapazitäten auf (vgl. Geliebter et al., 2004). In einem Artikel von Boswell et al. (2021) wurde Adipositas mit der BES verglichen. Laut der Arbeit unterstützt die BES zwanghafteres sowie impulsiveres Verhalten und die intensive Reaktion auf Dopamin. Daraus folgt der Gedanke, dass Betroffene ein höheres Suchtpotential haben (ebd.). Sensorische Faktoren beeinflussen die Sättigungs- und Hungerregulation (vgl. Pietrowsky, 2015, S. 179), woraufhin Schmackhaftes zu einem schwächeren Appetitverlust führt und ohne Hunger verzehrt wird (vgl. Sorensen et al., 2003). Bei einer BES überwiegt die emotionale Bedeutung des Verzehrs, was zu krankhaftem Essverhalten führt.

Im DSM-5 wurde die BES anhand ihrer Kriterien festgelegt (APA, 2013). Die Kriterien sind der Abbildung 1a zu entnehmen (Tanofsky-Kraff et al., 2007, S. 55 ff). Laut Himmerich handelt es sich bei der BES um die häufigste Essstörung (2020, S. 8), wobei sie in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von 1–3% auftritt (Herpertz, 2015, S. 427).

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5 (APA 2013)

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen.
Eine Episode von Essanfällen ist durch beide der folgenden Kriterien charakterisiert:
1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem 2-stündigen Zeitraum), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden
 2. Das Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z. B.

Potentielle Risikofaktoren sind frühe ungünstige Lebensbedingungen bzw. -erfahrungen, elterliche Krankheiten und wiederholte Bloßstellung aufgrund der Körperform (vgl. Fairburn et al., 1998, S. 425).

In dem Handbuch *Essstörungen und Adipositas* (de Zwaan et al., 2015) werden keine eigenen Risikofaktoren beschrieben und auf die der *Bulimia nervosa* hingewiesen: Schwangerschaftskomplikation, frühes Übergewicht, Gesundheitsprobleme, psychische Krankheiten, sexuelle Übergriffe, Schwierigkeiten beim Stillen, frühes Eintreten der Pubertät, gepflegte Diätkultur, geringer Selbstwert, ungünstige Familienbedingungen, negative Kommentare über den Körper (vgl. Jacobi & Fittig, 2015, S. 127).

- ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst)
- B. Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens 3 der folgenden Symptome auf:
1. Wesentlich schneller essen als normal
 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 4. Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen
- C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche für 3 Monate auf.
- E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. »Purgier-Verhalten«, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

2.2 Adipositas und Medizin

30 Prozent der adipösen Personen, die medizinische oder therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, leiden an einer BES (vgl. Becker, 2015, S. 468). Es werden restriktive Crash-Diäten verordnet, die missglücken, woraufhin es zum Jojo-Effekt kommt. Personen mit einer BES zeigen die Anamnese betreffend früher Beileibtheit auf als nichtessgestörte Übergewichtige (vgl. Herpertz, 2015, S. 427).

Da Expert*innen sich darüber uneinig sind, ob die BES als Ursache oder Folge von Adipositas einzuschätzen ist, sind diese offiziell nicht voneinander abhängig (vgl. Tanofsky-Kraff et al., 2013). Die therapeutische Behandlung der BES sei schwieriger (vgl. Boswell, Potenza & Grilo, 2021, S. 52). Adipös ist eine Person dann, wenn das Körpergewicht aus einem übermäßigen Anteil an Fettmasse besteht und dadurch die Gesundheit leidet (vgl. Warschburger & Petermann, 2008, S. 1). Bis heute wird fälschlicherweise der Body Mass Index genutzt, um die Adipositas-Stufe zu berechnen (WHO, 2020). Fälschlicherweise, da das bezeichnete Übergewicht eine stärkere Knochendichte oder hohe Muskelmasse nicht berücksichtigt.

Die bariatrische Chirurgie wird bei adipösen Patient*innen ab einem BMI von 40 zur Gewichtsreduktion genutzt (vgl. Wolf, 2015, S. 552). Die Prävalenz der BES vor einer Operation liegt bei 15–30 Prozent. Essanfälle bleiben davon unbeeinflusst (vgl. Herpertz & de Zwaan. ebd., 2015, S. 562). Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei einer BES wurden nicht ausreichend erforscht (vgl. de Zwaan & Svitek, 2015, S. 290). Um komorbide Verstimmungen zu stabilisieren, können fallweise Antidepressiva verschrieben werden oder es wird auf die Impulsivitätsreduktion gesetzt (vgl. Boswell, Potenza und Grilo, 2021).

3 *Bisherige Forschungsergebnisse*

Es konnten wenige, jedoch wertvolle Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei der BES herangezogen werden: In einer wurde die Effizienz von zwei Psychotherapiemethoden – der kognitiven Verhaltenstherapie sowie der interpersonellen Psychotherapie – bei übergewichtigen Personen mit einer BES untersucht. Das Ergebnis war, dass beide Methoden sowohl direkt im Anschluss als auch ein Jahr nach der Behandlung äquivalente Ergebnisse vorzeigen konnten – nach der 20. Behandlungswoche sank das Binge-Verhalten. Ein Jahr später stieg es, blieb jedoch bei beiden deutlich unter den Untersuchungsergebnissen vor der Behandlung (vgl. Wilfley, Welch, Stein et al., 2002).

In einer weiteren Untersuchung, zehn Jahre später kam es zu einer separaten Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie bei einer BES. Die Untersuchten zeigten eine langfristige klinisch signifikante Verbesserung in der Symptomatik sowie eine Reduktion des Bingens auf. Die interpersonelle Psychotherapiemethode schnitt dabei besser als die kognitive Verhaltenstherapie ab (vgl. Hilbert et al., 2012).

4 *Lebensstilanalyse*

Das fiktive Ziel des Lebens (vgl. Weber, 2000) wird im Denken, Handeln und Fühlen durch den Lebensstil gezeigt, welcher sich in den ersten Lebensjahren bildet und manifestiert. Die sogenannte Lebensstilanalyse kann dabei helfen, den Charakter eines Lebens nachzuvollziehen. Der diesbezüglich von Antoch (2006) publizierte Artikel umfasst notwendige Fragen zur Erstellung einer Lebensstilanalyse:

„Welche Einstellungen und Handlungspositionen hat der Patient zu anderen Menschen?“ „– zu sich selbst?“ „– zu seinen Lebensaufgaben?“

„Welche Mittel setzt er zur Erreichung dieser seiner Ziele ein?“ (ebd., S. 347 ff)

Diese Fragen gelten als Grundlage für die Fragestellungen der Interviews dieser Forschung.

5 *Tiefenpsychologischer Ansatz*

„Die psychodynamische Sichtweise [...] verfolgt das Ziel, unbewusste Motive des Geschehens [...] die in der Entstehungsgeschichte der Essstörung bedeutsam sind, zu verstehen“ (Herpertz, 2015, S. 86). Bezogen auf die Theorie der Objektbeziehung entwickeln sich Konflikte mit frühen Bezugspersonen, die meist ungelöst bleiben, suboptimale Lösungsansätze mit Leidensdruck mit sich bringen und sich nicht selten wiederholen.

Der Entwicklungsschritt, der die Abgrenzung von der Familie zum unabhängigen Menschen markiert, scheint für die BES bedeutend, da ein mangelnder Selbstwert die Entwicklung von Essstörungen

unterstützt (vgl. Bruch, 1973). So kann ein mangelnder Selbstwert durch das Missinterpretieren des Bedürfnisses eines Kindes hervorgerufen werden. Ein Mentalisierungsdefizit der frühen Bezugspersonen im rhythmischen Wechselspiel mit dem Säugling kann zur Fehlentwicklung der Affekregulation führen (vgl. Fonagy et al., 2022): Das Neugeborene schreit und wird gefüttert, obwohl es Schmerzen hat. Die Bezugsperson geht ausschließlich von ihren eigenen Bedürfnissen aus, wodurch das Baby abweichend seines ursprünglichen Wunsches befriedigt wird und verschiedene Erregungszustände mit einem Bedürfnis nach Nahrung gekoppelt werden.

5.1 Tiefenpsychologisches Verständnis

Im ersten Lebensjahr, der oralen Phase, werden Erregung und Triebbefriedigung durch die erogene Zone des Mundes stimuliert. Bei Essstörungen kann von einer Fixierung der oralen Phase ausgegangen werden. Die oral-aggressive Stufe bezeichnet das aktive Nehmen: „Ich bin nicht passiv abhängig, ich kann mir etwas nehmen“. „Je mehr ich bekomme, umso mehr habe ich“ (Elhardt, 1998, S. 81). Ein inadäquater Umgang mit oralen Begehren beeinflusst den Charakter (vgl. A. Freud, 1952) und unterstützt eine „exzessiv oder gar nicht“-Haltung (Flammer, 1996, S. 72).

Im Jahr 1977 erläutert Rattner, dass die Fettsucht psychischen Leidensdruck körperlich ausdrückt: „Die schlimmsten Nöte der fettsüchtigen Menschen erwachsen aus der kulturellen Wertschätzung der Schlankheit [...] Das übertriebene Schlankkeitsideal unserer Zeit gibt dicken Leuten das Gefühl sozialer Minderwertigkeit [...] Die Nahrungszufuhr geschieht teils unbewusst und mitunter auch durch Selbsttäuschung“ (Rattner, 1977, S. 103). Bei emotionalen Herausforderungen wird mit Verzehr beruhigt und verwöhnt.

Das angegessene Übergewicht versteht Rattner als subjektiven Schutz vor „Einwirkungen der Umwelt“ (ebd., S. 104) und könne bis in die Kindheit zurückverfolgt werden. Er beschreibt Mütter von Betroffenen als überfürsorglich, wodurch die Entwicklung der Selbstständigkeit misslingt (vgl. ebd., S. 105). Da Essen die Bedeutung von Liebe übernommen habe, fürchtet sich die Mutter vor Zurückweisung, wenn das Kind nicht isst und füttert es. So wird das Kind unbewusst von ihr abhängig gehalten und entwickelt ein niedriges Selbstbewusstsein, eine hohe Empfindlichkeit sowie ein Defizit, Spannungen zu ertragen. In „jedem fetten Menschen ist ein magerer gefangen, der mit wilden Gestikulationen befreit zu werden wünscht“ (ebd., S. 107). Laut dem Mediziner und Individualpsychologen muss der Umgang mit Gefühlen verbessert werden. Auf Diäten allein zu setzen sei sinnlos. Die Funktionen der Symptomatik würden durch eine Gewichtsabnahme verloren gehen, weshalb die therapeutische Beziehung stets das Gefühl von Schutz und Halt geben soll.

6 *Forschungsmethodik*

Die Psychotherapeut*innen wurden anhand qualitativer Interviews befragt, der Inhalt ausgewertet und individualpsychologisch interpretiert. Die Expert*innen wurden aufgrund ihrer Spezialisierung auf Essstörungen ausgewählt und zu ihrem Wissen über die therapeutische Arbeit mit Personen mit einer BES befragt. Die Interviewfragen wurden anhand der Lebensstilanalyse (Antoch, 2006) und methodenübergreifend festgelegt. Der Schwerpunkt sollte auf der Wahrnehmung der Expert*innen liegen und ihre Einschätzungen von BES dokumentieren. Dieses Vorgehen ersetzt eine typische Lebensstilanalyse, da Betroffene nicht direkt befragt wurden.

6.1 *Themenschwerpunkte*

Leidensdruck: Weshalb nehmen Betroffene Psychotherapie in Anspruch? Wo liegt der Leidensdruck?

Kindheit: Gibt es auffällige Gemeinsamkeiten in der Kindheit betroffener Personen?

Eltern, Tischkultur: Bestehen typische Muster in den Familien (Diätkultur)? Wie steht die Beziehung zum Essen?

Geschwisterbeziehung: Erstgeborene fühlen sich oft verantwortlich und ungerecht behandelt. Das mittlere Kind sorgt sich übersehen zu werden, möchte auffallen (vgl. Martina Hoanzl, 1997) und das jüngste Kind sieht sich gegenüber allen anderen im Nachteil, da es entwicklungs-technisch hinterher ist. Existieren Auffälligkeiten in der Geschwisterkonstellation?

Soziales Umfeld: Wie sehen typische Freundschaften und das Umfeld aus?

Bewegung: Wie steht die Beziehung zu Bewegung und welche Bedeutung hat sie?

Selbstwahrnehmung: Gelingt es den Betroffenen, sich selbst gut wahrzunehmen? Innerlich oder äußerlich?

Ursache und Funktion: Was sind ursprüngliche Hebel und potenzielle Krankheitsgewinne der BES?

Sexualität / Triebhaftes: Kann alternativ zum Essen eine Spannungsregulation auf sexueller Ebene zugelassen werden?

Sucht: Kann die BES als Esssucht deklariert werden? Gibt es Parallelen?

Aggression: Haben Betroffene Zugang zu ihren Aggressionen und wie gehen sie damit um?

7 Ergebnisse

7.1 Bedeutung und Leidensdruck

Die meistgegebenen Antworten auf die Frage, warum Betroffene Therapeut*innen aufsuchen, waren: „Weil sie einerseits unter ihrem Gewicht leiden und andererseits aber auch Angst vor den gesundheitlichen Folgen haben“ und „sie haben es satt, stigmatisiert zu werden“ (PTin 1).

7.1.1 Stigmatisierung sowie Angst vor körperlicher Erkrankung

Betroffene fühlen sich nicht ernst genommen und auf ihr Gewicht reduziert. Auch innerhalb ärztlicher Behandlungsgespräche: „Es gibt einige Mediziner, die anscheinend sehr unsensibel mit diesem Thema umgehen und das auch sehr kränkend und verletzend“ (PTin 3). Sie „werden halt belächelt und sie bekommen von der Außenwelt ganz schlimme Kommentare. Das tut mir selbst weh, was da gesagt wird“ (PTin 5).

Der Alltag wird durch die Gewichtszunahme erschwert und als herausfordernd beschrieben. Sie beschreiben, „dass es mühsam ist, aufzustehen und Sport zu machen. Einfach körperlich anstrengend.“ (PTin 4). Stigmatisierung und Mobbing beschränken sich nicht nur auf einen Lebensbereich: „Benachteiligungen am Arbeitsplatz, blöde Blicke auf der Straße, Kommentare in der Familie, also eine große Brandbreite“ (PTin 4).

7.1.2 Scham

Schamgefühle und Ekel vor sich selbst werden dem Kontrollverlust sowie der gescheiterten Gewichtsreduktion zugeschrieben. Betroffene sind „enttäuscht von sich selbst“, sie fänden „das ekelhaft“ und fühlen „sich schuldig“ (PTin 4). Die Personen erleben sich stets scheiternd, weil sie ihre realitätsfernen Standards, in kurzer Zeit viel abzunehmen, nicht erreichen.

7.1.3 Fremde Bedürfnisse

BES-Erkrankten fällt es schwer ihre Empfindungen wahrzunehmen. Der erste Schritt im therapeutischen Prozess sei es „zu erfahren, dass es Gefühle gibt, dass die in Ordnung sind und nicht nur Harmonie“ (PTin 2) Platz haben darf.

Beim Bingen handelt sich um ein automatisiertes Verhalten. Das Symptom des Bingens wird primär als erleichternd, triebhaft und befriedigend beschrieben. Erst danach setzen Scham, Ekel und Schuldgefühle ein.

7.2 Kindheit und Jugend

Die Expert*innen berichten, dass Betroffene bereits in der Kindheit hoch sensibel sind und als „Mimose“ oder „Sensibelchen“ (PTin 3) bezeichnet werden. Es bestehen Abgrenzungs- sowie Emotionsregulationsdefizite, weshalb der Harmonie zuliebe Konflikte vermieden werden und Nahrung zum Trostspender wird. Ihre Empathie macht sie beziehungsfähig und hilfsbereit. Bereits im jungen Alter „muten sich ja auch oft alles zu. Das sind oft Menschen, die nicht wirklich Nein oder Stopp sagen können“ (PTin 3).

7.2.1 Essen als Trost

Bereits bei Kleinkindern wird Essen zur Emotionsregulierung genutzt. Der „Kummerspeck“ (PTin 1) wird missverstanden und als Faulheit deklariert. Es folgen strenge Diäten und kleinliche Bemerkungen, Mobbing und Stigmatisierungen werden internalisiert. Sie lernen mit anderen Fähigkeiten zu punkten: Humor, Aufopferung und Feinfühligkeit werden kompensierende Eigenschaften. Sie arrangieren sich selbstständig mit den eigenen Gefühlen. Die Sehnsucht, Aufmerksamkeit und Hilfe zu bekommen, wird sich selbst, dem niedrigen Selbstwert geschuldet, nicht zugestanden: Sie opfern sich auf und werden schnell ausgenutzt. Ein „schirches“ Gefühl, dass sie erst in der Therapie spüren (vgl. PTin 5).

7.3 Elternhaus

In den betroffenen Familien sind Gewichtsprobleme jeglicher Art, strenge Diäten, ungesunde Lebensstile und Essstörungen oft bereits Thema. Aufgrund der eigenen Überforderung mit Gefühlen, kann auf die Emotionalität des Nachwuchses nicht eingegangen werden. So kann es passieren, dass dieser als überempfindlich und hysterisch bezeichnet wird. Eltern nehmen das zugrunde liegende Problem nicht wahr, sondern handeln symptomorientiert. Auch wenn Erziehungsberechtigte alle anderen relevanten Notwendigkeiten des Lebens erfüllen, braucht es emotionale Zuneigung. „Bei den meisten liegt es vermutlich wirklich daran, dass sie sich nicht besser kümmern können, da sie es einfach nicht können. Ich erlebe schon, dass sie ernsthaft besorgt um ihre Kinder sind und diese wirklich sehr gerne haben und lieben, aber einfach selbst mit der Situation überfordert sind“ (PTin 4). Es werden transgenerationale Konflikte in der Geschichte der Eltern vermutet.

Bei Müttern von BES Patient*innen besteht eine ambivalente Beziehung zu Nahrung und wird oft restriktiv konsumiert. Essen in Verbindung mit der Figur sind stets Gesprächsthema. „Wenn eine Mutter dauernd sagt, ich muss abnehmen und das Kleid passt mir nicht, und wie schau ich aus und ich muss eine Größe weniger haben und beim Essen dann auch, nein, ich esse nur das Gemüse, ich esse gar nicht. Dann werden die Töchter komplett verunsichert und kriegen kein Gefühl, dass der Körper in Ordnung ist“ (PTin 2). Insbesondere, wenn es an einer ausgleichenden Person (z.B.: Vater) mangelt. Insofern es der Person gelingt, der Tochter dahingehend ein gutes Gefühl zu geben, so habe dies einen

kompensierenden Effekt. Mütter übernehmen oft bis ins hohe Alter zu viele Aufgaben. Bei Elterngesprächen berichten sie von ihrem eigenen Leidensdruck, sodass es nur schwer gelingt, den Leistungsdruck des Kindes in den Vordergrund zu stellen. Die Schwierigkeiten mit dem Kind werden betont und die eigene Überforderung diesem zugeschrieben: „Die bekommen ja ganz schnell ein schlechtes Gewissen“ (PTin 2). Das Phänomen kann über mehrere Generationen zurückgeführt werden.

Bemerkungen über das Gewicht sind verletzend und schädlich: „Es tut nur weh, verletzt in einer Tour und bringt ihnen nichts“ (PTin 5). Betroffene sind wehrlos, da die eigenen Gefühle schwer greifbar sind.

7.3.1 Esskultur

Die Bedeutung von Essen geht über die Nahrungsaufnahme hinaus. Insbesondere die ständige Zugänglichkeit birgt neue, gesellschaftliche Herausforderungen. Es besteht die Vermutung, „dass wir das nicht gewohnt sind, immer was zu essen zu haben und dass der Mensch jetzt herausgefordert ist. [...] Nachdem wir inzwischen immer volle Kühlschränke haben, ist das Bingen eine ganz effiziente, ökonomische Handlung. Es ist langfristig keine gute Lösung, aber für den Moment ist es effizient“ (PTin 3).

Dabei ist der Wunsch abzunehmen immer präsent. Strenge Diäten sind kurzfristig effektiv, kurz darauf wird erneut zum Binge-Eating gegriffen und das verlorene Gewicht wird wieder zugenommen. „Dann beginnt es von vorne, weil sich in der sozialen Situation und im Umfeld nichts verändert hat“ (PTin 2).

In vielen Familien wird selten gekocht, Fastfood bestellt und unachtsam vor dem Bildschirm konsumiert: „Wir ernähren uns nebenbei, zwischendurch, irgendwo. Wenn es eine gemeinsame Tischkultur gibt in Familien, ist das die Zeit, wo man wirklich zusammenkommt und wo dann ganz oft auch einfach die schwierigen Themen besprochen werden am Tisch. Das ist für den Genuss und für das Spüren, was ich brauche, wann ich eigentlich genug habe, auch nicht vorteilhaft“ (PTin 3). Es liegt nahe, dass die Essenaufnahme zur Konfliktbewältigung dient, da Essen eine tröstende Funktion einnimmt und stellvertretend Liebe gibt.

Statt auf eine adäquate Ernährung zu achten, werden kalorienreiche und zeitsparende Mahlzeiten verzehrt. Durch den frühen Schulstart in Österreich bleibt oft keine Zeit für ein befriedigendes Frühstück. Zwischen den Stunden gibt es höchstens eine kalte Jause, vorausgesetzt man bereitet diese vor: „ich meine, was soll ich da tun, da schiebe ich halt irgendetwas rein. Dann kommen sie gegen halb drei oder drei nachhause [...] Da kann ich nur im Notstand sein oder eben viel Blödsinn dazwischen essen“ (PTin 3).

7.3.2 Diätkultur

„Dieser Zwang – ich muss mich verändern, ich muss abnehmen – ist um ein Vielfaches höher als bei den Adipösen“ (PTin 2). Restriktive Diäten, gefolgt von „Cheatdays“, an denen Unmengen von Zucker

und Fett konsumiert werden, verstärken die BES. Die eigentlichen Bedürfnisse des Körpers werden nicht gestillt, sondern verlagert. Es komme darauf an, diese zu erkennen und ihnen nachzugehen.

7.4 Geschwister

Bei der Geschwisterkonstellation wurden keine signifikanten Faktoren gefunden. Betroffene fühlen sich wie das „Schwarze Schaf“ (PTin 4), aber auch für andere verantwortlich: „Ich bin dann aber doch die oder derjenige, die für das Wohlbefinden von Mama und Papa da sein muss, sich kümmern muss, das ist meine Verpflichtung“ (PTin 4).

7.5 Soziales Umfeld

Die Expert*innen beschreiben betroffene Personen als beziehungs- und anpassungsfähig, hilfsbereit und loyal. Insbesondere in Hinblick auf den Umgang mit anderen Personen werde dies deutlich: „Da erlebe ich, dass sie viel Nähe empfinden können. Wenn es um sich selbst geht, sich selbst erfüllen und sich selbst anvertrauen, da wird es ein bisschen schwieriger“ (PTin 4). Der Wunsch, zurückzubekommen, was sie geben, wird nicht kommuniziert und bleibt unerfüllt. Sie werden „traurig bis grantig, dass ihr Gegenüber diese Sensibilität nicht hat und nicht riecht, was sie jetzt brauchen“ (PTin 1). Die Trauer und Wut werden zugunsten eines fiktiven harmonischen Miteinanders verdrängt.

Durch das in den Medien präsente Schönheitsideal steigt der gesellschaftliche Druck. Betroffene werden mit abschätzigen Kommentaren bis hin zu massiven Entwertungen wie „fette Sau – du fetter Arsch“ (PTin 2) konfrontiert. Mobbing gehört zum Alltag. Es kommt früh zu Kosenamen wie „Dickerchen“ (PTin 2), die stigmatisierend wirken. Die dabei transportierte Nachricht: „ich passe nicht“ (PTin 2). Aufgrund dieser Verletzungen wird davon ausgegangen, dass Betroffene ausgeprägte Anteile in sich tragen, die Reinszenierungen alter Beziehungsmuster unterstützen.

7.5.1 Humor

Personen mit einer BES wird eine humorvolle Seite zugeschrieben. Einerseits bekommen witzige Personen einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert, andererseits kann Humor auch als Abwehrmechanismus verstanden werden. Sie können sich mit Humor fiktiv schützen und Beleidigungen vorwegnehmen (vgl. PTin 1).

7.6 Bewegung

Bewegung wird von den Betroffenen primär mit Abnehmen assoziiert und hat den Zweck, die zuvor konsumierten Kalorien zu verbrennen. Sobald jedoch Übergewicht besteht, wird Sport zur Herausforderung. Gelenke und Knochen sind stets überbelastet. Auch werden Übergewichtige nicht selten bei

sportlicher Aktivität verspottet. „Wenn Sport abnehmen heißt und ich dann Sport mache und nicht abnehme, heißt es ich habe versagt. Weg von dem Gedanken und eher zu denken, ok, was für einen Sport mache ich gerne.“ (PTin 4).

7.7 *Selbstwahrnehmung*

Bedürfnisse wahrzunehmen, zu benennen und ihnen nachzugehen, misslingt. Sie orientieren sich nach außen und vergleichen sich mit anderen: Schönheitsideale im Freundeskreis oder Medien werden zum eigenen Begehren. Dem nicht zu entsprechen, senkt das Selbstbewusstsein. Es folgen strafende Introjekte: „ich bin nicht lebenswert, ich bin schlecht oder ich habe es nicht verdient, geliebt zu werden“ (PTin 4). Es kommt zum inneren Kampf und der eigene Körper wird zum Feind (vgl. PTin 3).

7.8 *Ursache und Funktion*

7.8.1 *Funktion*

Das Bingen gilt der Emotionsregulation und betäubt Bedürfnisse, Frustrationen, Ärger und „die Angst vorm Verlassen werden“ (PTin 2). Das Bingen wird als ein befriedigender Moment ohne Gedankenkreisen empfunden, wobei die Konsequenzen in Kauf genommen werden. Denn die massiven Magenschmerzen lenken auch ab. Es scheint das Narrativ zu bestehen, lieber seinen Körper zu belasten, als an Beziehungen zu arbeiten.

7.9 *Sexualität*

Personen mit einer BES besitzen eine ausgeprägte, jedoch schambesetzte Sexualität. Sie wird ausgelebt, insofern sie wahrgenommen werden kann. Sexuelle Befriedigung soll erfolgen, ohne die Begierden artikulieren zu müssen. Dabei werden sie oft enttäuscht und angespannt. Da das Bingen als lustvoll und triebhaft empfunden wird, kann hier eine orale Befriedigung ausgelebt werden.

7.10 *Sucht*

BES-Betroffene berichten während sowie kurz vor dem verselbstständigten Bingen von einem High-Erlebnis, einer Art Trancezustand, der glücklich macht und Probleme betäubt. Zucker macht froh, aber auch abhängig. Bei anderen Süchten kann Abstinenz ein langfristiges Ziel sein, bei Essen nicht: „Das hat sicher eine starke gesellschaftliche Komponente, da Essen einfach überall vorhanden ist und es oft billig ist und leicht zu haben ist“ (PTin 4). Entschlackungskuren verhindern keinen Rückfall.

7.11 Aggression

Es besteht eine unbewusste, innere Aggressionsanstauung. Sie wird zunächst geleugnet, auf sich selbst gerichtet und ist durch negative Selbstwahrnehmung, Unsicherheit, Depressionen und selbstverletzendes Verhalten, wie den Essattacken, gekennzeichnet. Aggression findet sich auch im oralen Bereich durch das Beißen und Zerkleinern von Nahrung wieder: Wenn ich Nahrung aufnehme, nehme ich die Umwelt und assimiliere [...] Und dieses Zerbeißen und Zerkleinern steht eigentlich dafür: was kann ich beißen, was kann ich schlucken und was passt nicht für mich, was muss ich noch kleiner machen, was muss ich ausspucken, was ist giftig und nicht verträglich. [...] Hat auch was Autoaggressives, weil es ja vom wirklichen Hunger weit weg geht und der emotionale Hunger nicht gestillt wird“ (PTin 4).

8 Individualpsychologische Betrachtung der Ergebnisse

1989 beschreibt Schmidt den Organdialekt: „ein früher körpersprachlicher Ausdruck für das dramatische innerpsychische Geschehen von nach dem Objekt ringenden Zärtlichkeitsbedürfnissen, Frustration bei seiner Zurückweisung, der Verschränkung von Aggression und Angst, Schuldgefühlen und Scham und dem Kampf männlicher und weiblicher Impulse in uns“ (Schmidt, 1989a, S. 185).

8.1 Ich spüre nichts, ich esse gerade!

Adler versteht den Menschen als ein anstrebendes Wesen, welches sich mit seiner Umgebung vergleicht. Die frühen negativen Erfahrungen mit dem Körper machen diesen zum Defizit und lassen ihn minderwertig fühlen (vgl. Kretschmer, 1995, S. 326). Das Minderwertigkeitsgefühl stört das Geltungsbewusstsein und sorgt für seelische Fehlhaltungen. Das Beißen und Lutschen verarbeitet aggressive Triebe und reguliert Emotionen. Insofern unzureichende Versorgung und desaströse Entwicklung bestehen, kommt es im höheren Alter zu oralen Fixierungen (vgl. Schade, 2006, S. 6).

8.2 Scham und Schuld

Autonomie und Scham werden der analen Phase zugeschrieben. Hier erlernt das Kind die Kontrolle über den Stuhlgang (vgl. Flammer, 1999, S. 86): Dabei kann das Loslassen ein Risiko darstellen, da es das Gefühl vermittelt, schutzlos den anderen ausgesetzt zu sein. "Dann möchte man [...] sein Gesicht verdecken. Das ist die Scham. Sie stellt sich ein, wenn die Loslösung zu früh erfolgt“ (ebd., S.86). Dabei ist es möglich, dass die Eltern enttäuschen und das Kind zweifelt. Hier geht es um das Loslassen, Wegnehmen, Abstoßen, Horten, das „Eliminieren und Zurückhalten“ (ebd., S. 86). Es scheint, als wäre in dieser Zeit die Ablösung bei BES-Betroffenen unpassend verlaufen. Es folgen Gedanken wie: „Wenn ich alleine eine Entscheidung treffe, habe ich das Gefühl, einen Fehler gemacht zu haben“ (ebd., S. 87).

Bei Essattacken und misslungenen Diäten berichten Betroffene von Schamgefühlen und sind enttäuscht, dass sie dem unrealistischen, vom Über-Ich bewerteten, Ideal-Ich nicht entsprechen (vgl. Hirsch, 2014).

Die Scham wird auch als Abhängigkeitsscham der unbewussten Trennungswünsche verstanden (vgl. Hirsch, 2014). Schamgefühle können aber auch als „Abwehr tiefer gelegener Triebkonflikte gesehen werden“ (Tiedemann, 2013, S. 23).

Schuldgefühle haben ihren Ursprung ein bis zwei Jahre später. Das Interesse zum gegengeschlechtlichen Elternteil in der ödipalen Phase und die Identifizierung sowie das Konkurrenzdenken mit dem anderen können innere Konflikte mit sich bringen. Mutter-Vater-Kind-Spiele werden nachgeahmt und Rollen eingenommen. Es geht um das Nach-machen (vgl. Flammer, 1999, S. 87).

Sobald Konflikte nicht ausreichend verarbeitet werden, folgen Schuldgefühle, die anhand eines Geltungsstrebens gestillt werden sollen. „Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich mich wohl fühle“ (vgl. Ochse & Plug, 1986). Um gegen ein Schuldempfinden anzukämpfen, wird etwas geleistet. Schuldgefühle senken die Selbsttoleranz, machen andere zur Priorität, wodurch es zu grenzüberschreitenden Situationen kommen kann.

Trotz der Schuldgefühle besteht keine reale Schuld. Das Schuldempfinden ist selbstdestruktiv, ein „Widerstand gegen die Behandlung“ (Hirsch, 2014, S. 70) und eine Abwehr von Wut und Aggression, um bei den Bezugspersonen bleiben zu können. Uneingestandene Schuld der Eltern bildet „im Selbst des Kindes ein Introjekt“ (ebd., S. 307), welches sie verantwortlich fühlen lässt. Potenzielle Überforderungen der Eltern bringen Schuldgefühle hervor, die dem Kind mitgegeben werden.

8.3 Gleichgewicht der Liebe

Das emotional feinfühliges Wechselspiel der Mutter-Kind-Beziehung lehrt Emotionsregulation (vgl. Stern, 2007, S. 112). Adlers Erziehungsrichtlinien sind: Ein Gleichgewicht der Liebe zu sich selbst mitzugeben, die Zärtlichkeit seiner eigenen Geltung und die Zuneigung bzw. die Wertigkeit der Gesellschaft zu fordern. Dadurch können die eigenen Bedürfnisse und die der Umgebung adäquat wahrgenommen und verarbeitet werden (vgl. Brunner, 1995, S. 123). Bei Personen mit einer BES scheint die Bewahrung des Gleichgewichts misslungen. Wenn die eigene Emotionsregulation mangelhaft ist, folgt die transgenerationale Wiedergabe unbewusster Muster und Defizite.

8.3.1 Liebe geht durch den Magen

Essen übernimmt vorübergehend die Bedeutung von Liebe und Zärtlichkeit. Vorübergehend, da es nicht ersetzbar ist: „Eine verlässliche und sorgende Mutter wird positiven Einfluss auf die Entwicklung des Urvertrauens haben, alles andere erschwert die Aussöhnung des Konflikts zwischen Autonomie

und Scham“ (Flammer, 1999, S. 98). Wenn das Kind die Eltern überfordert wahrnimmt, wird es sich selbst als Zumutung sehen, um die idealisierte Wahrnehmung der Eltern nicht zu gefährden und versorgt sich selbst mit Essen bzw. Liebe, um die Eltern zu entlasten.

8.4 *Dein Wunsch ist meiner*

Es besteht eine tiefe Sorge, bei Äußerungen der eigenen Wünsche als Zumutung wahrgenommen zu werden und eine Ablehnung nicht zu ertragen. Es kommt zu enormen Bemühungen, das Gegenüber von sich zu überzeugen. Um an der Zufriedenheit der anderen teilhaben zu können, widmen sie sich primär deren Bedürfnissen (vgl. Eife, 2016, S. 99), begeben sich damit jedoch stets in grenzüberschreitende Situationen. Größere Kränkungen oder Konflikte werden nicht ausgetragen, da sie sich in ihrem Minderwertigkeitsgefühl bestätigt fühlen.

8.4.1 *Ich kann das (besser)*

Bei narzisstischen Tendenzen kann ein ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl vermutet werden (vgl. Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1995, S. 345). Eine romantisierte Wahrnehmung der Eltern sorgt für eine Hemmung der Entfaltung des Selbst. Kompensiert wird diese anhand narzisstischer Persönlichkeitsanteile, die sich über die Einschätzungsfähigkeit anderer Personen stellen und sich gleichzeitig minderwertig fühlen. Schuldgefühle sind weitere Indikatoren narzisstischer Anteile. Fehler von Anderen oder negativ empfundene Emotionen ihnen gegenüber werden anderen nicht zugemutet. BES-Erkrankte gehen davon aus, dass die Verantwortung, insbesondere in der emotionalen Arbeit, bei ihnen liegt. Sie sehen sich als Zumutung und muten anderen wenig zu.

8.5 *Weglachen*

„Als ein besonderer (Lebens-)Stil der integrierenden Kraft des Gemüts versucht der H[umor] den mutigen Ausgleich im Spannungsfeld ungleicher, gegensätzlicher, auch sinnwidriger Lebensbedingungen zu erreichen, wobei die konstruktive Aggression, der kämpferische Geist des H.s vornehmlich in seinem Witz in Erscheinung tritt“ (Hellgardt, 1995, S. 234). Humor ist somit ein ausgezeichnete Abwehrmechanismus (vgl. Mentzos, 2009/2017, S. 48). Mit ihm kann es gelingen, eigene seelische Schmerzen anzudeuten, ohne sich oder jemand anderes zu verletzen.

8.6 *Wozu das alles?*

Das Bingen gilt der Emotionsregulation und erschwert die Selbstwahrnehmung. Potenzielle Funktionen der Hochsensibilität und Hilfsbereitschaft:

1. (Über-)Kompensation, um dem Gegenüber, gefühlt, auf Augenhöhe zu begegnen und Beziehungen, trotz des niedrigen Selbstwerts, gerecht zu werden. Im Sinne des Gemeinschaftsgefühls gilt es, sozial nützlich sein zu können.
2. Der Wunsch, selbst versorgt und bemuttert zu werden. Sie machen vor, was sie gerne bekommen würden. Da es nicht artikuliert wird, bleibt dieser Wunsch meist unerfüllt.
3. Das Übergewicht zeigt, dass Betroffene die Leichtigkeit im Leben vermissen. Das Leid wird unbewusst körperlich ausgedrückt und gibt Einblick in das Innenleben.
4. Eine unbeliebte Erklärung ist, dass Betroffene unbewusst nicht begehrenswert sein möchten. Da es bereits schmerzhaft Erfahrungen gab, sollen Andere ferngehalten werden. Unbeliebt deshalb, da die Schönheit eines Körpers immer subjektiv ist. Dabei müssen das sich stets verändernde gesellschaftliche Schönheitsideal berücksichtigt und eine gesellschaftskritische Haltung bewahrt werden.

8.6.1 Dolmetscher für die Psyche

Die Kosten für Psychotherapie in Österreich werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt allenfalls teilrefundiert und Kassenplätze sind stark limitiert. Besuche für somatische Krankheiten bei Wahlärzt*innen werden von der Krankenversicherung übernommen. Aus Sicht der Zweckursache, der Causa finalis, kann psychisches Leid somatisch sichtbarer und greifbarer werden. Emotionen „aus einer ursprünglichen und daher nicht in Worte fassbaren und erinnerbaren Lebenszeit“ (Sindelar, 2011, S. 311) finden bei mangelnder Symbolisierungsfähigkeit ihren Ausdruck (vgl. Mentzos, 2010). Der Organdialekt ermöglicht „Mitteilungen an die Umwelt zu richten, ohne dass deren eigentliche Bedeutung dem Absender bewusst“ wird (Lamer, 1984, S. 157) und reduziert den inneren Leidensdruck.

8.7 Sport heißt spüren

Bewegung verbessert die Beziehung zum eigenen Körper. Dies wird unbewusst abgelehnt, da eine vermehrte Körperwahrnehmung auch die Bedürfnisse klarer werden lassen würde. Sport führt zu einer geteilten Körperlichkeit und zu verstärkter Intimität mit sich selbst und anderen. Die eigenen Grenzen werden psychisch sowie körperlich klarer. In solchen Situationen könnte man ein „Gemeinschaftsgefühl für sich selbst“ (Geißler, 2017, S. 51) entwickeln. Es besteht eine ambivalente innere Haltung, da die Essstörung dies bisher vermieden hat.

8.8 Ich mach es selbst - Fallvignette

Erotische Verhalten ist eine Ausformung des individuellen Lebensstils (Heisterkamp, 1995, S. 449): Um die Sexualität verständlicher machen zu können, wird Einblick in eine therapeutische Einheit mit einer Patientin gegeben, die die Verfasserin dieses Textes aufgrund ihrer BES konsultiert hatte:

Wir befanden uns bei der Bearbeitung der Schwierigkeit ihre Sexualität in ihrer Beziehung zur Gänze auszuleben. Es fiel ihr schwer, ihrem Partner ihre Wünsche mitzuteilen, gleichzeitig ärgerte es sie, wenn dieser nur seine eigenen befriedigte. Nach dem Geschlechtsverkehr wartete sie, bis ihr Partner einschlief und begann sich selbst zu befriedigen. Eine Konfrontation kam für sie zunächst nicht in Frage, da sie ihn nicht kränken wollte. Aus Wut über die Umstände, fantasierte sie bei der Selbstbefriedigung, mit anderen Männern intim zu werden.

Die Patientin berichtete, dass sie bereits in frühen Kindheitsjahren begann sich jeden Abend selbst zu befriedigen, als Abendritual, um gut einschlafen zu können. Es schien wichtig gewesen zu sein, dass sie etwas Entspannendes für sich tat. Sie musste sich bereits früh selbst um die Befriedigung ihrer Bedürfnisse kümmern.

8.9 Ich bin wütend?

Aggression wird geleugnet, staut sich an und übernimmt die Kontrolle. Sie wird als Trieb zur Bekämpfung von Befriedigungen der Sinnes- und Sexualorgane, dem Ernährungstrakt und des Bewegungsapparates (vgl. Rogner, 1995, S. 16) bezeichnet. Da in unserer Kultur den Trieben nicht impulsiv nachgegangen wird, folgen die Triebhemmung und eine Verschiebung des ursprünglichen Triebzieles. Verschränkungen von Sexual- sowie Aggressionstrieben finden sich im Sadismus und im Masochismus (vgl. ebd., S. 17). Der Mensch will aus der Organminderwertigkeit fliehen. Insofern das nicht gelingt wird Aggressionshemmung zur Autoaggression. Durch die „gewalttätige“ Zufuhr überschüssiger Nahrung wird das Bingen zur Selbstzerstörung.

8.10 Sucht

Sucht ist ein psychischer sowie körperlicher Zustand, der durch Reaktionen, die einen massiven Zwang beinhalten, charakterisiert ist. Ein inadäquater Konsum bietet den psychischen Effekt (vgl. Ullrich, 1995, S. 487). Der Begriff der Esssucht ist hier passend und die BES muss als solche behandelt werden.

9 Conclusio

Diese Form der Essstörung ist hartnäckig, sorgt für einen massiven Leidensdruck und erfordert professionelle Betreuung. Sie bringt degradierende Erfahrungen mit sich und hat mit Faulheit nichts zu tun. Die überhebliche Haltung unserer Gesellschaft sorgt für schwerere psychische Verletzungen, die wieder mit Essen getröstet werden müssen.

Die mangelnde Mentalisierungsfähigkeit der frühen Bezugspersonen verursacht somit Affektregulationsdefizite und eine fehlerhafte Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit. Mentalisierungsfördernde

Interventionen (vgl. Brockmann et al., 2022) können im therapeutischen Prozess helfen, die Symptomatik zu verringern und das Bingen in den Griff zu bekommen.

Aus der umfassenden Beschäftigung mit dem Thema dieser Forschungsarbeit greift die Autorin auf weiteres Wissen zurück, welches im vorliegenden Beitrag nicht ausführlich dargestellt werden kann und daher nun Erwähnung findet. In den folgenden Zeilen werden ergänzend informative schützende Faktoren für die Erziehungsberechtigten und für Psychotherapeut*innen in der Behandlung aufgelistet.

9.1 Elternhaus

- Eltern sollen die eigene Beziehung zu Essen überdenken. Abfällige Kommentare über den eigenen Körper oder Nahrungsgruppen müssen vermieden werden, da Kinder diese verinnerlichen.
- Konfliktreiche Themen sollten nicht am Esstisch, sondern separat besprochen werden.
- Die Aufforderung weniger zu essen verstärkt die BES. Es gilt edukativ mit dem Kind zu sprechen und eine adäquate Beziehung zu allen Nahrungsgruppen zu pflegen.
- Diskriminierende Kosenamen sind zu unterlassen, sie verstärken Minderwertigkeitsgefühle.
- Das Bingen ist das Symptom. Es gilt die ursprünglichen Gefühle zu erkunden, zu verbalisieren und das eigentliche Problem zu beseitigen.
- Wiederkehrende, strukturierte sowie gemeinsame nahrhafte Mahlzeiten sind essenziell.
- Fast Food sollte selten konsumiert, aber nicht tabuisiert werden, damit alle Nahrungsgruppen passend inkludiert werden können.
- Insofern kein ausreichendes Wissen über Nahrungsmittel besteht, können Diätolog*innen unterstützen. Restriktive Diäten sind zu unterlassen.
- Bewegung soll separat von Gewichtsreduktion lustvoll in den Alltag gebracht werden.
- Der Selbstwert muss gestärkt werden. Der Körper soll zum Freund, nicht zum Feind werden.

9.2 Psychotherapeut*innen

- Psychotherapeut*innen sind nicht von Vorurteilen bewahrt und benötigen eine ausreichende Auseinandersetzung mit ihrer Haltung und Abwehr.
- Die BES entsteht bereits in der Kindheit. Eine Bearbeitung fordert viel Zeit, Geduld und steht stark in Wechselwirkung mit dem Körper. Es gilt keine Crashdiät und keine Crashtherapie zu befürworten und jeden kleinen Fortschritt anzuerkennen.
- Betroffene müssen spüren, welche ursprünglichen Konflikte/Gefühle dem Essverhalten zugrunde liegen, damit sich das Verhalten in Beziehungen und im Essverhalten ändern kann.

- Sport muss vor Gewichtsreduktion getrennt betrachtet werden. Spaziergänge helfen dabei, ein Gefühl für den eigenen Körper zu entwickeln. Dabei braucht es Ermutigung und Geduld. Es soll Spaß machen, lustvoll und realistisch sein.
- Es braucht Unterstützung in der Entwicklung der inneren Achtsamkeitsfähigkeit, in der Flexibilität im Umgang mit Gefühlen, in zwischenmenschlichen Fertigkeiten, in der Stresstoleranz sowie in der Selbstakzeptanz.
- Aggressionen sollen bewusst gemacht und akzeptiert werden, ohne sich selbst oder anderen zu schaden.
- Die Rolle der Patient*innen in der Familie sowie in Freundschaften muss bekannt werden. Dabei soll die Autonomieentwicklung Priorität haben.
- Bei der psychosomatischen Krankheit kann ein multiprofessionelles Behandlungsteam unterstützend wirken.

Literatur

- Antoch, Robert (1995). Lebensaufgaben. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), Wörterbuch der Individualpsychologie, 2, (S. 279–281), München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Antoch, Robert (2006). Über das Selbstsein im Bezogensein. Übertragungsmomente im Adlers Konzept des „Lebensstils“. Zeitschrift für Individualpsychologie., 31(4).
- American Psychology Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5 (DSM-5). Arlington VA: American Psychiatric Press.
- Becker, Sandra (2015). Adipositas und Binge-Eating-Störung. In S. Herzpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2, (S. 268), Heidelberg: Springer.
- Boswell, Rebecca G., Potenza, Marc. N. & Grilo, Carlos M. (2021). The neurobiology of binge-eating disorder compared with obesity: implications for differential therapeutics. *Clinical therapeutics*, 43(1), 50–69. DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.10.014
- Brockmann, J., Kirsch, H., Taubner, S. (2022). Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Grundlagen, Anwendungen, Fallbeispiele. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bruch, Hilde (1973). Eating disorder: obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books.
- Brunner, Reinhard (1995). Erziehung. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), Wörterbuch der Individualpsychologie, 2, (S.122–125), München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brunner, Reinhard & Titze, M. (1995). Wörterbuch der Individualpsychologie. 2, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- de Zwaan, Martina & Mühlhans, Barbara (2015). Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung. In S. Herzpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas 2, (S. 21–26). Heidelberg: Springer.

- de Zwaan, Martina, & Svitek, Jana (2015). Pharmakotherapie der Essstörungen. In Herpertz, S, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2*, (S. 285–292), Heidelberg: Springer.
- Eife, Gisela (2016). *Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis. Das Konzept Alfred Adlers aus existentieller Perspektive*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.
- Elhardt, Siegfried (1998). *Tiefenpsychologie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.
- Fairburn C., Doll, H., Welch, S., Hay, O., Davies, B., & O'Connor, M. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community based, case control study. *Archives of general psychiatry.*, 55(5), 425–432. DOI: 10.1001/archpsyc.55.5.425
- Flammer, August (1996). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 2*, Göttingen: Huber.
- Flammer, August (1999). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 2*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Fonagy, Peter, Gergely, György, Jurist, Elliot L. & Target, Mary (2022). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, Anna (1952). The mutual influences in the development of ego and id: Introduction of the discussion. *The Psychoanalytic Study of the child*, 7, 42–50. Erhalten von: <https://doi.org/10.1080/00797308.1952.11823151>
- Freud, Sigmund (1969). *Studienausgabe. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse Und Neue Folge*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.
- Geißler, Peter & Rieken, Bernd (2017). *Der Körper in der Individualpsychologie. Theorie und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Geißler, Daniel (2017). Körperliche Aktivität in der individualpsychologischen Psychotherapie. Möglichkeiten für die Beziehung. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie*, 4(1), 48–68. Erhalten von: <https://doi.org/10.15136/2017.4.1.48-68>
- Geliebter, Allan, Yahay, Eric K., Gluck, Marci, & Hashim, Sami (2004). Gastric capacity, test meal intake, and appetitive hormones in binge eating disorder. *Physiology & behavior*, 81(5), 735–740. DOI: 10.1016/j.physbeh.2004.04.014
- Habermas, Tilmann (2015). Klassifikation und Diagnose. Eine historische Betrachtung. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2*, (S. 3–8) Heidelberg: Springer.
- Heisterkamp, Günter (1995). Sexualität. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie. 2*, (S. 449–456) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hellgardt, Hermann (1995). Humor. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie. 2*, (S. 234–236) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Herpertz, Stephan (2015). Adipositas und psychische Komorbidität. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2*, (S. 234–236) Heidelberg: Springer.
- Herpertz, Stephan & de Zwaan, Martina (2015). Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel, *Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2*, (S. 425–430) Heidelberg: Springer.

- Herpertz, Stephan, de Zwaan, Martina & Zipfel, Stephan (2015). Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2, Heidelberg: Springer.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232–237. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.089664
- Himmerich, Hubertus (2020). Medikamente zur Behandlung von Essstörungen, Adipositas und Kachexie. Wege aus der Sucht: Abhängigkeit erkennen - behandeln - bewältigen. *Grüner Kreis*, 115, 8–9.
- Hirsch, Mathias (2014). Schuld und Schuldgefühle. Zur Psychoanalyse vom Trauma und Introjekt. 6, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoanzl, Martina (1997). Über die Bedeutung der Geschwisterkonstellation. Vom Aschenbrödelkind oder "Alle sind etwas Besonderes, nur ich nicht". *Zeitschrift für Individualpsychologie*. 22. Jahrgang, 220–231.
- Jacobi, Corinna & Fittig, Eike (2015). Psychosoziale Risikofaktoren. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2, (S. 119–132) Heidelberg: Springer.
- Kretschmer, Wolfgang (1995). Minderwertigkeitsgefühl. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2, (S. 326–328) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kriz, Jürgen (2001). *Grundkonzept der Psychotherapie*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Lamer, Jürgen (1984). Psychosomatik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 9, 153–165.
- Lehmkuhl, Gerd & Lehmkuhl, Ulrike (1995). Narzißmus. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2, (S. 345–348) München: Ernst Reinhardt.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mentzos, Stavros (2009/2010). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. 4, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, Stavros (2009/2017). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. 8, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ochse, R., & Plug, C. (1986). Cross-cultural investigation of the validity of Erikson's theory of personal development. *Journal of Personality and Social Psychology* (50), 1240–1252. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.6.1240>
- Pietrowsky, Reinhard (2015). Hunger und Sättigung. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2, (S. 175–182) Heidelberg: Springer.
- Rattner, Josef (1977). *Psychosomatische Medizin heute. Seelische Ursachen körperlicher Erkrankungen*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Rieken, Bernd, Sindelar, Brigitte, & Stephenson, Thomas (2011). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis: Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft*. Wien: Springer.
- Rogner, Josef (1995). Aggression. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2, (S. 16–21) München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Santel, Stephanie, Baving, Lioba, & Krauel, Kerstin (2006). Hunger und satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures. *Brain Res*, 111, 138–148. DOI: 10.1016/j.brain-res.2006.07.045
- Schade, Eva (2006). Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach Sigmund Freud. München: GRIN Verlag.
- Schmidt, Rainer (1982/1989a). Die Individualpsychologie Alfred Adlers. Ein Lehrbuch. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Schweiger, Ulrich (2015). Diagnostik von Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2, (S. 158–164) Heidelberg: Springer.
- Simon, Joe & Friederich, Hans-Christoph (2015). Belohnungssystem bei Essstörungen und Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2, (S. 191–196) Heidelberg: Springer.
- Sindelar, Brigitte (2011). Psychosomatik. In B. Rieken, B. Sindelar, & T. Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie*. (S. 307–314) Wien: Springer Verlag.
- Sorensen, Lone, Moller, Per, & Flint, A. (2003). Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: a review on studies on humans. *International Journal of Obesity*, 26, 1152–1166. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802391
- Stern, Daniel (2007). Die Lebenserfahrung des Säugling. 9, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tanofsky-Kraff, Marian, Bulik, Cynthia M., Marcus, Marsha D., Striegel, Ruth H., Wilfley, Denise E., Wonderlich, Stephen, & Hudson, James (2013). Binge eating disorder: the next generation of research. *The International journal of eating disorder*, 46(3), 193 – 207. DOI: 10.1002/eat.22089
- Tanofsky-Kraff, Marian, Haynos, Ann, Kotler, Lisa, Yanovski, Susan, & Yanovski, Jack (2007). Laboratory-Based Studies of Eating among Children and Adolescents. *Curr Nur Food Sci*, 3(1), 55–74. DOI: 10.2174/1573401310703010055
- Tiedemann, Jens (2013). *Scham, 7, Gießen: Psychosozial-Verlag.*
- Ullrich, Gerhard (1995). Sucht. In R. Brunner, & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2, (S. 486–489) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Warschburger, Petra & Petermann, Franz (2008). *Adipositas*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Weber, Gisela (2000). *Lebensstil und Kontrolle. Psychoanalyse im Dialog*. Bern: Peter Lang.
- Wilfley, Denise, Welch, Robinson, & Stein, Richard (2002). A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Overweight Individuals With Binge-Eating Disorder. *American Medical Association*, 59(8), 713–721. DOI:
- Wolf, Anna Maria (2015). Adipositaschirurgische Therapieoptionen. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2, (S. 551–558) Heidelberg: Springer.

Internetquellen:

- WHO (2020): <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [Stand: 28.4.2020, 09:14]

Autorin

Mag.^a Jasmin Ghazanfari

Marxergasse 25a/EG

1030 Wien

Tel: +43 (0)677 63 81 84 13

E-Mail: ghazanfari.psychotherapie@gmail.com

Jasmin Ghazanfari war Studierende der Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud Privatuniversität und ist Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision. Sie befindet sich im Fachspezifikum der Individualpsychologie und ist in freier Praxis tätig (Marxergasse 25, 1030 Wien).