

Wegweiser für Angehörige im Umgang mit einer Essstörung



Is(s)
was?!

Wenn Essen Leiden schafft



**familien selbsthilfe
psychiatrie**

Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz e.V.



[The main body of the page is blank white space.]



Inhalt

1. Essstörungen: Ein Überblick	4
2. Magersucht (Anorexia nervosa)	7
3. Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)	12
4. Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung)	17
5. Risikofaktoren	21
6. Hinweise auf eine Essstörung	25
7. Ess-O-Ess für Angehörige	28
8. Was können Lehrkräfte tun? Was sollten sie vermeiden?	32
9. Therapiemöglichkeiten	34
10. Weiterführende Informationen	39

Hinweis:

Im Text wurde weitgehend die weibliche Form gewählt. Gemeint sind natürlich alle Geschlechter.



1.

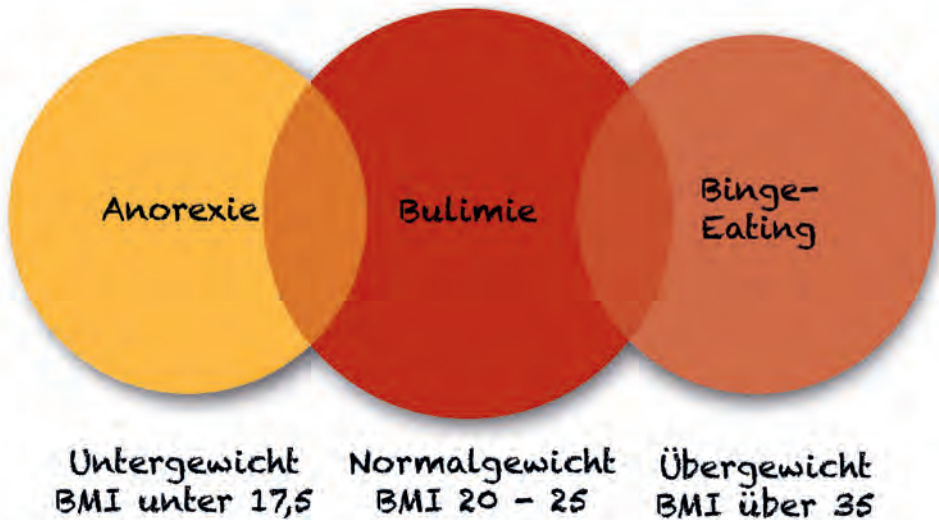
Essstörungen: Ein Überblick

Essstörungen sind Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens, die vorwiegend bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen beobachtet werden können und zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zählen (Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort & Warnke, 2008).

Mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen im Alter von sieben bis dreizehn Jahren hat bereits mindestens einmal im Leben mit einer Diät begonnen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008). Das ist ein hoher Prozentsatz, der unzufrieden mit der eigenen Figur und dem Körpergewicht ist. Der Wunsch, dünner zu sein, führt in vielen Fällen zum Beginn einer Diät. Wiederholte Diäten, Gewichtsreduktion sowie die übermäßige Beschäftigung mit dem Aussehen können Risikofaktoren für oder sogar Auslöser von Essstörungen sein.

Das Essstörungsspektrum reicht von Magersucht (Anorexia nervosa; Anorexie) über die Ess-Brech-Sucht bei Normalgewicht (Bulimia nervosa; Bulimie) bis hin zur Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung), die in aller Regel mit Übergewicht bzw. Adipositas einhergeht. Es müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, um eine entsprechende Diagnose stellen zu können (Reich & Cierpka, 2010).





Die Erscheinungsformen sind nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen. Übergänge sind keine Seltenheit. Personen mit einer Ess-Brech-Sucht können eine Magersucht entwickeln und umgekehrt; Personen mit Binge-Eating-Störung können ihr Essen plötzlich erbrechen (Herpertz, Herpertz-Dahlmann, Fichter, Tuschen-Caffier & Zeck, 2011).

Die essstörungsspezifischen Erkrankungen gehören zu den psychosomatischen Störungen. Das bedeutet, dass sie sich sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche auswirken (Esser, 2011). Es sind Störungen mit Suchtcharakter. Betroffene haben keine Kontrolle über ihr Essverhalten (Hungern, Überessen, Essanfälle) oder leiden unter einem zwanghaften Kontrollbedürfnis und einer übergroßen Angst vor Gewichtszunahme. Ritualisiertes Essverhalten, zwanghaftes Wiegen und Kalorien zählen, Abtasten des Körpers und der Blick in den Spiegel, sowie das ständige Kreisen der Gedanken um Nahrung, Figur und Gewicht bestimmen den Tag. Diese Themen beherrschen ihre Gedanken und überlagern alle anderen Lebensbereiche (Schneider, 2008). Die Krankheit wird von den Betroffenen oft heruntergespielt oder geleugnet und vor Anderen verheimlicht (Herpertz et al., 2011).

Die Auseinandersetzung mit dem Essen ist als Ersatz für tieferliegende seelische Konflikte zu deuten, wobei die Arbeit am eigentlichen Grundkonflikt nicht stattfindet. Stattdessen ist das veränderte Essverhalten ein Lösungsversuch, Ausweg oder Flucht für verdrängte Bedürfnisse und unangenehme Gefühle wie Stress, Angst, Verzweiflung und Einsamkeit.

Durch Essen oder Hungern wird kurzfristig Angst und innere Spannung abgebaut und ein Gefühl von Sicherheit, Kontrolle und Befriedigung entsteht (Giesemann, 2012). Um dieses Gefühl längerfristig aufrecht zu erhalten, bedarf es Wiederholungen. Dadurch bekommt die Essstörung eine Eigendynamik mit langfristigen negativen körperlichen und seelischen Konsequenzen: Betroffene verlieren den Zugang zu eigenen Körpersignalen, sodass Hunger- und Sättigungsgefühle nicht mehr wahrgenommen werden. Die gesunde Körperwahrnehmung geht verloren, Minderwertigkeitsgefühle und ein dauerhaft negatives Körperempfinden stellen sich ein. Betroffene befinden sich in ihrer eigenen Welt mit dem Streben nach Dünnsein, denn „dünn ist gleich glücklich“. Das Handeln, die Gedanken und Gefühle sind bestimmt von Figur, Essen und Gewicht. So entsteht ein langfristiger Teufelskreis (Leitzmann, Müller, Michel, Brehme, Triebel, Hahn & Laube, 2009).

2.

Magersucht: Anorexia nervosa

„Welcher Apfel hat mehr Kalorien? Habe ich genug Sport gemacht? Wie viele Kalorien nehme ich durch einen Lippenpflegestift auf.“

Solche und ähnliche Gedanken beherrschen den Alltag von Mädchen und jungen Frauen mit einer Magersucht. Diese Erkrankung wird in der Fachliteratur als Anorexia nervosa, Anorexie oder Anorexia bezeichnet, was so viel wie „Appetitlosigkeit“ (gr.: anorektein = ohne Appetit) bedeutet. Die Übersetzung trifft aber nicht den Kern, denn die Betroffenen unterdrücken ihren Hunger meist, statt an einem Mangel an Appetit zu leiden. Die Anorexia Nervosa ist eine schwere psychische Erkrankung, die zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Jugendalters zählt (Nicholls & Viner, 2005).

Patienten mit Anorexia nervosa zeichnen sich u. a. durch pathologisches Essverhalten mit einhergehendem Gewichtsverlust aus (Fegert, Eggers & Resch, 2012). Sie unterteilen Lebensmittel in erlaubte und verbotene Lebensmittel, vermeiden Fett und Zucker, zählen akribisch die Kalorien, die sie zu sich nehmen, oder verweigern die Nahrungsmittelaufnahme vollständig. Beim Essen zeigen sie zudem eine verlangsamte Essgeschwindigkeit.

Trotz bestehenden Untergewichts existieren eine übertriebene Angst vor einer Gewichtszunahme und eine übersteigerte Bedeutung von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung. Selbst wenn bereits eine starke Abmagerung nach außen sichtbar ist, fühlen sich viele noch immer zu dick. Ein Symptom, das Fachleute als Körperschemastörung bezeichnen (World Health Organization, Drilling, 2009). Aus Angst vor einer Gewichtszunahme kontrollieren sie verbissen ihr Körpergewicht und wiegen sich übermäßig häufig. Umso paradoxer scheint es, dass einige stundenlang Rezeptbücher wälzen, um ihre Familie und Freunde zu bekochen, jedoch ohne selbst davon zu probieren. Es ist die Angst davor zuzunehmen, die sie daran hindert, auch wenn sie gerne etwas davon verzehren möchten.

Die genauen Diagnosekriterien für eine Anorexie nach DSM-IV (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Fassung der American Psychiatric Association) gehen aus der Tabelle in diesem Kapitel hervor:

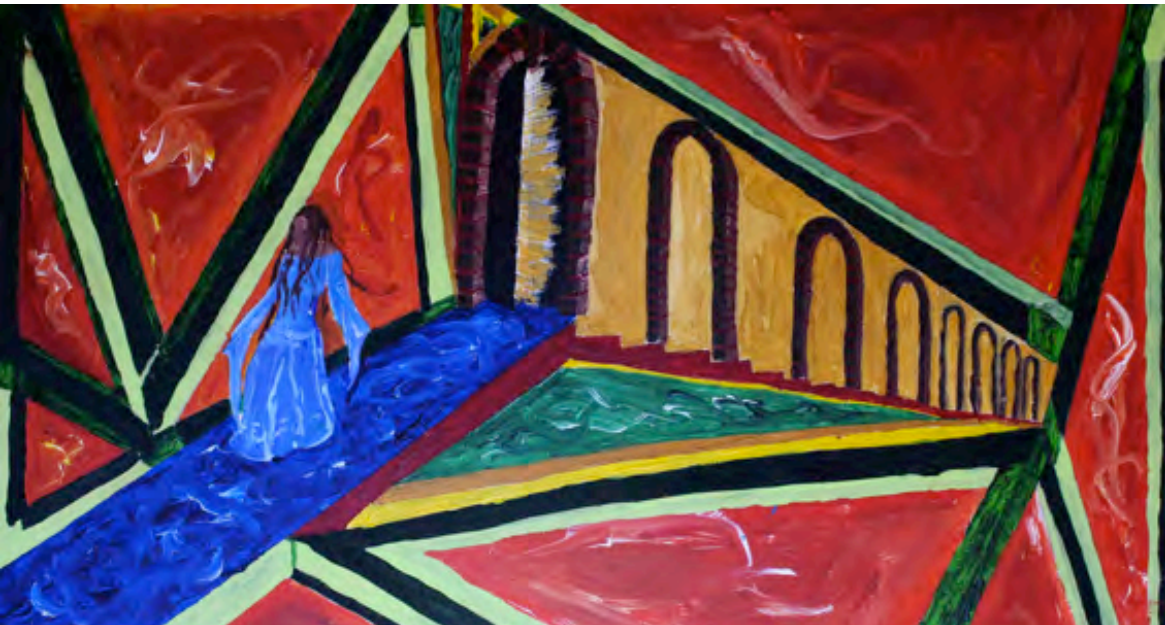
Fachleute unterteilen die Anorexia nervosa in zwei Typen. Beim „restriktiven Typ“ versuchen Betroffene durch Fasten (mitunter auch in Kombination mit exzessiver körperlicher Aktivität), ihr Gewicht zu senken. Beim „bulimischen Typ“ kommen auch andere Methoden zum Einsatz wie Erbrechen, Abführmittel, Wassertabletten oder die Anwendung von Einläufen (Esser, 2011).

Die Entwicklung einer Anorexie betrifft überwiegend Mädchen im vorpubertären Alter oder in der Pubertät, wobei Mädchen zwischen dem vierzehnten und sechzehnten Lebensjahr besonders häufig betroffen sind. In dieser Altersgruppe sind etwa 0,3 bis 1 % von einer Magersucht betroffen (Herpertz-Dahlmann et al., 2008). Doch auch Jungen und junge Männer können an einer Magersucht erkranken. Im Erwachsenenalter so schätzt man, kommt auf zwanzig magersüchtige Frauen ein Mann mit Magersucht.

Viele nehmen an, dass mit dem Erreichen eines selbst gesetzten Zielgewichts das richtige Leben beginnen kann und alle Probleme gelöst sind. Im Verlauf der Erkrankung dreht sich alles nur noch um das Essen, so dass wenig Energie für Anderes bleibt. Erkrankte ziehen sich häufig aus ihrem sozialen Umfeld (Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Schulkameraden) zurück und gehen ihren Hobbys nicht mehr nach. Sie isolieren sich zunehmend. Anorexia nervosa ist eine Sucht, aus der die Betroffenen schwer alleine herauskommen. Sie kann lebensbedrohlich sein.

Seine Erkrankung verarbeitet Peter mit Hilfe der Kunst. Von ihm ist das Bild „BLAUE FRAU“, das er folgendermaßen beschreibt:

„Das Bild zeigt eine Frau, welche eine Treppe bestiegen hat und soeben oben angelangt ist. Für mich ist dies symbolisch für die Entfremdung von der Realität, welche ich durch meine Krankheit erlebt habe. Kein Mensch nimmt freiwillig körperliche und geistige Strapazen auf sich, um sich von der Realität zu entfernen. Ich tat es, da ich solche Angst vor ihr hatte, dass ich dies als Ausweg gesehen habe. Meine Magersucht war also ein Hilfsmittel für mich, so wie sie es, meine ich, für viele Menschen ist. Ich war damals ziemlich stolz auf mich, ganz oben an der Treppe angelangt zu sein, wo doch die Stufen kaum zu enden scheinen. Ironischer Weise war ich zwar auf dem Höhepunkt der Krankheit angelangt, zugleich aber am Tiefpunkt meines bisherigen Lebens. Mit einem Gewicht von 35 Kilo und einem Ruhepuls von 25 bin ich sozusagen die letzten Stufen hochgeschwebt.“



Diagnosekriterien für eine Anorexia nervosa

Im aktuellen Diagnosesystem DSM-IV¹ wird die Magersucht folgendermaßen beschrieben:

- Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
- Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- Bei postmenarchalen Frauen (Ausbleiben der Regelblutung) das Vorliegen einer Amenorrhö

Des Weiteren wird bei der Anorexia nervosa zwischen zwei Subtypen unterschieden:

„restriktiver Typ“ → Fasten und/oder übermäßige körperliche Betätigung
„bulimischer Typ“ → Erbrechen und/oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika

Für die Diagnose Magersucht im Erwachsenenalter ist im Diagnosesystem ein BMI (Body Mass Index) von 17,5 oder kleiner festgelegt. Dieser berechnet sich wie folgt:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

Im Gewichtsnormalbereich befindet sich eine Person dann, wenn ein BMI von 19-24, für Männer 20-25 vorliegt. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren werden zur Bestimmung des BMI Wachstumskurven verwendet, die sich nach dem jeweiligen Alter und Gewicht richten. Im Internet gibt es spezielle Rechner, mit denen sich der BMI im Kindes- und Jugendalter berechnen lässt: www.mybmi.de

¹(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Fassung) der American Psychiatric Association

Mögliche Folgen

10-15% aller Magersüchtigen sterben an ihrer Krankheit. Infolge der chronischen Mangelernährung bei der Anorexia nervosa kann es zu körperlichen Folgeschäden kommen. Dazu gehören u.a.:

- Konzentrationsstörungen
- niedrige Körpertemperatur und dadurch starke Kälteempfindlichkeit und Blaufärbung der Extremitäten durch verminderte Durchblutung
- erhöhter Puls
- Nährstoffmangel
- Elektrolytstörung
- bei sehr schneller Gewichtsabnahme: Wassereinlagerung am Herzen
- Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen und Licht
- Magen-/Darmbeschwerden
- Kachexie (schwere Form der Abmagerung)
- Anfälligkeit für Entzündungen
- Ausbleiben der Menstruation
- Pubertätsstopp bzw. Wachstumsstörung
- trockene Haut, brüchige Haare und Nägel bis hin zu Haarausfall
- Lanugobehaarung aufgrund einer Hormonstörung (flaumige, schwarze Härchen am ganzen Körper)
- Gelbliche Hautfarbe
- Osteoporose (unzureichende Knochenmineralisierung)
- Herz-Kreislaufbeschwerden
- Sinken des Blutzuckerspiegels
- Zahnschäden
- Zwangsstörung, Angststörung (soziale Phobie)
- Apathie

3.

Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)

Der Fachterminus für die seit 1980 in dem amerikanischen Diagnosesystem (DSM-III) als eigenständiges Krankheitsbild anerkannte Ess-Brech-Sucht lautet Bulimia nervosa (kurz auch Bulimie genannt) (Fegert, Eggers & Resch, 2012). Das Wort kommt aus dem Griechischen, bedeutet so viel wie Ochsen-/ oder Stierhunger und umschreibt eines der Symptome dieser psychosomatischen Erkrankung: den Heißhunger.

Bei Personen mit einer Bulimie kommt es in regelmäßigen Abständen zu regelrechten Essattacken, die sie nicht mehr kontrollieren können.

Miriam (17) erzählt:

„Als ich neulich nach dem Mittagessen von der Schule heim kam, führte mich der erste Weg wie so oft zum Kühlschrank. Meine Mutter hatte am Vortag einen Quarkkuchen gebacken, von dem nur zwei Stück weg waren. Ich hatte auf einmal so einen krassen Heißhungeranfall, dass ich mich über den Kuchen hergemacht hab. Ich habe noch nicht mal eine Gabel benutzt. Sieht mich ja eh keiner. Weil das so süß war, hab ich mir dazu noch `ne Tüte Chips aufgemacht. Nach jedem Stück Kuchen hab ich mir gesagt, ‚das ist das letzte‘, aber ich konnte einfach nicht aufhören. Es ist wie ein Zwang: Du musst alles aufessen. Mit jedem Bissen wurde mein Gewissen schlechter und ich war wieder so enttäuscht von mir. Deshalb bin ich aufs Klo und hab alles ausgekotzt. Dieses Mal kam Blut mit. Ich hatte so `nen Schrecken bekommen, dass ich meiner Mutter am Abend endlich alles gestanden habe.“

Der Kontrollverlust führt zu einer exzessiven Zuführung übermäßig großer Mengen hochkalorischer und leicht verdaulicher Lebensmittel, die Personen mit einer Bulimie innerhalb kurzer Zeit verzehren (Meermann & Borgart, 2006) und aus Scham meist

heimlich zu sich nehmen: Fachleute sprechen von einem „ritualisierten Essverhalten in der Heimlichkeit“. Essen dient bei den Patienten als Spannungsabfuhr von Wut und Ärger; Isolation, Langeweile oder Depression. Aus Scham und Angst davor, an Gewicht zuzunehmen, erbrechen die meisten Patienten mit einer Bulimia nervosa das Essen kurz nach dem Verzehr oder greifen zu anderen Mitteln, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Dazu gehören unter anderem der Einsatz von Abführmittel, Wassertabletten, die Anwendung von Einläufen, maßlose körperliche Betätigung und Fastenperioden (Fegert & Kölsch, 2012). Dieses Verhalten reduziert die Angst, dass die Kalorien Spuren am Körper in Form von Fettpolstern hinterlassen und führt somit kurzfristig zu einer Anspannungsreduktion (Fegert, Eggers & Resch, 2012).



Allerdings bringen Fasten und Erbrechen den Körper aber aus seinem Gleichgewicht und es entsteht ein Mangelzustand, der einen biologischen Schutzmechanismus des Körpers auslöst: um diesen Zustand zu beheben, ist der Körper auf Nahrungssuche ausgerichtet. Es entstehen starke Hungergefühle, die Gedanken und Gefühle beschäftigen sich exzessiv mit dem Thema Essen (besonders mit hochkalorischen Lebensmitteln). Dadurch steigt das Risiko für einen Essanfall, der für die Betroffenen durch die gestörte Wahrnehmung von Hunger und Sättigung unkontrollierbar wird. Die Wahrnehmung des Kontrollverlustes führt zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühle und verstärkt das niedrige Selbstwertgefühl, sodass es wieder zu den oben beschriebenen Reaktionen kommt. (Tuschen-

Caffier & Florin, 2012). Langfristig entsteht somit ein Teufelskreis, aus dem man nicht mehr so leicht herauskommt.

Ähnlich wie bei der Anorexie beherrschen Gedanken um Figur und Gewicht den Lebensalltag. Außerdem zeigen sich die von einer Bulimie Betroffenen nach außen hin als Perfektionisten mit starker Leistungsorientierung (Petermann, 2013). Das geringe Selbstwertgefühl, das mit dem Krankheitsbild einhergeht, ist für Außenstehende oft nur schwer zu durchschauen. Auch sieht man Personen mit einer Bulimie ihre Essstörung nicht unbedingt an: Ihr Körpergewicht liegt meist im Normalbereich bis hin zu leichtem Untergewicht.

Zudem gehen Essanfälle und ausgleichende Maßnahmen mit einem hohen Schamgefühl einher, so dass das Verhalten in der Öffentlichkeit nicht gezeigt wird. Auch bei bulimischen Patienten besteht trotz bestehendem Normalgewicht eine übertriebene Angst vor einer Gewichtszunahme und eine übersteigerte Bedeutung von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung: Sie fühlen sich zu dick („Körperschemastörung“).

Fachleute unterteilen die Bulimia nervosa in zwei Subtypen, je nachdem ob die Patienten regelmäßig erbrechen („purging Typ“) oder andere gewichtsgegensteuernde Maßnahmen ohne Erbrechen anwenden („nicht-purging Typ“).

Die Entwicklung einer Bulimie betrifft überwiegend Mädchen und Frauen in der fortgeschrittenen Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, wobei besonders häufig 18 bis 19-Jährige betroffen sind (Fegert, Eggers & Resch, 2012). In dieser Altersgruppe leiden etwa 2 bis 4% der Bevölkerung unter einer Ess-Brech-Sucht, davon 95% Frauen (Linden & Hautzinger, 2011).



Mögliche Folgen

- Schwellungen der Speicheldrüsen (Hamsterbacken)
- Schäden an Zähnen
- Magen-/Darmbeschwerden, z. B. Magenwandperforation sowie Kalium-, Magnesiummangel, die ihrerseits zu Herzrhythmuschäden führen
- Speiseröhreneinrisse
- Nierenschäden
- Schluckbeschwerden
- trockene Haut und brüchige Haare und Nägel
- Hormonstörung und in der Folge Ausbleiben der Menstruation
- Gestörtes Hunger- und Sättigungsempfinden
- Nährstoffmangel und in der Folge unter anderem eingeschränkte Leistungsfähigkeit/Konzentration
- Müdigkeit
- Zwangsstörung, Angststörung (soziale Phobie)
- Depressionen
- Selbstverletzung (Borderline)
- Apathie



Diagnosekriterien für eine Bulimia nervosa

Im aktuellen Diagnosesystem DSM-IV¹ wird die Ess-Brech-Sucht folgendermaßen beschrieben:

Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.

2. Das Gefühl während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln und Entwässerungstabletten)

Die Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.

Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

Des Weiteren wird bei der Bulimia nervosa zwischen zwei Subtypen unterschieden:

„Purging Typ“ → regelmäßiges Erbrechen und/oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika

„Nicht-Purging Typ“ → Fasten und/oder übermäßige körperliche Betätigung

¹(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Fassung) der American Psychiatric Association

4.

Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung)

Erst 1994 wurden für die Ess-Sucht im amerikanischen Diagnosesystem (DSM-IV) Forschungskriterien aufgestellt, um die Mechanismen zu ergründen, die diese Störung bedingen. In der neusten Version des amerikanischen Diagnosesystems (DSM-V) wurde sie nun als eigenständiges Störungsbild aufgenommen (Stein & de Zwaan, 2013). Im ICD-10 existiert die Diagnose bisher nicht und kann nur als „nicht näher bezeichnete Essstörung“ vergeben werden (Herpertz, Zwaan & Zipfel, 2008).



„Binge-Eating“ bedeutet im Englischen „Fressgelage“ und hat wenig zu tun mit dem genüsslichen Verzehr von Speisen (Stemmer-Lück, 2009). Stattdessen kommt es wie bei der Ess-Brech-Sucht auch zu Fressanfällen, bei denen innerhalb kurzer Zeit sehr große Mengen an Nahrung hastig und gierig verschlungen werden, auch wenn kein Hungergefühl besteht (Reich, 2010). Zwanghaft essen die Betroffenen Süßes, Salziges, Deftiges und Saures durcheinander, bis alles verzehrt ist. Sie können diese Anfälle nicht steuern und es erscheint ihnen währenddessen schier unmöglich, mit dem Essen aufzuhören. Sie verlieren die Kontrolle über ihr Verhalten (DSM-IV).

Im Gegensatz zu Personen mit einer Bulimie kompensieren sie solche Fressattacken nicht indem sie erbrechen, Diät halten, maßlos Sport treiben, Abführmittel, Wassertabletten oder sonstige Medikamente einnehmen. Gefühle von Scham, Verzweiflung und Ekel gegenüber sich selbst sind nach einem solchen Anfall übermächtig und lösen bei den Betroffenen Angst aus. Die meisten ziehen sich langfristig aus dem sozialen Umfeld zurück und essen heimlich (Herpertz-Dahlmann, 2008).

Die Ess-Sucht ist weiter verbreitet als Anorexia und Bulimia nervosa. Sie tritt vermehrt bei Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren auf und betrifft in der Normalbevölkerung ca. 2% (Ullrich, 2012). Rund zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen (Herpertz, 2011).

Auch wenn diese Form der Essstörung häufig mit Übergewicht einhergeht, ist sie nicht mit der Adipositas (Fettleibigkeit) gleichzusetzen. Letzt genannte ist keine psychosomatische Erkrankung wie die Binge-Eating-Störung, sondern bezeichnet lediglich einen Überschuss an Fett (BMI über 30). Personen mit Adipositas haben zwar sichtbar zu viel auf den Rippen, können aber mit Genuss und in der Öffentlichkeit essen. Bei ihnen stellt die Nahrungsaufnahme keine Ersatzfunktion dar. Allerdings geht die Binge-Eating-Störung häufig mit Adipositas einher. Unter den Adipösen leiden etwa 1 bis 9% an einer Binge-Eating-Störung (Wabitsch, Hebebrand, Kiess & Zwiauer, 2005).



Diagnosekriterien für eine Binge-Eating-Störung

Im aktuellen Diagnosesystem DSM-IV¹ wird die Binge-Eating-Störung folgendermaßen beschrieben:

Wiederholte Episode von Fressanfällen, gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:

1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. 2 Stunden), die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen würden.
2. Das Gefühl, das Essverhalten während des Fressanfalls nicht kontrollieren zu können

Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

- Wesentlich schneller essen als normal,
- Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
- Aufnahme großer Nahrungsmengen, auch wenn man sich nicht hungrig fühlt,
- Alleine essen aus Scham und Verlegenheit über die Menge, die man isst,
- Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach den Fressanfällen

Deutliche Stressbelastung wegen der Fressanfälle

Durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über mindestens drei Monate

Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung der Gewichtszunahme durchgeführt. Die Essstörung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

¹(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Fassung) der American Psychiatric Association

Mögliche Folgen

Die möglichen Folgeerscheinungen beziehen sich hier in erster Linie auf Überlastungen durch ein hohes Gewicht.

- Bluthochdruck und damit erhöhtes Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen und Gefäßerkrankungen (z. B. Arteriosklerose)
- Metabolisches Syndrom (Übergewicht + gestörte Blutfett- und Blutzuckerwerte + zu hoher Blutdruck)
- Überlastungen des Herzens und Kreislaufs
- erhöhte Blutfettwerte
- Gallensteine
- Leberschäden
- Erhöhtes Risiko für Diabetes
- Vermehrte Gelenk- und Wirbelsäulenschäden
- Bildung von Abszessen
- Atemstörung im Schlaf bzw. Schlafapnoe-Syndrom
- allg. Gefühl von Ohnmacht, Scham und Ekel gegenüber sich selbst



5.

Risikofaktoren

Oft stellen sich Eltern und Angehörige die Frage, woher die Essstörung eigentlich kommt und geben sich die Schuld am Leid des Betroffenen. Doch der menschliche Organismus und die Umweltfaktoren, die auf ihn einwirken, sind viel zu komplex, als dass man an einem bestimmten Auslöser festmachen könnte, was diese Suchterkrankungen auslöst. Es gibt unterschiedliche Ursachen, die eine Rolle spielen können und die immer erst in ihrem Zusammenwirken eine Essstörung auslösen können (Fegler, 2002). In der Psychologie spricht man von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge. Darunter versteht man das Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen und für jeden Betroffenen anders gewichtet sind. Einige stellen wir im Folgenden vor:

Die Macht der Gene

Der genetische Anteil am Entstehen einer Essstörung konnte in Familien- und Zwillingsstudien gezeigt werden. In Erstgenannten hat man herausgefunden, dass das Risiko, eine Essstörung zu bekommen ansteigt, wenn bereits andere leibliche Verwandte (Eltern, Großeltern, Tante, Onkel, ...) zuvor erkrankt sind (Herpertz, Zwaan & Zipfel, 2008). So haben Töchter von anorexie- oder bulimiekranken Frauen im Vergleich zu solchen ohne Erkrankung ein ca. 11-mal höheres Risiko, diese Formen der Essstörung zu entwickeln (Fegert, Streeck-Fischer & Freyberger, 2011). Zwillingsstudien vermuten einen erblichen Anteil von ca. 50% (Herpertz, Zwaan & Zipfel, 2008). Die Gene sind aber nicht allein dafür verantwortlich, dass sich eine Essstörung entwickelt, sondern erhöhen nur die Wahrscheinlichkeit dafür. Es müssen noch andere Faktoren hinzukommen, um die Dynamik in Gang zu setzen.

Medizinische Faktoren

Komplikationen während der Geburt und innerhalb der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschafts-Bluthochdruck) erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer Anorexie oder Bulimie des Kindes. Dasselbe gilt für Frühgeburten und jene Kinder, die als Neugeborene mit Herzproblemen zur Welt kommen. Auch Übergewicht oder eine früh einsetzende körperliche Reifung können mögliche Risikofaktoren darstellen

(Herpertz, Zwaan & Zipfel, 2008). Deshalb ist es wichtig, bei der Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte der Erkrankung) diese Faktoren zu erfragen.

Temperament und Persönlichkeit

Jeder Mensch verfügt über individuelle Charaktereigenschaften, die ihn einzigartig machen. Einige davon stehen im Zusammenhang mit Essstörungen. Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder in der Pubertät eher eine Essstörung entwickeln, wenn sie ängstlich sind, sich selbst wenig zutrauen, eher verschlossen und besonders harmoniebedürftig sind. Hinzukommen meist Ehrgeiz und Perfektionismus sowie die Neigung zu zwanghaftem Verhalten und Ritualen (Arolt & Kersting, 2010). Sie werden von Eltern und Lehrern als gut bis sehr gut in der Schule beschrieben und zeigen Ehrgeiz z. B. auch im Sport. Sie leben nach dem Motto: „Gut ist nicht gut genug“, glauben trotz guter Leistungen unfähig zu sein und haben Angst zu versagen. Sie haben oft eine geringe Selbstsicherheit, wirken wenig selbstständig und vermeiden Konflikte (Herpertz, 2011).

Im Gegensatz zu Menschen mit Magersucht sind diejenigen mit einer Bulimie impulsiver, weniger introvertiert und kontrolliert, aber ebenso selbstunsicher. Sie vertrauen ihren Fähigkeiten und Leistungen nicht, sind abhängig von der Bewertung durch andere und lassen sich in höherem Maße von nahestehenden Personen verunsichern (Kremser, 2011).

Gesellschaftliche Faktoren

An dem gängigen Schönheitsideal unserer Gesellschaft kommt man heutzutage kaum vorbei. Aus der Werbung schallt es uns entgegen: „Du musst dünn sein, denn dünn bedeutet schön, attraktiv, leistungsfähig, dynamisch und erfolgreich. Nur dann bist du etwas wert.“ Vor allem Mädchen und junge Frauen mit u. a. großer Unzufriedenheit mit der Figur und dem Gewicht, niedrigem Selbstbewusstsein und Diätverhalten nehmen sich dieses Credo zu Herzen. Sie lassen sich leicht vom Aussehen und Auftreten der Topmodels im Fernsehen beeinflussen und eifern diesen Idealvorstellungen nach (Reich, 2010). Idole in der Pubertät zu haben ist wichtig, um die eigene Identität zu formen. Aber im Vergleich mit diesen Vorbildern schneiden sie schlechter ab. Daraus resultiert Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren, der Figur und dem Gewicht. Dass es sich allerdings dabei unter Umständen um Frauen mit zum Teil starkem Untergewicht handelt, die zuvor aufwändig gestylt werden und deren Fotos nachbearbeitet sind, ist vielen nicht bewusst.

Neben den Massenmedien werden die gängigen Ideale auch durch Bemerkungen von

Gleichaltrigen, Geschwistern oder Freunden verbreitet und es findet eine Orientierung daran statt. Zusammen mit den bereits genannten Risikofaktoren kann das gängige Schönheitsideal die Entwicklung einer Essstörung begünstigen (Herpertz, 2011).

Veränderte Rollenerwartungen

In unserer heutigen Gesellschaft wird von einer Frau erwartet, dass sie Beruf und Familie unter einen Hut bekommt und zusätzlich noch Schönheit, Fürsorglichkeit, Höflichkeit und Warmherzigkeit verkörpert. Überfordert von diesen vielen Ansprüchen scheint die Essstörung ein Versuch zu sein, um diesem Druck zu entkommen (Kremser, 2011).

Diäten

Diäten können ein Einstieg sein, müssen aber nicht zwangsläufig zu einer ausgeprägten Essstörung führen. Je verbissener aber auf die Zufuhr von Kalorien geachtet wird, desto eher kann es passieren, dass man in einen Teufelskreis aus Hungern, Essanfällen, Erbrechen und Heißhungerattacken mit Kontrollverlust gerät. Diese Verhaltensweisen können sich langsam verfestigen und zu einer Essstörung werden. Das Hungern selbst wirkt sich massiv auf den Stoffwechsel aus und führt zusätzlich zu biologischen Veränderungen, die die Krankheit aufrecht erhalten. Der schnelle Verlust von Gewicht kann zudem als ein Gefühl von Willensstärke und Macht über den eigenen Körper verkannt werden (Stein & de Zwaan, 2013).

In der Wissenschaft wurde herausgefunden, dass Kinder, die lange und streng Diät halten überdurchschnittlich zu einem geringen Selbstwertgefühl, depressiven Verstimmungen und Angststörungen neigen. Diese Symptome sind Begleiterscheinungen von Essstörungen, von denen man nicht sagen kann, ob sie Ursache oder Folge sind.

Ein weiterer Erklärungsansatz für den Verzicht auf Nahrung und die Entstehung einer Magersucht kann das Überangebot an Nahrung sein, das wir in den westlichen Industriegesellschaften vorfinden, und von dem sich manche loslösen wollen (Herpertz, 2011).

Familiäre Einflüsse

Ein Erklärungsmodell vermutet, dass der Erziehungsstil oder der Umgang der Familienmitglieder untereinander Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung sind. In Familien, in denen das Gefühl der Zusammengehörigkeit überbetont wird und das Bedürfnis nach Harmonie extrem groß ist, treten Essstörungen gehäuft auf

(Arolt & Kersting, 2010). Der Grund: Persönliche Wünsche können zu kurz kommen. Wenn das Kind harmoniebedürftig und ängstlich ist, so die Annahme, wollen die Eltern es beschützen und behandeln es in der Folge eventuell überbehütend, wodurch die Autonomieentwicklung ihres Kindes, die Eigenständigkeit und Neugierde auf Neues geschwächt werden kann. Eine Essstörung zu entwickeln wäre dann eine Reaktion des Kindes, um sich die Entscheidungsfreiheit unbewusst wieder zurückzuerobern oder um noch mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit zu erhalten.

Eine andere Gefahr stellt der Umgang mit dem Essen in der Familie dar: Macht die Mutter ständig Diäten oder kontrolliert ihr Essverhalten, mäkelte an ihrer Figur herum oder macht abfällige Bemerkungen gegenüber dem Aussehen anderer, so schauen sich Kinder dieses Verhalten womöglich ab, denn Kinder lernen am Modell (Herpertz, 2011).



6.

Hinweise auf eine Essstörung

Es gibt ein paar Anzeichen und Verhaltensweisen, die auf eine Gefährdung bzw. auf das Vorliegen einer Essstörung hindeuten können. Eltern sollten jedoch nicht in Panik geraten, wenn ihnen einige der folgenden Merkmale bekannt vorkommen, sondern behutsam beobachten, ob und in welchem Ausmaß dieses Verhalten evtl. auf ihr Kind zutrifft. In vielen Fällen wäre ein vorschnelles Handeln sicher nicht zielführend. Vergessen Sie nicht, dass die Pubertät auch Veränderungen mit sich bringt. Extreme Verhaltensweisen und Stimmungsumschwünge sind weit verbreitet. Halten Auffälligkeiten im Verhalten jedoch eine längere Zeit an und treten sie in Kombination mit einem veränderten Essverhalten bzw. auffälligen Gewichtsschwankungen auf, können sie auf eine sich entwickelnde Essstörung hinweisen.

- Der Tag beginnt und endet mit dem Blick auf die Waage
- Deutliche Gewichtsreduktion oder -zunahme in den letzten Wochen
- Kalorienzählen, Diäten machen, ein zunehmendes Interesse an der Nahrungsmittelzusammensetzung und am Kaloriengehalt
- Einteilung der Lebensmittel in erlaubte und verbotene
- Vermeiden gemeinsamer Mahlzeiten
- Winzige Portionen auf dem Teller
- Heimlichkeiten im Umgang mit Essen
- Horten von Nahrungsmitteln im Zimmer
- Lebensmittel, die auf unerklärliche Art und Weise verschwinden
- Zunehmende Leistungsorientierung und Isolation
- Übertriebene sportliche Betätigung
- Unzufriedenheit mit der Figur und ständiges Vergleichen mit anderen schlanken Menschen

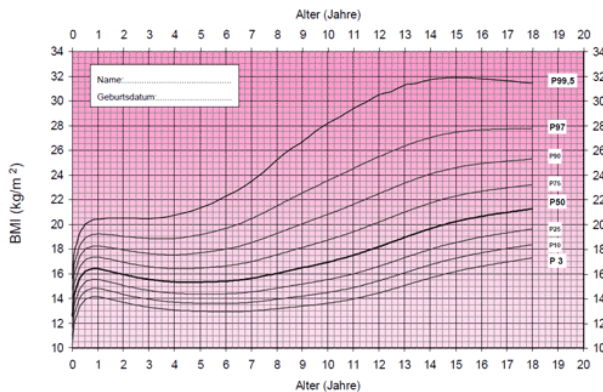
- Tragen von verhüllender oder zu warmer Kleidung
- Häufiges Frieren (blaue Lippen, Hände, Füße)
- Ausgeprägter Bewegungsdrang (nicht still sitzen können)
- Häufige Bauchschmerzen
- Auftreten von Schwächeanfällen, die herunter gespielt werden
- Häufiger Gang zur Toilette nach den Mahlzeiten
- Übermäßiges oder heimliches Mitnehmen von Mineralwasser (erleichtert das Erbrechen)
- Schwellungen der Speicheldrüsen (sog. „Hamsterbacken“)
- Läsionen (Abschürfungen) an Fingern oder auf den Handrücken (Beim Auslösen des Würgereflexes setzt der Beißreflex ein)
- Grad der Beeinträchtigung des sozialen Lebens (z. B. Freunde, Freizeit)



INFO

Es ist zu einer Gewichtskontrolle durch den Kinderarzt (regelmäßige Wiegetermine) anzuraten, um bei Verdacht auf Magersucht frühzeitig weitere Maßnahmen ergreifen zu können. Bei Kindern sollte ein Gewicht unterhalb der Kurve P10 der altersentsprechenden BMI-Normkurven¹ Anlass zur Sorge sein. Unterhalb der Kurve P3 muss sofort gehandelt werden. Bei sehr starkem Untergewicht kann bereits leichtes Fieber lebensbedrohlich werden.

BMI unter 18,5	Untergewicht
BMI 18,5 bis 24,9	Normalgewicht
BMI 25,0 bis 29,9	Übergewicht
BMI 30,0 bis 34,9	Adipositas I
BMI 35,0 bis 39,9	Adipositas II
BMI über 40,0	Adipositas III



¹ <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8>

7.

Ess-O-Ess für Angehörige



Es kann oft mehrere Wochen und Monate in einigen Fällen auch Jahre dauern, bis man als Angehöriger, Bekannter oder Arbeitskollege bemerkt, dass die Person, mit der man es tagtäglich zu tun hat, an einer Essstörung leidet.

Auch wenn es für Angehörige schwer zu begreifen ist, so macht eine Essstörung für die Betroffenen Sinn: Sie regulieren damit in gewisser Weise ihre Gefühle und bauen ihre innere Spannung ab, was kurzfristig zu einer Reduktion der emotionalen Anspannung führt. Dies wird als subjektiver Krankheitsgewinn bezeichnet. Solange dieser Nutzen stärker als das Leiden ist, sehen Betroffene keinen Sinn darin, sich anderen anzuvertrauen, Hilfe anzunehmen oder aufzusuchen. Doch was können Sie tun, wenn Sie erste Anzeichen z. B. bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter erkannt haben? Wie sollen Sie sich nun am besten verhalten? Hier finden Sie ein paar hilfreiche Tipps:

Bei Tisch

Überprüfen Sie Ihre Annahmen, indem Sie unauffällig bei Tisch darauf achten, ob und was Ihr Kind isst, aber ohne es zu sehr zu kontrollieren oder vorschnelle Bemerkungen über Menge und Art der Speise zu machen. Denken Sie daran, dass das Essverhalten das Symptom und nicht das Problem ist. Sticheleien sind verletzend und führen nicht weiter:

Vermeiden Sie daher Gespräche über Essen, Diäten, Kalorien, Kochen, Figur und Gewicht bei Tisch und gehen Sie auch sonst behutsam mit Ihren Aussagen um.

Hat sich etwas verändert?

Nicht nur am Essverhalten zeigt sich eine Essstörung. Also haben Sie nicht ausschließlich das Verhalten bei Tisch im Blick, sondern schauen Sie, ob sich die Stimmung, der Kontakt zu Gleichaltrigen, die Freude an den Hobbys etc. verändert haben. So schaffen Sie eine breitere Grundlage für eine Argumentation und können Ihre Bedenken stützen.

Sich einfühlen

Vorwürfe und Schuldzuweisungen führen dazu, dass das Gegenüber sich noch mehr verschließt. Mit Verständnis erreichen Sie hingegen sehr viel mehr. Bitten Sie Ihren Angehörigen um ein Gespräch und hören Sie ihm/ihr aufmerksam und geduldig zu. Signalisieren Sie, dass Sie die Sorge und Ängste Ihres Gegenübers ernst nehmen. So schaffen Sie eine Atmosphäre von Vertrauen, der erste Schritt in Richtung Gesundheit.

Abwarten und Tee trinken?

Bagatellisieren Sie die Erkrankung nicht nach dem Motto „Das renkt sich schon von allein wieder ein. Daran ist einzig und allein die Pubertät schuld“, sondern nehmen Sie erste Anzeichen ernst. Je schneller die Erkrankung nach Ausbruch festgestellt wird, umso wirkungsvoller ist die Therapie.

Auf den Tisch gebracht

Ihre eigenen Beobachtungen sind Grund genug ein Gespräch zu beginnen. Deshalb brauchen Sie sich nicht zu rechtfertigen. Sprechen Sie behutsam an, welche Veränderungen Sie in der letzten Zeit beobachtet haben und geben Sie ihrem Gegenüber zu verstehen, dass Sie sich Sorgen machen. Halten Sie sich mit Anschuldigungen und Vorwürfen zurück.

Lassen Sie sich nicht in Verleugungsstrategien (z. B. „Ich habe schon in der Schule gegessen.“) hineinziehen. Da das Thema Essen oft schambesetzt ist und innerlichen Stress auslösen kann, ist Lügen eine Strategie, um dem unangenehmen Thema auszuweichen. Setzen Sie Ihr Kind dann nicht unter Druck, sondern suggerieren Sie ihm, dass es jederzeit zu Ihnen kommen kann und Sie ihm vertrauensvoll zuhören werden.

Geben Sie Ihrem Kind die Möglichkeit, sich zu öffnen, wenn es dazu bereit ist.

Rollenverteilung in der Familie

Vermitteln Sie ihrem Kind, dass sie es so lieben und wertschätzen, wie es ist und zwar unabhängig von Schulnoten und äußerem Erscheinungsbild.

Halten Sie darüber hinaus eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufrecht. Achten Sie auf eine klare Rollenverteilung innerhalb der Familie, das bedeutet, dass die Eltern die Elternfunktionen übernehmen und diese nicht von den Kindern (teil-)übernommen werden.

Behandeln Sie ihre Kinder ihrem Alter entsprechend. Mit Teenagern sollten Sie nicht wie mit kleinen Kindern umgehen, denn das kann das essgestörte Verhalten fördern. Dadurch untergraben Sie die Autonomie und Selbstständigkeit Ihres Kindes. Bieten Sie stattdessen Ihre Unterstützung an bei Dingen, die Sohn und Tochter eigenständig regeln müssen, aber nehmen Sie nichts ab.

Das eigene Verhalten überdenken

Überprüfen Sie Ihre eigenen Einstellungen in Bezug auf Essen und Diätverhalten. Bewerten Sie andere Menschen anhand ihrer Figur oder dem Äußeren? Denn wenn für Sie Schönheit, Figur und Gewicht zentrale Themen sind, wird es schwierig, glaubhaft dagegen zu argumentieren.

Informationsmaterialien bereithalten

Jemanden zu einer Therapie oder Beratung zu drängen hilft nicht weiter; denn von einer Essstörung Betroffene fühlen sich dadurch noch mehr unter Druck gesetzt. Sie könnten z. B. Broschüren und Informationsmaterialien bereithalten. Es kann sein, dass Sie erst einmal auf Widerstand stoßen. Betroffenen kann nur dann geholfen werden, wenn sie es selber wollen. Bei Kindern unter dem 18. Lebensjahr dürfen Sie aber nicht zu lange abwarten, denn Sie tragen die Verantwortung für das Wohl Ihres Kindes. Suchen Sie gemeinsam einen Psychotherapeuten in der Nähe auf.

Sich selbst Tipps geben lassen

Beratungsstellen in ihrer Nähe, Internetforen oder Selbsthilfegruppen können Angehörigen helfen, die nötige Kraft im Kampf gegen die Essstörung aufzubringen. So haben Sie die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und merken, dass Sie nicht alleine sind.

Stärken stärken

Auch wenn es schwer fällt: Schauen Sie nach vorne. Der Blick zurück „Was haben wir falsch gemacht?“ hilft nicht weiter, sondern schürt nur neue Ängste und Unsicherheiten. Überlegen Sie sich lieber, was in ihrer Familie alles gut läuft, welche Stärken die einzelnen Mitglieder auszeichnen und welche Fähigkeiten jeder hat. Versuchen Sie, die positiven Aspekte des Zusammenlebens wertzuschätzen.

Denken Sie auch an sich

Ist ein Familienangehöriger an einer Essstörung erkrankt, hat das Konsequenzen für die gesamte Familie. Man nimmt automatisch Rücksicht auf die erkrankte Person, ihre Wünsche und Probleme.

Doch wann haben Sie das letzte Mal an sich gedacht? Wie steht es um Ihr Eheleben oder Ihre Partnerschaft? Auch wenn das Thema Essstörungen dominiert, sollten Sie sich hin- und wieder ohne schlechtes Gewissen eine Auszeit nehmen, um Kraft zu sammeln und zumindest kurzzeitig zur Ruhe zu kommen. Danach haben Sie vielleicht einen anderen Blick auf die Situation. Gespräche mit dem Partner und Freunden über Ihre Ängste und Sorgen könnten Ihnen zudem dabei helfen, Dramatisierungen zu verhindern.



Was können Lehrkräfte tun? Was sollten sie vermeiden?

Sie sind Lehrkraft an einer Schule und Ihnen ist aufgefallen, dass ein Schüler oder eine Schülerin Verhaltensweisen zeigt, die Sie mit einer Essstörung in Verbindung bringen. Wie sollten Sie nun am besten vorgehen?

Was Sie tun sollten

- Sprechen Sie in Verdachtsfällen mit einer Kollegin, denn vier Augen sehen mehr als zwei und holen Sie sich Unterstützung. Besprechen Sie dann die nächsten Schritte.
- Vertrauen Sie Ihrer Intuition. Wenn Ihre Beobachtungen Sie beunruhigen, dann suchen Sie ein Gespräch mit der Schülerin/dem Schüler, um Klarheit zu haben, was mit ihr/ihm los ist. Machen Sie sich bewusst, dass eine Essstörung Auswirkung auf den Klassenverband haben kann. Mitschüler machen sich u. U. Sorgen, fühlen sich unsicher und haben Ängste im Umgang mit der/dem Betroffenen.

Was Sie vermeiden sollten

- Machen Sie keine indiskreten oder unbedachten Bemerkungen („Du siehst täglich dünner aus.“, „Hast du vielleicht eine Magersucht?“) im Beisein anderer. Das bringt Ihr Gegenüber in Verlegenheit und das Gespräch verliert an Offenheit.
- Kontrollieren Sie weder das Essverhalten noch das Gewicht. Das führt zu weit.
- Reduzieren Sie nicht die sozialen Anforderungen innerhalb des Unterrichts, sondern behandeln Sie die Schülerin wie jede/n andere/n auch. Wenn jemandem eine Sonderrolle zukommt, kann das Auswirkungen auf den Umgang anderer mit dieser Person haben. Zudem resultiert daraus evtl. ein subjektiver Krankheitsgewinn auf Seiten der/des Betroffenen, der zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen kann.
- Loben Sie nicht außerordentliche schulische Leistungen der/des Betroffenen. Perfektionismus und Leistungsorientierung gehen oft mit der Störung einher. Durch Lob bestärken Sie die betroffene Person in ihrem Handeln.

Wenn Sie die Schülerin ansprechen, achten Sie auf folgende Punkte:

- Achten Sie auf eine gute Gesprächsatmosphäre: Sie sollten allein mit der betroffenen Person sprechen und zwar nicht zwischen Tür und Angel – nehmen Sie sich Zeit.
- Benennen Sie Ihre Wahrnehmungen einfühlsam, aber deutlich.
- Senden Sie Ich-Botschaften (Beispiel: „Ich habe bemerkt, dass du dich immer mehr zurückziehst...“). Du-Botschaften können als Anschuldigungen missverstanden werden (Beispiel: „Du siehst ziemlich abgemagert aus.“).
- Drücken Sie Ihre Sorge als Motiv für das Gespräch aus. („Ich habe das Gefühl, dass du ziemlich abgenommen hast und ich mache mir nun etwas Sorgen um dich.“)
- Signalisieren Sie weitere Gesprächs- und Unterstützungsbereitschaft.
- Sollten Sie die Eltern mit einbeziehen wollen, dann teilen Sie das der Schülerin unbedingt mit. Sie verlieren sonst das Vertrauen.
- Achten Sie auf Ihre Grenzen: Sie können eine erste Hilfestellung geben, aber die Eltern tragen die Verantwortung für ihr Kind.

In manchen Fällen hilft nur noch ein Gespräch mit den Eltern. Die Schülerin sollte ihr Einverständnis dazu geben oder zumindest darüber informiert sein. Im Gespräch können Sie Ihre Eindrücke mit denen der Eltern abgleichen und ihnen Informationen über professionelle Angebote geben. Denn die Eltern sollen im Interesse ihres Kindes Hilfeschnitte einleiten.

Seien Sie zurückhaltend mit Diagnosen und Vermutungen:



So ist es richtig: „Ich habe beobachtet, dass ihre Tochter in einem kurzem Zeitraum stark abgenommen hat...“



So nicht: „Ihre Tochter hat Magersucht!“

9.

Verdacht auf eine Essstörung? Schritte in eine Behandlung und Therapiemöglichkeiten

Am Schweregrad der Essstörung lässt sich bemessen, welche Therapie angeraten ist. Leichten Verlaufsformen kann gut mit ambulanter Psychotherapie und Ernährungsberatung begegnet werden. Bei schweren Verlaufsformen wird meist der Aufenthalt in eine Spezialklinik oder einer Psychiatrie angeraten.

Bis eine Essstörung überwunden ist, können Monate oder Jahre vergehen. Es ist daher wichtig, dass Sie nicht die Hoffnung und den Mut verlieren.

Früherkennung

Hausarzt oder Kinderarzt

Hausärzte oder Kinderärzte können das Gewicht des Betroffenen überprüfen und einschätzen, ob dieses für Körpergröße und Entwicklungsstand des Kindes im Vergleich zur Normpopulation stimmig, bzw. zu hoch oder zu niedrig ist. Bei der Früherkennung einer Essstörung stellt der Arzt noch weitere Fragen, um sich einen Eindruck über den aktuellen Zustand zu verschaffen. Ist dieser aus medizinischer Sicht besorgniserregend, werden weitere Behandlungsangebote eingeleitet.

Beratung

Sozialpsychiatrischer Dienst

Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Kind könnte sich am Beginn einer Essstörung befinden, können Sie sich an den sozialpsychiatrischen Dienst wenden, eine Abteilung des Gesundheitswesens eines Landkreises. Dort sind Sozialarbeiter/-innen und Pädagogen/-innen tätig, die sowohl Angehörige als auch Betroffene bei Fragen zur psychischen Gesundheit beraten und weitere Hilfe vermitteln. Auch steht Ihnen dort meist ein Facharzt für Psychiatrie zur Seite, der Sie hinsichtlich psychiatrischer

Fragestellungen beraten kann. Die Hilfsangebote dort unterliegen der Schweigepflicht und sind kostenlos.

Beratungsstellen

Eine auf Essstörungen spezialisierte Beratungsstelle kann als erste Anlaufstelle zunächst Klarheit bringen. Dort erhalten Sie Tipps, Informationen und Unterstützung für das weitere Vorgehen. Es kann sein, dass mehrere Fachleute aufgesucht werden müssen, bis ein idealer Weg gefunden wird.

Auch den Hausarzt bzw. Kinderarzt sollten Sie zur medizinischen Überwachung mit einbeziehen. In einem Notfall können Sie sich an die Ambulanz einer Klinik, eine Psychiatrie (Kinder- und Jugendpsychiatrien behandeln Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr) oder an eine Klinik für Psychosomatik wenden.

Selbsthilfe für Angehörige

Die Selbsthilfe kann für Angehörige eine Stütze sein. In der Gruppe treffen Sie auf Personen mit ähnlichen Sorgen und Problemen. Der Erfahrungsaustausch über den Lebensalltag mit einem Angehörigen, der unter einer Essstörung leidet, kann anderen Angehörigen Mut und Hoffnung geben und zuversichtlich stimmen.

Behandlung

Psychotherapie

Als Behandlungsform für Patienten mit einer Essstörung ist die Psychotherapie unabdingbar.

Zu Beginn wird ein Behandlungsvertrag zwischen dem Therapeuten und dem Patienten geschlossen. Dieser beinhaltet unter anderem auch Essenspläne, die zunächst im Vordergrund stehen. In einer ambulanten Therapie gilt bei Untergewicht eine Zunahme von mindestens 500g/Woche. Im weiteren Verlauf rücken andere Themen in den Vordergrund, z. B. geringes Selbstwertgefühl, Zunahme der Autonomie und Ablösung vom Elternhaus, soziale Unsicherheiten, Perfektionismus, Umgang mit Gefühlen, etc.

Man unterscheidet vorwiegend zwei Richtlinienverfahren, deren Kosten von den Krankenkassen erstattet werden: kognitive Verhaltenstherapie, und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Daneben gibt es auch noch Psychoanalyse, interpersonelle Psychotherapie und systemische Familientherapie. Inwiefern Ihre Krankenkasse diese Kosten übernimmt, sollten Sie im Vorfeld abklären.

Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung

In einer ambulanten Psychotherapie können die Betroffenen in ihrem gewohnten sozialen Lebensumfeld bleiben und müssen lediglich die Sprechstunden mit dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin einhalten. Das Gelernte können sie direkt in ihren Lebensalltag integrieren und können von ihren Familien im Heilungsprozess unterstützt werden. Ist die Erkrankung bereits chronifiziert, wird ca. ein Jahr als Behandlungszeitraum angeraten.

Dieses Konzept funktioniert aber nicht bei allen Essgestörten. Magersüchtige werden aufgrund der körperlichen Folgen und des Untergewichts oftmals stationär behandelt. Die BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen ist ein wichtiges Entscheidungskriterium dafür und außerdem spielt die Motivation eine ganz große Rolle: Wie stark ist der eigene Wunsch und Wille wieder gesund zu werden? Wenn keine Eigenmotivation vorhanden, die Symptomatik voll ausgeprägt ist oder ein lebensbedrohliches Untergewicht besteht, so führt kein Weg an einer psychosomatischen oder (kinder- und jugend-) psychiatrischen Klinik vorbei. Dort werden auch körperliche Folgeschäden überwacht. Angehörige und Betroffene können diese Zeit als Chance sehen, die durch beiderseitige Entlastung gekennzeichnet ist und helfen kann, aus einer verfahrenen Situation kurzzeitig auszusteigen. Neben einem abwechslungsreichen Therapieangebot (Körper-, Kunst-, Musik-, Tanz-, Entspannungstherapie) soll in der Behandlung auch wieder Freude am Essen erlebt werden, indem versucht wird, krankhafte Gewohnheiten aufzubrechen. Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Schweregrad: Im Schnitt zwischen vier Wochen und mehreren Monaten.

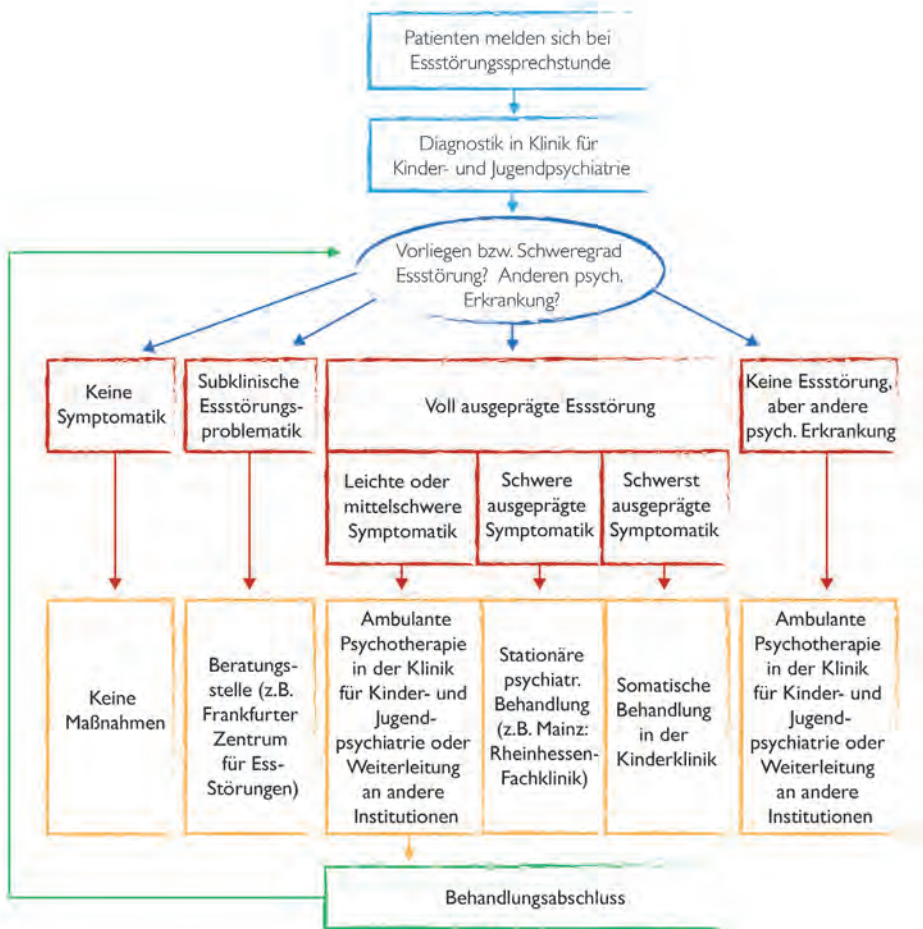
Wohngruppen

Eine Wohngruppe für Jugendliche und junge Erwachsene, die an einer Essstörung leiden, ist eine Alternative zum Leben im Elternhaus. Unter fachlicher Betreuung leben die Betroffenen außerhalb der Klinik zusammen unter einem gemeinsamen Dach und arbeiten an einem neuen Lebenskonzept, wobei sie Schule, Ausbildungsstätte oder den Arbeitsplatz weiterhin besuchen können.

Viele Einrichtungen nehmen Betroffene ab dem 12. bis zum 27. Lebensjahr auf. Voraussetzung zur Aufnahme ist ein gewisser Grad an Motivation, ohne Essstörung

leben zu wollen bzw. den Wunsch zu haben, etwas an seinem Leben in Richtung Besserung verändern zu wollen. Für die meisten Wohngruppen wird zudem ein BMI von 16 oder 17 vorausgesetzt.

Die staatlichen oder kirchlichen Einrichtungen unterstützen Betroffene dabei, ein ganz normales Leben zu führen und arbeiten oft im interdisziplinären Team aus sozialpädagogischer, psychologischer und ernährungswissenschaftlicher Beratung (BZgA).



Geben Sie die Hoffnung nicht auf

Peter zieht ein Resümee:

„Heute würde ich niemals mehr mein Leben aufgeben wollen. Der Krieg gegen mich selbst hat sicher einige Spuren hinterlassen, die ich allerdings nicht missen will. Es gibt sicher wenige Menschen, die sich selbst so gut kennen, wie jemand, der gegen solch eine Krankheit ankämpfen muss. Daraus resultiert für mich vor allem mein eigener Wille. Etwas, das für viele Menschen selbstverständlich ist und deshalb viel zu wenig geschätzt wird.“

10.

Weiterführende Informationen

Rat und Hilfe

- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.:
<https://www.lzg-rlp.de/>
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.:
www.lapk-rlp.de
- Psychiatrienetz: www.psychiatrie.de
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.: www.bapk.de
- SeeleFon Selbsthilfe-Beratung zu psychischen Erkrankungen:
Tel.: 01805-950 951 oder 0228-7100 24 24

Literaturverzeichnis

Arolt, V. & Kersting, A. (2010). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Zugriff am 30.07.2014, von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/K/Kindergesundheit/KiGGS_GPA.pdf

Esser, G. (2011). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Fegert, J. M. & Kölch, M. (2012). *Klinikmanual: Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Fegert, J. M., Eggers, C., Resch, F. (2012). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H. J. (2011). *Kompodium Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.

Giesemann, K. (2014). *Hungern im Überfluss - Essstörungen in der ambulanten Psychotherapie*. Klett-Cotta.

Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (2008): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin: Springer.

Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeeck, A. (2011). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2008). *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Kremser, B. (2011). *Anorexie und Bulimie bei Mädchen in der Pubertät*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Leitzmann, C., Müller, C., Michel, P., Brehme, U., Triebel, T., Hahn, A., Laube, H. (2009). *Ernährung in Prävention und Therapie – Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Hippokrates.

Linden, M. & Hautzinger, M. (2011). *Verhaltenstherapiemanual*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Meermann, R., Borgart, E.J. (2006). *Essstörungen: Anorexie und Bulimie. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nicholls, D. & Viner, R. (2005). Eating Disorders and Weight Problems. *British Medical Journal* 330 : 950–953.
- Petermann, F. (2013). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Reich, G. & Cierpka, M. (2010). *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schneider, F. (2008). *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Stein, B. & de Zwaan, M. (2013). *Psychotherapie im Dialog – Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Stemmer-Lück, M. (2009). *Verstehen und behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2012). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wabitsch, M., Hebebrand, J., Kiess, W. & Zwiauer, K. (2005). *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer Verlag.
- World Health Organization, Drilling, H. (2009). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber Verlag.

Herausgeber: Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.
Postfach 3001, 55020 Mainz
Fon: 06131-53972
Fax: 06131-557128
E-Mail: info@lapk-rlp.de
Internet: www.lapk-rlp.de

Text: M.A., M.Sc. Nicole Schirmer; M.Sc. Eva Bellinger
Fachlektorat: Dipl.-Psych. Arne Bürger; Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
und DBT-Trainer; Universitätsmedizin Mainz
Gestaltung: Verena Ernst
Druck: Druckerei Schwalm, Mainz

Bildquellen:	S. 15 © photocrew/fotolia.com
Titelseite © Melpomene/fotolia.com	S. 17 © Photographee.eu/fotolia.com
S. 3 © Kesu/fotolia.com	S. 18 © Africa Studio/fotolia.com
S. 4 © karandaev/fotolia.com	S. 20 © Jiri Hera/fotolia.com
S. 9 © Peter Bugner	S. 24 © Yantra/fotolia.com
S. 13 © tibanna79/fotolia.com	S. 26 © seralex/fotolia.com
S. 14 © Kzenon/fotolia.com	S. 28 © Andrey Kuzmin/fotolia.com

Stand: 10.2014

Alle Rechte vorbehalten © 2014

Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.

Mit freundlicher Unterstützung der





[The main body of the page is blank white space.]



