

1 Beschreibung des Krankheitsbildes

Der Soziologe Aaron Antonovsky hat Mitte des letzten Jahrhunderts untersucht, was Menschen brauchen, um dauerhaft gesund und stabil zu bleiben. Ein wesentliches Ergebnis dabei war, dass das Fundament der Gesundheit eines Menschen die Erfahrung von Stimmigkeit (Kohärenz) ist. Dieses Gefühl stellt sich immer dann ein, wenn wir die Ereignisse unseres Lebens verstehen können, wenn wir den Sinn darin sehen und wenn wir das Gefühl haben, die Herausforderungen unseres Lebens gut meistern zu können.

In Bezug auf die vorliegende Erkrankung bedeutet dies, dass wir diese Krise dann am besten bewältigen können, wenn die drei folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Wir verstehen, wie wir in die momentane Situation gekommen sind und was gerade mit uns passiert.
- Wir sehen den Sinn in dieser Situation.
- Der Weg aus der Krise erscheint uns machbar und wir kennen die Ressourcen, die uns auf diesem Weg zur Verfügung stehen.

Wir werden all diese Voraussetzungen im Laufe des Buches näher betrachten und wir beginnen in diesem ersten Kapitel mit dem Verstehen der vorliegenden Erkrankung. Dafür habe ich die wesentlichsten Erkenntnisse aus den bisher erschienenen Veröffentlichungen zum Thema Magersucht zusammengefasst und mit meinen eigenen Erfahrungen verbunden. Ich hoffe, dass Sie so einen ersten Überblick über die Themen erhalten, die sich im Rahmen dieser Erkrankung stellen.

Auch wenn das Potenzial, das hinter der Erkrankung steht, in diesem ersten Kapitel des Buches noch wenig sichtbar wird, ist es dennoch eine wichtige Ausgangsbasis für alle weiteren Überlegungen.

Diagnosekriterien und mögliche Folgen der Erkrankung

Zunächst sehen wir uns an, wann die Diagnose Magersucht nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) gestellt wird und welche Folgen sich aus der Erkrankung ergeben können.

Das entscheidende Diagnosekriterium ist in erster Linie ein absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust.⁵ Bei 15 Prozent unter dem für das Alter und die Körpergröße zu erwartenden Gewicht besteht der Verdacht auf Magersucht. Als lebensbedrohlich gilt ein Gewichtsverlust von 40 Prozent. Dabei leiden die Betroffenen unter einer ausgeprägten Körper-Schema-Störung – einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers als »zu dick« – obwohl sie bereits an (extremem) Untergewicht leiden. Als weiteres diagnostisches Kriterium nennt die ICD-10 eine umfassende endokrine Störung, die sich bei Frauen als Amenorrhö (Ausbleiben der Regelblutung), bei Männern als Interessenverlust an der Sexualität und als Potenzverlust zeigt. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der Pubertätsentwicklung meist verzögert. Zu den Symptomen gehören weiterhin eine sehr eingeschränkte Nahrungsmittelauswahl und übertriebene körperliche Aktivitäten.

Die ICD-10 unterscheidet zwischen einer Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (asketischer/restriktiver/passiver Typ) und einer Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (aktiver/bulimischer Typ). Bei der ersten Form wird die Gewichtsabnahme durch Fasten und übermäßige körperliche Betätigung herbeigeführt. Die Betroffenen halten ihr Fasten durch und es kommt nicht zu zwischenzeitigen Essanfällen. Bei der aktiven Form dagegen werden die Hungerperioden durch vereinzelte Essanfälle unterbrochen.⁶ Um die Nahrung anschließend möglichst schnell wieder loszuwerden, erbrechen sie, verwenden Abführmittel oder Medikamente zur vermehrten Ausscheidung von Wasser.

Kommen wir nun zu den Folgen der Erkrankung. Sowohl beim aktiven als auch beim passiven Typ stellt sich der Organismus auf die Bedin-

gungen der chronischen Mangelernährung ein und schaltet gewissermaßen auf Sparflamme. Die Körpertemperatur erniedrigt sich, der Blutdruck senkt sich und der Puls verlangsamt sich. Nachdem sich der Körper infolge des schwindenden Fettgewebes nicht mehr gegen Kälte oder Hitze schützen kann, entwickelt sich mit der Zeit eine flaumartige Behaarung (Lanugohaar) an den Unterarmen und am Rücken, manchmal auch an den Wangen. Der Stoffwechsel wird gesenkt und die Magen-Darm-Tätigkeit verringert sich. Zu einem späteren Zeitpunkt kann es zu Haarausfall, Schwächeanfällen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und (zum Teil lebensbedrohlichen) Störungen im Elektrolythaushalt kommen. In einigen Fällen kann man bei einem Computertomogramm des Gehirns eine abnorme Erweiterung der Flüssigkeitsräume sehen.

Psychisch zeigt sich mit Fortschreiten der Erkrankung eine allgemeine Verschlechterung des Befindens. Gereiztheit, schwere depressive Verstimmungen und Suizidgedanken tauchen auf. Die Denkstrukturen werden zunehmend rigider und kreisen um einige wenige Themen.

Die Grenzen zwischen bulimischem und magersüchtigem Verhalten sind in vielen Fällen fließend. So kann es im Verlauf einer Magersucht zu bulimischen Phasen kommen und im Verlauf einer Bulimie zu länger andauernden Hungerperioden. Auffallend ist weiterhin, dass sich bei ungefähr 50 Prozent der Bulimikerinnen eine Magersucht in der Vorgeschichte findet.

Ursachen und Therapiemöglichkeiten

Für die Ursachen der Anorexia nervosa gibt es bis heute kein allgemeingültiges Erklärungsmodell. Meist entsteht die Krankheit durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Diese sind in erster Linie in der Persönlichkeit der Betroffenen, in der Familie und in der Entwicklungsphase der Pubertät zu suchen.⁷ Je nach Einzelfall muss die Beteiligung dieser Faktoren jeweils individuell eingeschätzt werden. Da von der Erkrankung in erster Linie das weibliche Geschlecht betroffen ist, ist davon auszugehen, dass auch dem Schönheits- und Schlank-

heitsideal der Gesellschaft eine verstärkte Bedeutung zukommt. Wir leben heute in einer Leistungsgesellschaft, in der es darum geht, jung, erfolgreich und möglichst makellos zu sein. Das Haupterkrankungsalter ist die Pubertät, in der die Jugendlichen auf der Suche nach sich selbst sind und in der sie versuchen, sich an dieses Schönheits- und Leistungsideal anzupassen.⁸

In einigen Fällen können zudem einschneidende Ereignisse hinzukommen, wie beispielsweise der Tod eines geliebten Menschen oder das Verlassenwerden von einem Partner.

Diese Ereignisse können als Auslöser wirken, stellen jedoch selten die eigentliche Ursache der Erkrankung dar. Die genaue Entstehung der Erkrankung ist sehr komplex und bleibt bis heute unklar.

Wenn wir uns die Therapiemöglichkeiten ansehen, so werden hier unter anderem körperliche Rehabilitation, Psychoedukation, Einzelpsychotherapie, Einbezug der Familie und medikamentöse Therapie empfohlen.⁹ Der Schweizer Kinderarzt Remo Largo schreibt dazu: »Dieser Rundumschlag an Therapien deutet darauf hin, dass keine von ihnen einen durchschlagenden Erfolg vorweisen kann und auch kein überzeugendes Krankheitsmodell existiert. Bemerkenswerterweise gibt es einen Faktor, der unabhängig von der Art der Behandlung wirkt: eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem magersüchtigen Mädchen und der Therapeutin.«¹⁰

Was diese Aussage zeigt, ist, dass Heilung letztendlich primär über eine neue Beziehungserfahrung erfolgt. Jeder Mensch möchte in erster Linie verstanden und in seinem Wert anerkannt werden. Erst wenn dieses Bedürfnis erfüllt ist, wird er sich auch für den weiteren Therapieweg öffnen. Im sechsten Kapitel werden wir sehen, wie es gelingen kann, neue Beziehungserfahrungen zu machen – nicht nur in der Therapie.

Im Folgenden betrachten wir die Dynamik der Erkrankung vor allem in Bezug auf die Persönlichkeit der Betroffenen. Auch wenn hier keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können, so lassen sich doch mit großer Wahrscheinlichkeit bestimmte gemeinsame Charak-

teristika finden: »Die Jugendlichen kamen aus höchst unterschiedlichen Lebenszusammenhängen, doch bei unserer ersten Begegnung stellte ich immer wieder fest, dass sie überraschend gleich aussahen, sich gleich verhielten und gleich sprachen.«¹¹

Die Dynamik der Erkrankung

Die Grundlage unserer Einstellung zum Leben ist unser Selbstwertgefühl. Es entsteht aus der Summe der Erfahrungen, die wir in unserem Leben machen. Mit den Erfahrungen speichern sich in uns die entsprechenden Überzeugungen und Gefühle ab, die aus diesen Erlebnissen entstanden sind. Zu diesen Gefühlen haben wir meist keinen direkten Zugang, da wir uns an viele Erfahrungen nicht mehr bewusst erinnern können und somit gar nicht wissen, dass wir sie in uns tragen. Sie sind in unserem Unterbewusstsein gespeichert und beeinflussen unser Leben und unser Selbstbild, ohne dass wir davon bewusst etwas mitbekommen.

Es gibt Menschen, die sich auf Basis der bisherigen Erfahrungen in ihrem Leben geliebt, stark und willkommen fühlen. Sie haben ein sogenanntes Urvertrauen in das Leben selbst. Das Selbstwertgefühl von Menschen, die an Magersucht erkranken, ist dagegen extrem schwach ausgeprägt. Sie fühlen sich auf tiefster Ebene nicht gut genug und sind von einem ständigen Gefühl eigener Wertlosigkeit begleitet. Die Betroffenen sehen nahezu alles, was ihnen im Außen begegnet, als Beweis ihrer eigenen Unfähigkeit an und leben in der ständigen Angst, der scheinbar perfekten Familie, in die sie hineingeboren worden sind, nicht gerecht zu werden: »(...) ich dachte, jeder in meiner Familie sei glänzend. Ich lebte in ständiger Angst, dass ich ein Reifall sein könne und ihnen niemals beweisen würde, dass ich ein wertvoller Mensch bin.«¹²

Je weiter die Krankheit voranschreitet, desto mehr kommen die Betroffenen zu dem fatalen Schluss, sie hätten kein Recht mehr auf ihr eigenes Leben. Letztendlich sprechen sie sich das Recht ab, Raum einzunehmen – eine Haltung, die der abgemagerte Körper dann wider-

spiegelt: »Ich würde meiner Familie so gern alles ersparen, aber dazu müsste ich tot oder einfach weg sein. Zum Letzteren weiß ich nicht, wohin, und zum Ersteren bin ich zu feige. Tot, tot wäre ich so gerne, wegen allem, meinen Mitmenschen zuliebe und auch, weil ich selbst nicht mehr leben will. Ich kann das alles, alles nicht mehr ertragen, diese Verachtung und diese Schuld, nur weil ich existiere.«¹³

Die Betroffenen fühlen sich demnach durch eine Art Grundschuld belastet, von der sie sich nicht mehr befreien können.¹⁴ Verstärkt wird dieses Gefühl der Schuld noch dadurch, dass Magersüchtige meist eine sehr ausgeprägte Wahrnehmungsfähigkeit besitzen und so die Stimmungen und Verstimmungen der anderen Familienmitglieder sehr deutlich spüren. Nachdem aber häufig nicht offen über persönliche Befindlichkeiten – vor allem der Eltern – gesprochen wird, können die Betroffenen die wahrgenommenen Gefühle nicht einordnen und fühlen sich in der Folge verantwortlich für nahezu alle negativen Gefühlszustände, die im Haus auftreten.

Das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit wird im Außen meist nicht sichtbar. Im Gegenteil, die Betroffenen wirken nach außen selbstsicher, stark und (zu Beginn der Erkrankung) auch zufrieden mit ihrem Zustand.

Was im Außen jedoch deutlich sichtbar wird, sind die Strategien, die die Betroffenen anwenden, um diesem Gefühl der Wertlosigkeit zu entkommen. Nachdem sie davon ausgehen, kein Recht mehr auf ihr eigenes Leben zu haben, versuchen sie, sich dieses Recht über ihre Leistung zu erarbeiten und zu verdienen. An dieser Stelle beginnt der unermüdliche Kampf, sich selbst und anderen Menschen den eigenen Wert beweisen zu wollen. Das ist der Grund für den ausgeprägten Hang zum Perfektionismus, der bei nahezu allen Betroffenen auffällt, und der sich im weiteren Verlauf der Erkrankung noch verstärkt. Dieser Perfektions- und Leistungsdruck zeigt sich nicht nur in Hinblick auf die Figur, sondern auch in allen anderen Lebensbereichen, beispielsweise in der Schule, in der Ausbildung, beim Sport oder in der Rolle als Tochter/als Schwester/als Freundin. Sogar die Ausübung von

Hobbys ist davon betroffen. Alles könnte letztendlich immer noch etwas besser sein.

In diesem Streben nach Perfektion orientieren sie sich an den (vermeintlichen) Erwartungen, die andere Menschen an sie haben, und hoffen, dadurch mehr Zuwendung und Anerkennung zu erhalten. Die eigenen Bedürfnisse und Gefühle werden dabei immer mehr verdrängt und sind schließlich kaum mehr wahrnehmbar. Der Wunsch nach Anpassung und Anerkennung ist so groß, dass sie jegliche Authentizität verlieren und anfangen, sich kontinuierlich zu verstellen. Die wenigen Beziehungen, die sie eingehen, werden dadurch immer anstrengender und komplizierter. Die Betroffenen sind voller Ängste und fühlen sich letztendlich immer wieder auf tiefster Ebene darin bestätigt, dass dieses Leben keinen Sinn mehr für sie hat. Mara Selvini Palazzoli beschreibt diese Situation folgendermaßen: »Angst vor dem Leben im Allgemeinen; Angst vor Schulversagen; Angst, allen möglichen Erwartungen nicht zu entsprechen, und Angst, das Falsche zu tun. Kurz gesagt, sie haben ein unerklärliches, obskures Gefühl fataler Machtlosigkeit; sie können offenbar in keiner Weise über ihr Leben selbst bestimmen. In dieser prekären psychologischen Situation werden sie plötzlich von den mit der Pubertät verbundenen physischen Entwicklungen überwältigt.«¹⁵

Vor diesem Hintergrund der Ohnmacht gegenüber den eigenen Lebensproblemen muss man den Wunsch nach Kontrolle des eigenen Körpers und dessen Forderungen sehen.¹⁶ Hier sehen die Betroffenen die Chance, tatsächlich etwas kontrollieren zu können, hier wirken sie nach außen stark und tatkräftig. Nichtessen wird zur Möglichkeit, eine gewisse Macht auszuüben: »[...] im Vergleich mit anderen fühlte ich mich minderwertig. Erst meine Magersucht gab mir die Möglichkeit, etwas Besonderes zu werden. [...] Ich spürte auf einmal meine Persönlichkeit.«¹⁷

Auch wenn die Betroffenen ihr Abnehmprogramm in dem Wunsch beginnen, durch den Gewichtsverlust schlanker, schöner und damit begehrenswerter zu werden, verlieren sie dieses Ziel mit der Zeit vollkommen aus den Augen. Je weiter die Erkrankung fortschreitet, desto

mehr werden das Abnehmen und die extremen körperlichen Aktivitäten zu einem mächtigen Zwang, der das ganze Leben beherrscht.

Hinter diesem Zwang steht folgender Gedanke: In gleichem Maße, wie sich Magersüchtige ihr Recht auf Leben erarbeiten wollen, versuchen sie, sich das Essen, das sie zu sich nehmen, zu verdienen. Aus diesem Grund fällt es ihnen sehr schwer zu frühstücken, da um diese Uhrzeit noch nicht ausreichend Leistung erbracht wurde, um sich schon an einen Frühstückstisch zu setzen. Das Problem dabei ist nun, dass auch im weiteren Verlauf des Tages nie der Punkt erreicht wird, an dem tatsächlich guten Gewissens eine normale Mahlzeit eingenommen werden kann, und so sinkt die Gewichtskurve immer weiter nach unten.

Menschen, die an Magersucht erkrankt sind, ertragen es nicht, an einem Tag weniger geleistet zu haben als am Tag zuvor. So erklärt sich erstens die immer stärkere Reduktion der Kalorienmenge, die sie zu sich nehmen, und zweitens die ständige Zunahme der gymnastischen Übungen und Sporteinheiten. Ein Großteil der Betroffenen macht mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nicht nur den ganzen Tag über, sondern auch nachts Gymnastik. Die innere Anspannung verstärkt sich dadurch enorm, da der Übungsplan so immer voller wird und somit das Risiko steigt, ihn nicht mehr einhalten zu können. Je länger die Erkrankung andauert, desto mehr werden die Tage durchstrukturiert: »Ich stand in der S-Bahn, um mich herum waren wirkliche Menschen, die ich alle beneidete, nicht nur, weil sie essen durften, sondern auch, weil sie nach Hause fahren und sich auf den Feierabend freuten. Mich erwartete die Qual: Was sollte ich tun? Ich konnte mich nicht mehr entspannen, mit nichts mehr. Ich hatte das Gefühl, dass jedes Tun und jede Bewegung gezwungen, bewusst gesteuert waren; ich legte mir Aufgaben zurecht, um ja nur Sinnvolles zu tun; ich konnte mich nirgends hinsetzen und ausruhen; ich rannte nur noch von einer Aktivität zur nächsten. Ich hatte doch einmal ganze Tage im Bett verbringen können und jetzt trieb mich ein innerer Motor. Es ist schwer, dieses Gefühl zu beschreiben. Es war ein ganz anderes Wirklichkeitsgefühl. Es gab kein normales Tun mehr; auch Händewaschen geschah gesteuert. Es gab nichts Ungewolltes mehr im Sinn von Versinken und Fallenlassen.«¹⁸

Die Betroffenen leiden weiterhin unter der ständigen Angst, in naher Zukunft größere Nahrungsmengen zu sich nehmen zu müssen, beispielsweise bei Einladungen oder Festen. Unbewusst oder bewusst nehmen sie daher bereits im Vorfeld Gewicht ab, um am Ende zu einer ausgewogenen Bilanz zu kommen. An dem besagten Tag stehen sie dann meist so unter Stress, dass sie noch weniger Nahrung als gewöhnlich zu sich nehmen und so insgesamt immer weiter an Gewicht verlieren.

Je weiter die Krankheit voranschreitet, desto mehr identifizieren sich Magersüchtige mit der Fähigkeit, ihre Nahrungsaufnahme voll und ganz kontrollieren zu können. Über diese Fähigkeit richten sie ihr Selbstwertgefühl auf. Nichtessen ist die zentrale Stütze in ihrem Leben geworden.

Es wird immer wieder behauptet, Magersüchtige hätten keine Krankheitseinsicht. Wie Gerlinghoff in zahlreichen Studien feststellen konnte, sind sich die Betroffenen ab einem gewissen Zeitpunkt sehr wohl der Krankhaftigkeit ihres Verhaltens bewusst. Sie sehen deutlich, dass ihre Figur skelettartige Züge angenommen hat, verleugnen dies aber in erster Linie deshalb vor anderen, weil sie ihren Weg zunächst nicht aufgeben wollen und später auch nicht mehr können.¹⁹ Sie haben ihr Selbstwertgefühl mit der Fähigkeit des Hungerns verbunden.

So erklärt sich auch die für Außenstehende paradoxe Aussage, dass einige Betroffene gerne ein höheres Gewicht hätten – aber auf keinen Fall zunehmen möchten: »Oft, wenn ich mich in Geschäften auszog und im Spiegel sah – sonst betrachtete ich mich schon lange nur noch in Kleidern –, fand ich mich hässlich und wünschte mir eine Figur, wie sie andere junge Mädchen hatten, aber diese Figur wollte ich bekommen, ohne zunehmen zu müssen.«²⁰

»Dieser ständige Zwiespalt in mir ist schrecklich, einerseits möchte ich gerne ein paar Kilo mehr wiegen, eine bessere Figur haben, den Frieden in meiner Familie wiederherstellen, aber andererseits quäle ich mir jeden Bissen hinunter. Ich habe schon immer ewig lange vor dem nächsten Essen einen richtigen Horror. Ich bekomme schreckliche Zustände, wenn wir beim Essen sitzen und ich so eine Riesen-

portion vor mir habe. Ich möchte ja so gern ein paar Kilo mehr haben – aber ich will nicht zunehmen, davor habe ich entsetzliche Angst.«²¹

Die Krankheit ist zur Sucht geworden.

Es zeigt sich deutlich, dass die Strategien, die die Betroffenen anwenden, um ihre Verzweiflung nicht zu spüren, in keiner Weise den erhofften Erfolg zeigen. Sie führen weder in eine gesunde Autonomie noch in glückliche Beziehungen. Stattdessen enden sie in der Isolation und in schweren depressiven Zuständen.

Der Umgang mit der eigenen Wahrnehmung

Vielen der oben genannten Schwierigkeiten liegt die Unfähigkeit zugrunde, mit der eigenen Wahrnehmung konstruktiv umzugehen. Die Betroffenen nehmen in der Regel sehr viel, sehr intensiv und sehr differenziert wahr – und dies gilt sowohl für Reize, die von außen kommen, wie auch für Signale, die der Körper selbst sendet. Mit Fortschreiten der Erkrankung wird ihnen diese erhöhte Wahrnehmungsfähigkeit immer mehr zum Verhängnis. In Bezug auf die Reize, die von außen kommen, beziehen die Betroffenen nahezu jegliche Wahrnehmung auf sich selbst und vermischen sie mit eigenen Interpretationen. In Bezug auf die Signale, die ihnen ihr Körper sendet, fühlen sie sich in zunehmendem Maße verunsichert und versuchen daher, die eigenen Wahrnehmungen, Gefühle und Bedürfnisse so lange zu verdrängen, bis sie schließlich kaum mehr spürbar sind. So können sie bald den Reizen, die von außen kommen, nichts Eigenes mehr entgegensetzen. Sie verlieren ihren Anker im eigenen Körper und versuchen schließlich, die eintreffenden Wahrnehmungen über verstärkte Denkprozesse zu verarbeiten. Ihre ganze Energie konzentriert sich so in diesem Bereich des Denkens und zieht sich aus den Gefühlen und Körperwahrnehmungen zurück: »Ich saß mit diesen drei Leuten zusammen, doch ich hatte das schreckliche Gefühl, völlig aufgesplittert zu sein. In meinem Innern war überhaupt keine Person zu spüren. Ich versuchte bei jedem, mit dem ich zusammen war, das Bild widerzuspiegeln, das er sich von mir machte, und das zu tun, was sie von mir erwarteten.

Da waren drei verschiedene Leute, und gegenüber jedem musste ich ein anderer Mensch sein, und all dies musste ich miteinander in Einklang bringen.«²²

Die Schwierigkeiten, die die Klientinnen mit der Aufnahme und Verarbeitung von Reizen haben, tragen wiederum ganz entscheidend zu ihrem Minderwertigkeitsgefühl bei. Sie fühlen sich in ihren Wahrnehmungen und Gefühlen verwirrt und sehen sich permanent von Reizen überflutet, die sie immer weniger einordnen können. Die gestörten Denkprozesse, die Ängste und die Stimmungsschwankungen, denen sich die Betroffenen ausgesetzt fühlen, sind letztendlich auch das Resultat einer sehr differenzierten und feinen Wahrnehmung, mit der sie nicht gelernt haben umzugehen. Im vierten Kapitel sehen wir uns an, wie ein gesunder Umgang mit dieser Thematik gelingen kann.

Die Situation in der Familie

Wie bereits im Vorwort beschrieben, ist die Erkrankung sehr eng mit den Mustern sozialer Interaktion in einer Familie verbunden. Diese Muster beleuchten wir daher im Folgenden.

Obwohl es die typische Magersuchtfamilie nicht gibt, könnte man den hier beschriebenen familiären Hintergrund dennoch als exemplarisch für viele Betroffene bezeichnen. Fühlen Sie sich aber bitte frei, die Ausführungen an den Stellen umzuschreiben, an denen sie nicht ganz Ihrer eigenen Situation entsprechen.

Von außen betrachtet leben Magersüchtige oft in nahezu perfekten Familien, deren einziges Problem die Magersucht des Kindes zu sein scheint. Auch die Klientinnen selbst äußern zu Beginn der Therapie häufig die Überzeugung, sie könnten sich keine bessere Familie als die ihre vorstellen. Die meisten Betroffenen sind der Ansicht, dass ihre Eltern eine für beide Seiten erfüllte Partnerschaft führen, und den Kindern wird in diesen Familien meist jede erdenkliche Förderung zuteil.