

Christoph Klotter
Julia Depa
Svenja Humme

Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa

Modekrankheit oder Störungsbild?
Eine wissenschaftliche
Diskussion

 Springer

Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa

Christoph Klotter • Julia Depa
Svenja Humme

Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa

Modekrankheit oder Störungsbild?
Eine wissenschaftliche Diskussion



Springer

Christoph Klotter
Hochschule Fulda
Fulda
Deutschland

Svenja Humme
Lich
Deutschland

Julia Depa
Stuttgart
Deutschland

ISBN 978-3-658-07405-0
DOI 10.1007/978-3-658-07406-7

ISBN 978-3-658-07406-7 (eBook)

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

Springer

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Lektorat: Dr. Lisa Bender

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Vorwort

Die Übergänge zwischen dem vermeintlich Normalen und dem vermeintlich Kranken sind fließend und historisch variabel. So hat sich die Definition von Bluthochdruck in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrienationen deutlich verändert. Ein Kriterium zur Diagnose der pubertären Magersucht, der Anorexia nervosa, wurde von einem BMI unter 17,5 auf 18,5 herauf gesetzt, so dass sich die Gruppe der Anorektikerinnen deutlich vergrößert hat, alleine aufgrund der Änderung der Definition. Ob hingegen der BMI ein geeigneter Indikator dafür ist, Gesundheitsgefährdungen in Zusammenhang mit dem Ausmaß an Übergewicht zu ermitteln, ist immer mehr umstritten.

Um in die Annalen der Medizingeschichte mittels der Benennung neuer pathologischer Phänomene einzugehen, aber auch um das Betätigungsfeld der Gesundheitsexperten zu erweitern, werden immer wieder neue (oder vermeintliche) Erkrankungen diagnostiziert, so vielleicht auch die Orthorexia nervosa, die sich um das übermäßige Bemühen und das Auswählen und Einnehmen gesunder Lebensmittel zentriert. Die Kriterien für die gesunde Ernährung werden jedoch nicht von den einschlägigen Organisationen wie der DGE übernommen, sondern aus alternativen Kostformen entlehnt und mit den eigenen Überzeugungen zur richtigen Ernährung überformt.

Aber ist das dann tatsächlich eine neue Essstörung? Ist die Orthorexia nervosa nur eine subjektiv ausdifferenzierte Form von üblichen Kostregimes und Ernährungsempfehlungen? Lässt sie sich positiv als Empowerment der Bevölkerung interpretieren, die sich nun nicht mehr alles vorschreiben lässt, sondern selbst Ernährungskompetenz erwirbt? Ist sie so Teil des Prozesses der Individualisierung in der Moderne, also der Tendenz zur Selbstverwirklichung eines jeden? Ist sie Ergebnis der bürgerlichen Aufklärung im Sinne Kants, also dem Suchen des Ausganges aus der selbst verschuldeten Unmündigkeit?

Aus Expertensicht stellen sich Fragen wie: Ist die Orthorexia nervosa nur eine Variante einer Zwangsstörung oder einer Essstörung? Oder nur ein Effekt eines

Medienspektakels? Brauchen die Gesundheits- und Ernährungsexperten mehr Wissen über die Orthorexia nervosa, um sie angemessen zu diagnostizieren und (störungsspezifisch) behandeln zu können? Oder handelt es sich bei der Orthorexia nervosa nur um eine vernachlässigbare Karikatur der üblichen Kostregimes? Ist ein zentrales, aber eher verdecktes Motiv im orthorektischen Verhalten der Wunsch nach Schlankheit, um so den normativen Erwartungen unserer Gesellschaft gerecht zu werden?

In den populärwissenschaftlichen Medien stellt Orthorexia nervosa einen häufig thematisierten Sachverhalt dar. In der Wissenschaft hingegen ist Orthorexia nervosa ein nahezu unbeobachtetes Forschungsfeld; allerdings ist eine steigende Tendenz zu verzeichnen, dieses Phänomen, näher zu untersuchen. Dies hat zur Folge, dass Gesundheitsexperten der Begriff „Orthorexia nervosa“ zwar mehrheitlich fremd ist, sie das sogenannte orthorektische Verhalten als Nebensymptome anderer Erkrankungen allerdings aus ihrer Berufspraxis kennen. Angesichts dieser Tatsache wird orthorektisches Verhalten oftmals nicht als Leitsymptom einer eigenen Erkrankung identifiziert – wieso denn auch, wenn die Diagnose überwiegend unbekannt ist. Zudem werden die Folgeerscheinungen bislang noch potenziell unterschätzt.

Es ist unser persönliches Anliegen, Berufsgruppen, die mit Betroffenen von Orthorexia nervosa in Kontakt gelangen, über dieses problematische Essverhalten zu informieren und zu sensibilisieren. Die Zielgruppe stellen demnach primär Gesundheitsexperten dar; zudem richtet sich das vorliegende Buch sekundär auch an potentiell Betroffene sowie deren Angehörige.

Die Beschreibung des Wissensstandes zu Orthorexia nervosa basiert auf der Forschung bis Juli 2014. Dabei wurde sämtliche Literatur ausgewählt, die in englischer und deutscher Sprache verfügbar war.

Im ersten Teil des Buches wird zunächst der aktuelle Forschungsstand zur Orthorexia nervosa dargestellt. In Teil zwei werden zwei bisher unveröffentlichte Studien der Autorinnen vorgestellt. Die erste Studie geht mittels der qualitativen Forschungsmethode der Frage nach, ob das Essverhalten von Oecotrophologie-Studentinnen Merkmale von Orthorexia nervosa aufweist. Die andere Studie präsentiert die Ergebnisse einer Befragung von psychotherapeutisch tätigen Experten zu der Bekanntheit sowie dem Vorkommen von Orthorexia nervosa in ihrer Berufspraxis. Des Weiteren wurden die Experten befragt, wie sie Orthorexia nervosa klassifizieren würden. Der dritte Teil zeigt ideengeschichtlich auf, aus welchen gesellschaftlichen Entwicklungen, Ideen sowie Überzeugungen, Orthorexia nervosa entspringen sein könnte und schließt mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick ab.

Abschließend, wird nun auf zwei bedeutende sprachliche Formalien eingegangen. Im Folgenden ist von einem Orthorektiker, Anorektiker und Bulimiker die Rede. Diese Synonyme wurden angesichts ihrer leichteren Lesbarkeit verwendet; es ist uns demnach bewusst, dass es „den“ Orthorektiker nicht gibt und Menschen durch diese Bezeichnung auf ein bestimmtes Verhalten reduziert werden. Das Gleiche gilt für Anorektiker und Bulimiker.

Zusätzlich wurde sich auf die Männlichkeitsform beschränkt. Prinzipiell sind damit allerdings beide Geschlechter gemeint. In den Fällen, in denen die Gleichsetzung nicht zutrifft, ist eine differenzierte Angabe zu finden.

Wir hoffen mit diesem Buch einen Beitrag zur Aufklärung und wissenschaftlichen Diskussion zu Orthorexia nervosa leisten zu können.

Fulda, Dezember 2014

Christoph Klotter,
Julia Depa, Svenja Humme

Inhaltsverzeichnis

Teil I Aktueller Forschungsstand zu Orthorexia nervosa

1 Orthorektisches Verhalten	3
Svenja Humme	
1.1 Die Person Steven Bratman	5
1.1.1 Bratmans Leidensgeschichte	5
1.1.2 Bratmans „Heilung“	8
1.2 Merkmale von Orthorexia nervosa	10
1.3 Kritische Reflexion	14
2 Ursachen der Orthorexia nervosa	17
Julia Depa	
2.1 Auslöser für das orthorektische Essverhalten	17
2.2 Die sieben Ursachen nach Bratman	18
2.3 Einfluss von Ernährungslehren, Ernährungsratgebern und Medien	21
2.4 Einfluss gesellschaftlicher Werte und Normen	23
2.5 Einfluss von emotionalen Dynamiken und Persönlichkeitsmerkmalen	24
2.6 Fazit	25
2.7 Zusammenfassung	26
3 Folgen der Orthorexia nervosa	29
Svenja Humme	
3.1 Mangel- und Fehlernährung	29
3.2 Soziale Isolation und eingeschränkte Lebensqualität	31
3.3 Fallbeispiel einer jungen Orthorektikerin	32
3.4 Fazit	33
3.5 Zusammenfassung	34
	IX

4 Klassifikation der Orthorexia nervosa	35
Julia Depa	
4.1 Orthorexia eine Zwangsstörung?	36
4.2 Orthorexia eine Essstörung?	37
4.3 Orthorexia eine Kombination aus einer Zwangs- und Essstörung?	44
4.4 Orthorexia ein Risikofaktor für eine schwere Essstörung?	44
4.5 Orthorexia: psychische Störung, Modeerkrankung oder Lebensstil?	45
4.6 Die orthorektische Gesellschaft	47
4.7 Vorgeschlagene Diagnosekriterien für Orthorexia nervosa	48
4.8 Fazit	50
4.9 Zusammenfassung	51
5 Instrumente zur Messung von Orthorexia nervosa	55
Julia Depa	
5.1 Bratman Orthorexia Test	55
5.2 ORTO-15	58
5.3 ORTO-11	61
5.4 Orthorexia Screen	62
5.5 Eating Habits Questionnaire	63
5.6 Düsseldorfer Orthorexia Skala	66
5.7 Fazit	67
5.8 Zusammenfassung	70
6 Behandlung der Orthorexia nervosa	71
Svenja Humme	
6.1 Therapievorstellungen und -formen	71
6.1.1 Psychotherapie	72
6.1.2 Ernährungstherapie	73
6.2 Kritische Reflexion	74
6.3 Zusammenfassung	75
7 Prävalenz der Orthorexia nervosa	77
Julia Depa und Svenja Humme	
7.1 Verbreitung der Orthorexia nervosa	77
7.2 Soziodemografische Variablen im Zusammenhang mit Orthorexia nervosa	82
7.3 Fazit	86
7.4 Zusammenfassung	86

Teil II Eigene Forschungsergebnisse

8 Weist das Essverhalten von Oecotrophologie-Studentinnen orthorektische Merkmale auf?	89
Svenja Humme	
8.1 Qualitative Vorgehensweise	90
8.1.1 Untersuchungsdesign: das leitfadenorientierte Interview	91
8.1.2 Methode: Analyse der orthorektischen Merkmale	93
8.2 Untersuchungsergebnisse	98
8.3 Diskussion der Untersuchungsergebnisse	100
8.4 Zusammenfassung	102
9 Bekanntheit, Vorkommen und Klassifizierung von Orthorexia nervosa in der psychotherapeutischen Berufspraxis	103
Julia Depa	
9.1 Methode der Untersuchung	105
9.2 Ergebnisse	106
9.3 Diskussion und Schlussfolgerungen	112
9.4 Zusammenfassung	114

Teil III Die abendländische ideengeschichtliche Produktion von rigiden radikalen Ernährungs- und Schlankeitsvorstellungen

10 Problemaufriss	119
11 Pythagoras und Platon	127
12 Politische, philosophische und religiöse Einflüsse auf das Schlankeitsideal und das orthorektische Essverhalten	133
13 Katechon	137
14 Die Kriegserklärung gegen Adipositas – eine mögliche Legitimation der Orthorexia nervosa	141
15 Exkurs: Die Angst, nicht schlank zu sein	143
16 Der abendländische Wert der Mäßigung	147

17 Der Prozess der Zivilisation	153
18 Der Aufgeklärte Absolutismus und der Eingriff in den Körper	157
19 Verwissenschaftlichung des Essens	161
20 Ergänzende Aspekte	163
21 Bündelung der zentralen Argumentationsstränge	167
Teil IV Fazit	
22 Zusammenfassung und Ausblick	173
22.1 Zusammenfassung zum Begriff Orthorexia nervosa	173
22.2 Geschichtliche Determinanten	173
22.3 Nosologie	175
22.4 Ätiopathogenese	175
22.5 Diagnostik	176
22.6 Therapeutisches Vorgehen	177
Literaturverzeichnis	179

Abbildungsverzeichnis

Abb. 5.1	Fragen des Bratman Orthorexia-Test zur Diagnose von Orthorexia nervosa.	57
Abb. 5.2	ORTO-15 zur Bestimmung von Orthorexia nervosa	59
Abb. 5.3	Beurteilung der Cronbachs Alphakoeffizienten	60
Abb. 5.4	Annahmen von Robinson über wesentliche charakteristische Merkmale einer Orthorexia nervosa.	62
Abb. 5.5	Orthorexia Screen	63
Abb. 5.6	Fragen des Eating Habits Questionnaire.	65
Abb. 5.7	Fragen aus der Düsseldorfer Orthorexie Skala.	67
Abb. 9.1	Erklärung im webbasierten Fragebogen was Orthorexia nervosa ist	106
Abb. 9.2	Antworten auf die Frage nach der Bekanntheit von Betroffenen aus der psychotherapeutischen Berufspraxis ($n=138$)	108
Abb. 9.3	Anzahl der zustimmenden Antworten („stimme überwiegend zu“, „stimme zu“ und „stimme sehr zu“) aller Befragten ($n=138$) zu vorgegebenen Möglichkeiten	110
Abb. 9.4	Anzahl der zustimmenden Antworten („stimme überwiegend zu“, „stimme zu“ und „stimme sehr zu“) der Gruppe der Verhaltenstherapeuten ($n=59$) und der Gruppe der Psychoanalytiker ($n=71$) zu vorgegebenen Möglichkeiten	111
Abb. 9.5	Anzahl der zustimmenden Antworten („stimme überwiegend zu“, „stimme zu“ und „stimme sehr zu“) der Gruppe Betroffene bekannt ($n=74$) und der Gruppe Betroffene unbekannt ($n=64$) zu vorgegebenen Möglichkeiten	112

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1	Erklärung der unterschiedlichen Essstörungen	41
Tab. 5.1	Kennzahlen zur Bewertung der Qualität von Fragebögen	56
Tab. 5.2	Zusammenfassende Darstellung der Fragebögen sowie deren Entwicklung und Beurteilung der Qualität	68
Tab. 7.1	Ergebnisse der Prävalenzstudien zur Verbreitung von Orthorexia nervosa in unterschiedlichen Studienpopulationen . . .	83
Tab. 8.1	Verteilung der orthorektischen Merkmale innerhalb der Stichprobe	99
Tab. 8.2	Veränderung des Essverhaltens der Studentinnen seit Studienbeginn	99
Tab. 9.1	Antworten auf die Frage, ob das orthorektische Verhalten als die dominante Störung auftrat. Die Frage wurde nur den Befragten gestellt, die Betroffene mit einer Orthorexia nervosa oder mit einer nicht so eindeutig ausgeprägten Orthorexia nervosa Form kennen ($n=74$)	109

Teil I

**Aktueller Forschungsstand zu
Orthorexia nervosa**

Svenja Humme

Der Begriff Orthorexia nervosa fand erstmals im Jahr 1997 in einem Yoga Journal Artikel des US-Alternativmediziners Steven Bratman Erwähnung. Die Beschreibung des Störungsbildes der Orthorexia nervosa beruht auf Bratmans persönlicher Leidensgeschichte. Aus diesem Grund stellt Orthorexia nervosa bisher kein anerkanntes Störungsbild dar und kann somit als ein neuartiges Phänomen betrachtet werden.

Bratman hatte selbstreflektierend eine Veränderung seines Essverhaltens sowie im Umgang mit Lebensmitteln festgestellt, die starke Ähnlichkeit mit den Symptomen von Ess- und Zwangsstörungen aufwies. Mit dem Ziel eine mögliche Ursache bzw. einen Auslöser für dieses gestörte Essverhalten zu finden, begann er rückblickend sein gesamtes Essverhalten zu analysieren.

Im diesem ersten, einleitenden Kapitel wird zunächst orthorektisches Verhalten allgemein erläutert. Die Tatsache, dass die Begriffsentstehung der Orthorexia nervosa auf Steven Bratman (1.1) zurückzuführen ist, macht deutlich, dass dessen persönliche Erfahrungen mit Orthorexia nervosa (1.1.1) sowie seine „Heilung“ (1.1.2) näher betrachtet werden sollten. Aus den dargelegten Fakten lassen sich die Merkmale von Orthorexia nervosa (1.2) herleiten. Am Ende des Kapitels folgt eine kritische Reflexion (1.3).

Bratman lebte Anfang der 1970er Jahren in einer New Yorker Kommune, die hauptsächlich aus Ernährungsidealisten bestand (Bratman 1997, 2000, S. 5). Diese Zeit kann als Beginn seines zunehmend gestörten Essverhaltens gesehen werden (Bratman 1997). Im Laufe des Zusammenlebens mit den Ernährungsidealisten begann Bratman seine Lebensmittelauswahl einzuschränken, bis die Selektion

Svenja Humme
Lich, Deutschland
E-Mail: Svenja.Humme@web.de

fortlaufend rigider wurde und letztendlich dazu führte, dass er ausschließlich „gesunde“, reine und biologische Lebensmittel konsumierte. Die zwanghafte Fixierung auf „gesunde“ Ernährung nahm ihn in Besitz und erzielte Kontrolle über sein gesamtes Leben. Es dauerte Jahre, bis sich sein Essverhalten wieder allmählich anfang zu normalisieren (Bratman 1997).

In den 1990er Jahren, zu diesem Zeitpunkt sah Bratman sich selbst bereits als geheilt an, kam er durch seine Tätigkeit als praktizierender Alternativmediziner, mit Patienten in Berührung, die ähnliche Esspraktiken und Verhaltensmuster im Umgang mit Lebensmitteln aufzeigten (Bratman 2000, S. 1). Der Tatsache geschuldet, dass diese Art von Essverhalten kein bei ihm zu beobachtendes Einzelphänomen darzustellen schien, veranlasste ihn dazu, dieses genauer zu untersuchen. Seine eigene Leidensgeschichte sowie die seiner Patienten bilden die Grundlage des von ihm entwickelten Störungsbildes der Orthorexia nervosa, welches er in seinem Buch „Health Food Junkies“ (2000) aufzeigt.

In Anlehnung an die Essstörung Anorexia nervosa, mit der das von ihm erlebte und beobachtete Verhalten viele Ähnlichkeiten aufwies, nannte Bratman das Phänomen, Orthorexia nervosa (Bratman 1997, 2000, S. 9).

► **Begriffsentstehung** Der Begriff Orthorexia nervosa hat seinen Ursprung im Griechischen. „Orthos“ bedeutet „richtig“, „orexia“ Appetit und „nervosa“ Fixierung (Bratman 2000, S. 21). Orthorexia nervosa bezeichnet demnach eine pathologische Fixierung auf „richtige“ bzw. „gesunde“ Lebensmittel (Bratman 1997).

Aufgrund der Tatsache, dass Orthorexia nervosa Kontrolle über das Leben und die Psyche der Betroffenen erlangt, stellt diese für Bratman ein Störungsbild dar. „*This transference of all life's value into act of eating makes Orthorexia a true disorder.*“ (Bratman 1997)

Da er diese Behauptung jedoch auf eine stark subjektiv geprägte, einseitige Datenlage stützt, wird ihm fehlende Wissenschaftlichkeit vorgeworfen. Verstärkt wird die Kritik an ihm und seinem Phänomen Orthorexia nervosa dadurch, dass keine allgemein gültige Definition besteht und nur wenig wissenschaftliche Literatur existiert (Brytek-Matera 2012; Jäger und de Zwaan 2010, S. 285), so dass Orthorexia nervosa bislang nicht als eigenständiges Störungsbild anerkannt wurde. Kritiker (u. a. Ney 2004; Mader 2004; Kummer et al. 2008) halten ihm vor, er habe eine neue Krankheit kreieren wollen, um dadurch Aufmerksamkeit zu erregen; dabei müsse nicht jedes Symptom bzw. abnormales Verhalten partout eine Störung darstellen.

Unabhängig davon kann eine Art orthorektisches Verhalten beobachtet werden. Bestätigt wird die Existenz eines orthorektischen Verhaltens durch diverse Studien, u. a. von Barthels und Pietrowsky (2012) sowie Robinson (2011).

1.1 Die Person Steven Bratman

Um ein tiefergehendes Verständnis für das Störungsbild Orthorexia nervosa sowie die Person hinter dem Phänomen, Steven Bratman, zu erlangen, erscheint eine nähere Betrachtung Bratmans Lebensgeschichte ebenso der externen Faktoren, die bei der Veränderung seines Essverhaltens eine wichtige Rolle gespielt haben, als sinnvoll.

1.1.1 Bratmans Leidensgeschichte

Es ist bekannt, dass Bratman schon in seiner Kindheit ein für ein Kind ungewöhnliches Verhältnis zu Lebensmitteln aufzeigte. Aufgrund einer Unverträglichkeit gegen Milch und Weizen, die im Alter von neun Jahren festgestellt wurde, begann er die betroffenen Lebensmittel als „böse“ zu klassifizieren und sah den Verzehr von bspw. Sandwichs, Eis, Keksen und Kuchen als Betrug an (Bratman 2000, S. 76). Bratman gibt an, schon vor seinem Medizinstudium ein ausgeprägtes Interesse an dem Thema Ernährung gehabt zu haben. So glaubte er als Ernährungsidealist an die positive Heilkraft der „richtigen“ Ernährung und deren Potential, Krankheiten heilen zu können. Anfangs stellte die „richtige“ Ernährung eine fettarme und überwiegend vegetarische für ihn dar (Bratman 1997). Seine Ernährungsweise wurde jedoch kontinuierlich rigider, bis diese krankhafte zwanghafte Züge annahm; ein Essverhalten, das er später als Orthorexia nervosa klassifizierte.

Der intensive Kontakt mit Nahrungsmitteln begann für Bratman in den 1970er Jahren, als er vor seiner Zeit als praktizierender Arzt als Koch in einer New Yorker Kommune tätig war (Bratman 2000, S. 5). Diese Zeit kann als Beginn seines zunehmend gestörten Essverhaltens angesehen werden (Bratman 1997). Seine Aufgabe bestand darin, die unterschiedlich geprägten Essensidealistinnen, von denen sich der Großteil vegetarisch, makrobiotisch, vegan oder von Rohkost ernährte, zu versorgen und deren individuelle Wünsche zu berücksichtigen (Bratman 2000, S. 5 f.). Bei der Zubereitung der Lebensmittel musste Wert auf die strikte Separation von Fleisch gelegt werden, da der Großteil der Bewohner nicht aus Gefäßen

essen wollte, die mit Fleisch in Berührung gekommen waren (Bratman 2000, S. 5). Aufgrund des Zusammentreffens der unterschiedlichen Essensidealistinnen kam es zu grundlegenden Diskussionen über die „richtige“ bzw. „beste“ Ernährungsweise, z. B. zwischen Makrobioten, die ihr Gemüse lediglich gekocht verzehrten, und Rohköstlern, die auch auf nicht-saisonales und überregionales Gemüse zurückgriffen (Bratman 1997). Demnach existierten in der Kommune nicht eine, sondern viele verschiedene Ansichten und Theorien, die oftmals Gegensätze darstellten: Früchte repräsentieren das perfekte Lebensmittel; Früchte verursachen Pilzinfektionen. Essig sei Gift; Apfelessig heile die meisten Krankheiten. Fasten mit Orangen sei gesund; Zitrusfrüchte seien säurehaltig (Bratman 1997).

Diese Beispiele machen deutlich, dass der Glaube an die „richtige“ Ernährung unterschiedlicher Art sein kann und sich die Menschen dabei meist nach ihren persönlichen Ideal- und Wertevorstellungen einen eigenen Ernährungsplan konstruieren. Für Bratman persönlich stand zum einen der Gesundheitsfaktor im Vordergrund. Aufgrund der Tatsache, dass er seinen Körper, seiner Ansicht nach, bestmöglich versorgte, glaubte er seine Gesundheit positiv beeinflussen und regieren zu können, wodurch Essen für ihn Sicherheit und Kontrolle symbolisierte (Bratman 2000, S. 64). Zum anderen zielte er durch seine selbst erwählte Ernährung darauf ab, ein spirituelles Bewusstsein zu entwickeln (Bratman 2000, S. 69 ff.). „*The effortful act of eating the right food may even begin to invoke a sense of spirituality.*“ (Bratman 2000, S. 9) Die voneinander abweichenden Überzeugungen der Essensfanatiker sah er wie unterschiedliche Religionen an. Dies spiegelt wider, welchen Stellenwert Ernährung in Bratmans Leben und dem der in der Kommune lebenden Bewohner erhalten hatte. „*Dietary theories carry the gravity of religion.*“ (Bratman 2000, S. 20)

Zeitgleich zu seiner Tätigkeit als Koch in der Kommune managte er in seiner Freizeit eine biologische Farm, auf der er Obst und Gemüse anpflanzte (Bratman 2000, S. 11). Der dadurch entstandene Zugriff auf unbegrenzt gesunde Lebensmittel, gepaart mit seinem Glauben an die Wirksamkeit der „richtigen“ Lebensmittel, veränderte seine Ernährungsweise nachhaltig. Zum einen wurde er Vegetarier; zum anderen wurde er wesentlich strenger im Umgang mit Lebensmitteln. Im Zuge dessen entwickelten sich zwanghafte Einschränkungen sowie fortwährend radikalere, selbst auferlegte Regeln. So erlaubte sich Bratman nur noch gewisse, streng ausgewählte Lebensmittel zu konsumieren. Gemüse, das er zu sich nahm, durfte nicht länger als 15 Minuten zuvor geerntet worden sein. Es darf davon ausgegangen werden, dass Gemüse für ihn ansonsten nicht genügend Mikronährstoffe enthielt und somit als „ungesund“ klassifiziert wurde. Zudem musste er jeden Bissen etwa 50 Mal kauen, bevor er sich die Erlaubnis gab, diesen hinunterzuschlucken (Bratman 1997, 2000, S. 11). Dabei aß Bratman niemals bis zur Erreichung eines