

Interview mit Frau Dr. med. Bettina Isenschmid, Chefärztin KEA, Spital Zofingen AG

(Dieses Interview diente einer Diplomarbeit zum Thema Bulimia nervosa)

1. Könnten Sie mir einen kurzen Lebenslauf von Ihnen geben?

Geb. 1962, geschieden, 2 Kinder (13 und 11 J.)
Gymnasium und Medizinstudium in Bern, Promotion zum Dr. med.
2jähriges Nachdiplomstudium zum Master of Medical Education
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, speziell Psychosomatik APPM
Seit 8 Jahren Leitung der Sprechstunde für Ess-Störungen, Inselspital Bern, Psychiatrische Poliklinik, Lektorin für Psychosoziale Medizin und Psychosomatik der Uni Bern

2. Ist Bulimie hauptsächlich eine Frauen – Krankheit? Warum?

Bulimie kommt zu 80-90% bei Frauen vor, da die krankmachenden Faktoren (s.u.) dort stärker wirksam sind. Männer und Knaben sind jedoch immer häufiger betroffen, v.a. aus Familien, wo schon Ess-Störungen vorkommen und in Risikosportarten (Turnen, Rudern, Kampfsportarten, Hoch- und Skisprung, Langstreckenlauf, Jockeys).

3. Wo sehen Sie die Ursachen für Bulimie?

3 Ursachenbereiche sind: biologisch-genetische Ursachen (Störungen von Hunger- und Sättigungsgefühl, Störungen der Energieauswertung mit Risiko zur Gewichtszunahme, angeborene Fettzellen), psychologische Ursachen („anger-in“-Verhalten, niedriges Selbstwertgefühl, mangelnde Stresstoleranz, dichotomes Denken, Identität v.a. aussengesteuert), sozial-gesellschaftliche Ursachen (untergewichtiges Schönheitsideal, Rollenkonflikte, belastende Lebensereignisse z.B. Beziehungsverluste, Sex. Und gewalttätige Übergriffe).

4. In wie fern spielt die Gesellschaft eine Rolle? Das heutige Frauenbild?

Siehe oben: Das heutige Rollenideal der Frau verlangt ganz widersprüchliche Qualitäten, einerseits überschlanke, durchtrainiert, sexuell attraktiv mit mehr Kurven und Rundungen, durchsetzungsfähig im Beruf, nachgiebig in Beziehungen und als Mutter – also eigentlich nicht zu leisten!

Die Bulimie spiegelt das metaphorisch wieder: Angepasste Konsumentin, die alles isst, was beworben wird, angepasste Kindfrau, die trotzdem das überschlanke Ideal verkörpern kann.

5. Welche Voraussetzungen braucht es, damit Bulimie auftritt?

Es braucht eine Kombination all dieser Faktoren, dazu eine auslösende Situation, z.B. eine Freundin, die durch Erbrechen abgenommen hat und so attraktiv wurde, die Vorstellung, mit einer schlanken Figur alle Probleme lösen zu können (auch diejenigen, die mit dem Essen gar nichts zu tun haben), ein Beziehungsverlust (Trennung Eltern, Krach zuhause, Freund zieht weg) oder eine Frustration (schlechte Noten, kein Erfolg im Freundeskreis etc.), welche das Verhalten als erstrebenswert erscheinen lässt.

6. Was kann die Familie zur Prävention beitragen?

Deutlich machen, dass der Mensch nicht nur aus einer äusseren Hülle besteht. Nicht mit Essen oder Essenszug strafen oder belohnen, zu den eigenen Gefühlen (auch Ärger, Wut und Unzufriedenheit) stehen dürfen und sie nicht „herunterschlucken“. Autonomie befürworten und fördern, damit die Autonomie sich nicht in den Körper (ich esse nichts) zurückziehen muss. Gesunde, selbstverantwortliche Ernährung von Kindesbeinen an als Selbstverständlichkeit im familiären Alltag gewöhnen.

7. Wie sind die Reaktionen der Verwandten auf die Bulimie der Betroffenen?

Meist erschrocken und ratlos zu Beginn, Versuche mit Strafen und Zwang, die Störung zu beheben, später verständnisvoller, mitunter verdrängend, resignierend, Wunsch zu helfen trotz

Ratlosigkeit. Nötig ist das Eingestehen der eigenen Ohnmacht, ohne die Betroffene zu verstossen oder zu verurteilen.

8. Wann treten die Fressattacken auf?

Häufig in emotional überfordernden Situationen (Wut, Ärger, Angst, Hilflosigkeit, Freude), dazu in Situationen, in denen die Betroffene essen muss, obwohl sie nicht möchte. Gewisse Nahrungsmittel sind wie Trigger für die Attacke (Schokolade, Brot u.ä.), dann kann die Betroffene trotz anfänglichen Bemühungen nicht mehr aufhören.

9. Wie sind die Gefühle einer/ eines Betroffenen im Allgemeinen? Nach einer Fressattacke?

Allgemein schämen sich die Betroffenen sehr, v.a. für das Erbrechen. Sie erleben sich als undiszipliniert, verachtenswert, schmutzig und abstossend. Glauben, niemand könnte sie so lieb haben oder akzeptieren, verbergen sich und verdrängen das Geschehene bis zum nächsten Anfall.

10. Welche Therapien werden angewandt?

Einzel und in Gruppen.

Kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie, spezialisierte Ernährungsberatung, Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie, kurzanalytische Konfliktbearbeitung, körpermedizinische-somatische Therapie.

11. Wie wichtig ist das Vertrauen in einer Therapie?

Vertrauen ist das A und O in einer Therapie, die Betroffenen sind u.a. meist erkrankt, weil ihr Vertrauen in Beziehungen und in ihre eigene Wirksamkeit enttäuscht wurde. Zum Vertrauen gehört auch unbedingte Transparenz, also z.B. nicht Gewicht vorzutäuschen oder Kalorien unterjubeln zu wollen.

12. Wie gut sind die Heilungschancen?

Ca. ein Drittel erholt sich weitgehend, v.a. wenn die Erkrankungsdauer 1 Jahr nicht übersteigt, ein Drittel bessert sich etwas zu 50%, ein Drittel stagniert oder wird schlechter, 10% Todesfälle.

13. Gibt es irgendwelche Langzeitschäden?

Je länger die Störung andauert, desto gravierender sind die körperlichen Schädigungen: Langzeitschäden sind v.a. Osteoporose, eingeschränkte Fruchtbarkeit, Zahnschädigungen, Schädigungen des Herzmuskels und der Niere.

Auch sozial kann jemand mehr und mehr ausgegliedert werden, Arbeit und Wohnung verlieren, delinquent werden um Nahrung zu beschaffen (Diebstahl, Prostitution), Beziehungen (Eltern, Freunde, Partner) gehen kaputt.