

Essstörungen

[VAD_Biologie_Esstörungen.docx]



Klassenstufe	Oberthemen	Unterthemen	Anforderungs- niveau	Durchführungs- niveau	Vorbereitung Durchführung
Sek1 + Sek2	Ernährung	Essstörungen	●●	■	keine

Autor: Dr. Evi Derouet-Hümbert

Kaum ein psychisches Krankheitsbild hat in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit ein so reges Interesse gefunden wie die Essstörungen. Magersucht ist ein ernstzunehmendes Krankheitsbild mit der höchsten Mortalitätsrate aller psychischen Störungen.

Schönheit ist (nicht) alles

In der Welt der erfolgreichen Models, Stars und Sternchen wird ein dünner Körper verlangt. Wer das als Maßstab für Schönheit nimmt, ist schnell mit der eigenen Figur unzufrieden. Vor allem dann, wenn Äußerlichkeiten über Glück und Unglück entscheiden. Dabei wandeln sich Schönheitsideale schnell.



Gerade im Jugendalter, besonders in der Pubertät, setzen sich vorzugsweise Mädchen und junge Frauen intensiv mit ihrem Körperbild auseinander. Schönheit ist ein wichtiges Thema. Man will aussehen wie die Vorbilder in Mode- und Musikwelt, im Sport, im Film oder in der Werbung. Das Figurideal heißt „schlank“. Wer schlank ist, ist nicht nur schön und attraktiv, sondern auch dynamisch und erfolgreich im Beruf und im Privatleben — so machen es uns die Medien glauben. Die Top-Models zeigen auf dem Laufsteg und im Fernsehen, was schlank sein heißt: Viele sind ultradünn und haben das Gewicht einer Magersüchtigen.

Vor allem Mädchen und Frauen haben den großen Wunsch, schlank zu sein. Sie sind unzufriedener mit dem eigenen Körper und dem Gewicht als Jungen. Der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigte, dass fast 50 Prozent der normalgewichtigen 11- bis 17-jährigen Mädchen sich als zu dick wahrnehmen, bei den normalgewichtigen Jungen waren es 26 Prozent. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Körperform kann Selbstzweifel fördern: „So wie ich bin, bin ich nicht richtig.“

n sich Jugendliche von der Familie ablösen, suchen sie Orientierung bei Gleichaltrigen. Die Meinung der Clique, der Freundinnen und Freunde ist wichtig. Hier wird festgelegt, was „in“ ist und was nicht. Jugendliche wollen dazugehören, so sein wie die anderen. Das spielt bei Kleidung wie Aussehen eine große Rolle. Wenn nur dünne Mädchen beliebt sind, wird der Druck auf die mit etwas mehr Gewicht groß, vor allem wenn sie sensibel und wenig selbstbewusst sind. Sich ständig mit den erfolgreichen Schlanken der Gruppe zu vergleichen, kann ein negatives Körperselbstbild verstärken. So können Bemerkungen der Gruppe über Figur und Gewicht dazu führen, sich um das Gewicht Sorgen zu machen, sich auch mit Normalgewicht als zu dick zu fühlen.

(Quelle: BZgA)

Gestört oder noch normal?

Essen ist ein Grundbedürfnis, das unser Überleben sichert; vermittelt gleichzeitig soziale Identität und wird erheblich durch unsere Kultur geprägt. Viele Menschen essen jedoch nicht nur, wenn sie hungrig sind, sondern auch abhängig von ihrem Gefühlszustand – was viele Redewendungen der deutschen Sprache belegen:

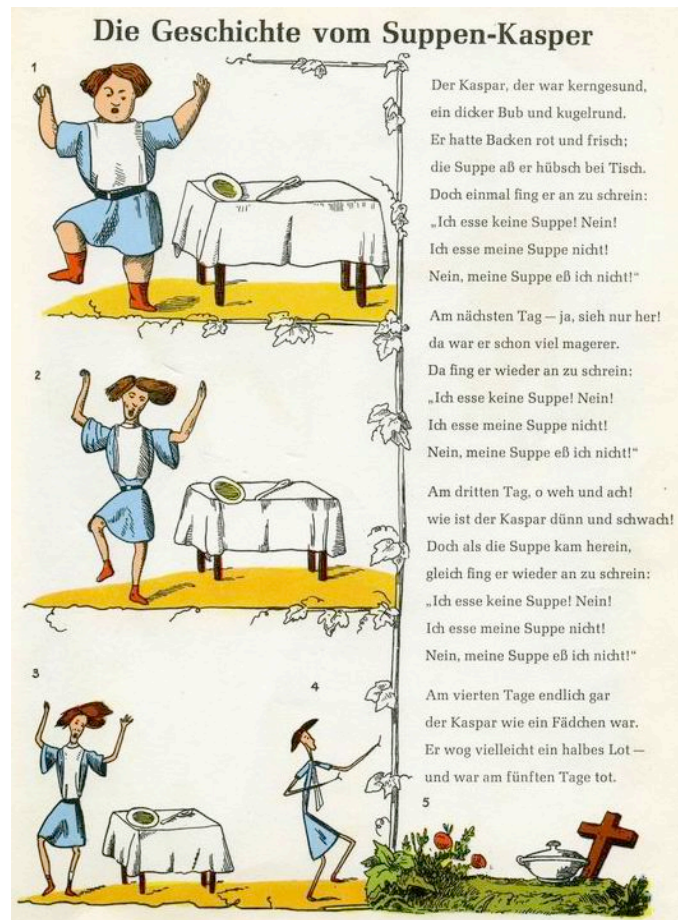
„Liebe geht durch den Magen“
 „Der Stress schlägt mir auf den Magen“

Überwiegt die psychische Komponente der Nahrungsaufnahme, d.h. wird Essen zum wichtigsten Mittel um Stress oder Kummer zu bewältigen, dann gerät das gesunde Essverhalten aus dem Gleichgewicht.

In der Ablösungsphase vom Elternhaus, auf der Suche nach der eigenen Persönlichkeit, steht auch das Essen in der Familie zur Diskussion. Die typischen Brüche und Widersprüchlichkeiten in dieser Phase der Entwicklung spiegeln sich im Essverhalten wider. Verbindliche gemeinsame Familienmahlzeiten geben Sicherheit und Geborgenheit, machen aber auch die Nähe und Abhängigkeit zum Versorger deutlich. Essen oder Mahlzeiten verweigern kann zu einem mächtigen Mittel werden, um Eltern ihre Grenzen aufzuzeigen.

Wird aus merkwürdigen Verhaltensweisen oder einer Diät ein Dauerzustand, verändert sich die Einstellung zum Essen oder beschäftigt sich das betroffene Mädchen oder der betroffene Junge stark mit Figur und Gewicht, verändert sich das Verhalten der Jugendlichen auffällig, dann ist Aufmerksamkeit geboten.

Auch wenn nicht jede Auffälligkeit zwangsläufig in eine Essstörung führt, sollten Eltern, Lehrkräfte und Vertrauenspersonen von Kindern und Jugendlichen wachsam sein. Denn: Der Übergang von gestörtem Essverhalten zur Krankheit Essstörung verläuft schleichend.



Psychosomatische Erkrankungen während der Adoleszenz

Die Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsensein umfasst Entwicklungen auf mehreren Ebenen. Der Begriff "Adoleszenz" bezieht sich auf die psychischen und sozialen Prozesse, wohingegen der Begriff "Pubertät" auf die biologischen Veränderungen zielt. Betrachtet man die jugendlichen Entwicklungsphasen, so gehen Pubertät und Adoleszenz dem frühen Erwachsenenalter voraus.

In der Adoleszenz intensiviert und verschärft sich aufgrund der pubertären Entwicklung und der damit verbundenen hormonellen Stimulation die Triebhaftigkeit. Dies führt in der Regel zu Verwirrung und Verunsicherung und wird nicht selten krisenhaft durchlebt. Die Pubertät selbst ist eine Periode hormonell gesteuerter Veränderungen mit Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale und mit Erreichen der Fertilität.

Insbesondere Mädchen stehen in dieser Phase vor der Aufgabe, die Identifikationsmuster mit der Mutter einerseits aufrechtzuerhalten und sich andererseits von ihr abzulösen. Mädchen sind in dieser Phase besonders anfällig für psychosomatische Beschwerden, insbesondere für Störungen des Körperschemas und beginnen ihren Körper abzulehnen bzw. verknüpfen Veränderungen im Körper (z.B. Menstruation) mit Affekten wie Scham und Schuld.

Die Ausgangssituation der Männer ist am Beginn der Essstörung vollkommen anders: Männer nehmen sich selbst in die Pubertät sehr oft als zu schwächlich wahr. Dementsprechend versuchen sie eher Muskeln. Diese Selbstwahrnehmung wird als Adonis-Komplex (ständiges zwanghaftes Streben nach dem Idealkörper) bezeichnet. Die jungen Männer reagieren mit übertriebenem Sport auf ihr als mangelhaft wahrgenommenes Aussehen und helfen diesem auch mit gefährlichen Praktiken, wie Entwässern oder der Einnahme von Steroide nach – Essstörungen sind eher selten, aber die in den letzten Jahren zeigen sich auch hier steigende Tendenzen.

Essstörungen (Definition)

Mit **Essstörung** bezeichnet man eine Verhaltensstörung mit meist ernsthaften und langfristigen Gesundheitsschäden. Zentral ist *die ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema „Essen“*. Sie betrifft die Nahrungsaufnahme oder deren Verweigerung und hängt mit psychosozialen Störungen und mit der Einstellung zum eigenen Körper zusammen

Geschichtliche der Magersucht

Mittelalter: Seit wann es die Magersucht gibt, weiß man nicht genau. Schon im Mittelalter kannte man diese Krankheit. Zu dieser Zeit hatte die Magersucht noch keinen Namen, aber die Symptome stimmen mit den heutigen Forschungsergebnisse überein. Die darunter leidenden Frauen wurden als Hexen verbannt, da die Männer glaubten, die Betroffene sei vom Teufel besessen.

1669: Die erste allgemeine Erkennung dieser Krankheit machte der englische Arzt Richard Morton. Er schrieb eine Abhandlung über Schwindsucht. Magersucht wurde als eine „nervöse Schwindsucht“ mit Symptome wie Verstopfung, Hyperaktivität, extreme Abmagerung, Gleichgültigkeit gegenüber der Krankheit usw. bezeichnet.

1789: Der französische Arzt J. Naudeau schrieb eine längere Beschreibung einer magersüchtigen Patientin bis zum Tod. In diesem Bericht sollte die Mutter von der Patientin Einfluss auf den Tod ihrer Tochter gehabt haben.

18. und 19. Jahrhundert: Weitere „nervöse Schwindsuchtfälle“ aus den westlichen Ländern wurden beschrieben, aber die Krankheit war selten. Der Grund für diese Seltenheit war, dass man die Magersucht mit Tuberkulose verwechselte. Das heißt, man glaubte, sie litten unter Tuberkulose, mit der Erklärung, dass sie schlechte soziale Lebensbedingungen hatten. Aber in Wirklichkeit litten sie an Essstörungen.

1873: E. C. Lasegues veröffentlichte einen Bericht zur hysterischen Anorexie. Dieser Bericht sagte aus, dass die Krankheit Teil einer emotionalen Störungen sei. Er klassifizierte drei Ausprägungen:

- a) Störungen des Verdauungssystems, sowie eine verminderte Nahrungsaufnahme
- b) Zwanghafte Beschäftigung mit der Abmagerung des Körpers
- c) Auftreten von Verstopfung, mangelnde Elastität der Haut litt und wechselhafte Zustände von Depression und Hyperaktivität

1874: William Gull aus England legte eine Abhandlung über Magersucht dar. Ein Jahr zuvor hielt er viele Vorlesungen, in denen er die Krankheit als „hysterische Apepsie“ bezeichnete. Anorexie und Hysterie sollten nicht mehr verwechselt werden. Er schrieb, die Krankheit sei aus psychopathologischen Gründe zurückzuführen. Auch er führte besondere Symptome wie Abmagerung, Verdauungsprobleme, verlangsamte Atmung, auffallende Überaktivität, Essensverweigerungsphasen und zwanghafte Essensphasen auf. Der Name "Aneroxia nervosa" (Magersucht) stammt von William Gull.

1875: Der amerikanische Arzt Azell Ames behauptete, dass Schwindsucht die Folge von einer Störung der menstruellen Vorgänge sei. (Mittlerweile gilt Amenorrhoe als Folge und nicht als Ursache von Magersucht)

1969: Peter Dally, ein englischer Arzt, beschrieb die Ergebnisse seiner Arbeit mit Magersüchtigen. Er teilte die Magersüchtigen in drei Gruppen auf: „zwanghafte“, „hysterische“ und mit gemischter Ätiologie*. Der hysterische Typ kann keine Nahrung aufnehmen (auch nicht bei größtem Hunger). Der zwanghafte Typ kann zwar Nahrung bei Hunger aufnehmen, tut es aber aus Abscheu nicht.



Heute: Heute glaubt man, dass es sich bei Magersucht um eine psychosomatische Krankheit handelt, um ein seelisch bedingtes Leiden, das von körperlichen Symptomen begleitet wird. Es häufen sich auch zunehmend Berichte über genetische Ursachen, die bislang aber nicht eindeutig belegt sind. Belegt ist jedoch, dass in verschiedenen Familien Essstörungen gehäuft auftreten.

*Bild: Kaiserin Elisabeth von Österreich-Ungarn
Historisch dokumentierte Magersüchtige*

Formen von Essstörungen

Die bekanntesten, häufigsten und anerkanntesten Essstörungen sind die unspezifische Ess-Sucht, die Magersucht (Anorexia Nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) und die Fressattacken (englisch „Binge Eating“). Die einzelnen Störungen sind nicht klar voneinander abgrenzbar. Oft wechseln die Betroffenen von einer Form zur anderen und die Merkmale gehen ineinander über und vermischen sich. Zentral ist immer, dass die Betroffenen sich zwanghaft mit dem Thema Essen beschäftigen. Bei allen chronisch gewordenen Essstörungen sind lebensgefährliche körperliche Schäden möglich (Unterernährung, Mangelernährung, Fettleibigkeit). Frauen sind verstärkt betroffen. Bei ihnen treten Störungen im Menstruationszyklus auf, die je nach Ausprägungsgrad der Essstörung zum totalen Aussetzen der Menstruation (Amenorrhoe) und damit zum Verlust der Fruchtbarkeit führen.

Die Übergänge zwischen „normalem“ und „krankhaftem“ Essverhalten sind von vielen Faktoren abhängig. Menschen, die aus religiösen oder ideologischen Gründen

besondere Ernährungsformen einhalten, sind nicht unbedingt essgestört. Umgekehrt sind viele Ess-Süchtige sowohl körperlich als auch verhaltensunauffällig – die Sucht spielt sich nur in ihrem Kopf ab.

Magersucht (Anorexia nervosa)

In der Fachsprache wird Magersucht als Anorexie oder genauer "Anorexia nervosa" bezeichnet, was "nervöse Appetitlosigkeit" bedeutet. Diese Bezeichnung ist genau genommen nicht zutreffend, da die Betroffenen nicht unter Appetitlosigkeit leiden, sondern aus eigenem Antrieb hungern. Obwohl die Nahrungsaufnahme erheblich eingeschränkt wird, liegt die Ursache der Magersucht nicht in mangelndem Appetit - im Gegenteil. Die Betroffenen verspüren meist einen sehr großen Appetit, verleugnen diesen aber.

Magersüchtige haben ein niedriges Körpergewicht. Dieses geringe Körpergewicht wird selbst herbeigeführt und durch ungewöhnliche Regulationsmechanismen bis hin zur totalen Nahrungsverweigerung auch erhalten. Die Betroffenen haben eine gestörte Körperwahrnehmung, das heißt sie finden sich selbst dann noch dick, wenn sie nur noch aus Haut und Knochen bestehen. Das Krankheitsbild beruht auf psychisch-körperlichen Wechselwirkungen (Psychosomatik).

Um die Diagnose "Magersucht" zu erleichtern, haben Mediziner ein Klassifikationssystem entwickelt. Es gibt weltweit zwei anerkannte Kataloge oder auch Manuale, nach denen Krankheiten klassifiziert werden und die als Grundlage für die Diagnostik dienen. In Deutschland ist vor allem die Einordnung nach **ICD-10** (International Classification of Diseases) üblich, im amerikanischen Sprachraum eher das **DSM-IV** (Diagnostic and Statistic Manual). Ärzte, Psychologen und Therapeuten müssen vor allem für die Abrechnung mit den Krankenkassen eine Diagnose aus dem ICD-10 vergeben, auch wenn die dort genannten Punkte nicht immer zutreffen mögen.

*Beim Lesen solcher Klassifikationsschemata sollte man immer bedenken, dass diese Einteilungen und Abgrenzungen in vielen Punkten künstlich geschaffen wurden. Auch heute noch herrscht "**Schubladendenken**" hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden. In der Realität gibt es überwiegend fließende Übergänge; einige Kriterien können im Einzelfall nicht zutreffen obwohl dennoch eindeutig eine Essstörung vorliegt.*



Diagnose der Anorexia nervosa nach ICD-10 - F50.0

Die Anorexia nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten findet sich die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer sind wie Kinder vor der Pubertät und ältere Frauen bis zur Menopause sind wesentlich seltener betroffen.

Obwohl die Ursachen der Anorexia nervosa noch wenig fassbar sind, wächst die Überzeugung, dass vor allem eine Interaktion soziokultureller und biologischer Faktoren sowie auch unspezifische psychologische Mechanismen und die Vulnerabilität der Persönlichkeit eine Rolle spielen. Mit der Erkrankung ist eine Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades verbunden, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen sowie anderen körperlichen Funktionsstörungen führt. Es bleiben einige Zweifel, ob die charakteristische endokrine Störung durch die Unterernährung und als direkte Folge der verschiedenen zugrundeliegenden Verhaltensweisen (z.B. eingeschränkte Nahrungsauswahl, exzessive Sportbetätigung und Änderung der Körperbeschaffenheit, induziertes Erbrechen und Abführen mit der Folge von Elektrolytentgleisungen) aufzufassen ist, oder ob andere noch ungeklärte Faktoren eine Rolle spielen.

Diagnostische Leitlinien

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - Vermeidung von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen;
 - selbst induziertes Erbrechen;
 - selbst induziertes Abführen;
 - übertriebene körperliche Aktivitäten;
 - Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption.) Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen

des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Risikogruppen

Das Erkrankungsalter liegt meistens zwischen 12 und 25 Jahren, wobei jüngere Frauen immer häufiger betroffen sind. Darüber hinaus wird die Magersucht in einzelnen Branchen zu einer Berufskrankheit. 0,3 Prozent der 15- bis 19-Jährigen leiden unter der Sucht zu hungern. Bei Models, Balletttänzerinnen und Turnerinnen sind etwa fünf bis sieben Prozent erkrankt. Auf 20 magersüchtige Frauen kommt nur ein männlicher Betroffener.

Formen der Magersucht

Oft greifen Magersüchtige zu anderen Maßnahmen als nur dem reinen Fasten. Generell werden daher zwei Typen unterschieden (deren Übergänge zu anderen Formen der Essstörung jedoch fließend sind):

Restriktiver Typus:

Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen "Fressanfälle" gehabt oder hat kein "Purging"-Verhalten (selbst-induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder anderen Medikamenten zur Unterdrückung des Hungergefühls) gezeigt.

"Binge-Eating/Purging"-Typus:

Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig "Fressanfälle" gehabt und hat "Purging"-Verhalten (selbst-induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder anderen Medikamenten zur Unterdrückung des Hungergefühls) gezeigt.

Orthorexia nervosa:

Betroffene verbringen mehrere Stunden täglich damit, zwanghaft Vitamingehalt und Nährwerte zu berechnen und Lebensmittel auszuwählen, wobei sich die Auswahl der „erlaubten“ Lebensmittel immer mehr verringert. Folgen sind Unterernährung, Mangelernährung und soziale Isolation. Die Betroffenen zeigen teilweise Angst vor Lebensmitteln, die sie für ungesund halten. Die Orthorexie zeigt durch den

Missionierungsdrang und die kognitiv nicht zugängliche Symptomatik auch Merkmale einer Wahn- oder Zwangsstörung.

Anorexia athletica:

Durch übermäßigen Sport und den damit verbundenen Kalorienverbrauch versuchen die Erkrankten, Gewicht zu verlieren. Diese Störung ist als Sport-Sucht bekannt und wird als Begleitstörung einer Ess-Sucht beobachtet. Als eigenständiges Krankheitsbild ist sie nicht anerkannt.

Seit den 1980er und 1990er Jahren wurde von einem gehäuftem Auftreten von Essstörungen bei Leistungssportlern berichtet. Der Begriff Anorexia Athletica ist eine Form von Essstörungen, die nicht alle Merkmale einer echten Anorexia nervosa erfüllt und diagnostisch deshalb als atypische Anorexia nervosa (ICD-10) oder als EDNOSs (DSM-IV) eingeordnet wird.

Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)

Bulimie stammt von griechisch βουλιμία, boulimía, wörtlich „der Ochsenhunger“, aus βούς, „der Ochse“ und λιμός, „der Hunger“ (über neulateinisch bulimia [nervosa]) ab und bezeichnet allein streng gesehen lediglich das Symptom des Heißhunger. Im Gegensatz zu der Anorexia nervosa befindet sich das selbst gesetzte Gewichtslimit im Bereich des unteren Normal- oder leichtem Untergewichts. Die Betroffenen empfinden sich häufig nur bei Normalgewicht als „zu dick“. Kennzeichnend ist die übergroße Angst vor einer Gewichtszunahme, selbst bei kleineren Gewichtsschwankungen. Die Ursachen der Bulimie ähneln denen der Magersucht. Nicht selten geht der Bulimie eine anorektische Phase voraus oder wechselt sich mit Phasen der Magersucht ab.



Diagnose der Bulimia nervosa nach ICD-10 - F50.2

Bulimie-Betroffene sind meist normalgewichtig, können aber auch unter- oder übergewichtig sein. Das typische Merkmal sind Heißhungerattacken nach denen sogenannte gegenregulatorische Maßnahmen ergriffen werden, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden: Hierzu zählen selbstinduziertes Erbrechen, Hungern, extreme Diäten, exzessiver Sport, der Missbrauch von Laxanzien (Abführ-) und Brechmitteln.

Die Essanfälle treten unterschiedlich häufig auf, zwischen zwei Ess-Brech-Attacken können mehrere Wochen liegen, das Essen und anschließende Erbrechen kann auch mehrmals täglich erfolgen. Als Auslöser für den Heißhunger gelten emotionale Faktoren, psychischer Stress, Unzufriedenheit mit der eigenen Person, starke Gefühle von Verlassenheit. Die Essanfälle können aber auch geplant stattfinden. Gründe für das Erbrechen sind vor allem die Angst vor einer möglichen Gewichtszunahme sowie Scham über den eigenen Kontrollverlust/das eigene Versagen.

Die Ess-Brech-Sucht beginnt oft in einem wenig höheren Alter als Magersucht, etwa mit 17 oder 18 Jahren.

Diagnostische Leitlinien

1. Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln.
2. Essattacken, bei denen in kurzer Zeit sehr große Mengen an Nahrung konsumiert werden.
3. Versuch, dem dickmachenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene ausgleichende Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Einnahme von Appetitzuglern, Schilddrusenpreparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
4. Krankhafte Furcht, dick zu werden und eine scharf definierte Gewichtsgrenze, die weit unter dem pramorbiden, medizinisch als "gesund" betrachtet wird.
5. Häufige Vorgeschichte einer Episode mit Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis mehreren Jahren. Diese Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Risikogruppen

Von der Bulimia nervosa sind überwiegend (zu 90–95 %) Frauen betroffen. Bei jungen Frauen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter liegt die Prävalenz bei 1–3 %. Berufsgruppen, bei denen geringes Körpergewicht für das Ausüben des Berufs verlangt oder vorteilhaft ist (zum Beispiel Fotomodell, Tänzer, Skispringer), sind für diese Krankheit besonders anfällig.

Ess-Brech-Sucht entwickelt sich häufig einige Monate bis mehrere Jahre nach einer bereits bestehenden Anorexia nervosa. Der Übergang kann zu einem Zeitpunkt stattfinden, wenn die Patientin/der Patient wieder begonnen hat, mehr oder regelmäßiger zu essen.

Häufig findet ist diese Form der Essstörung an weitere psycho-sozialen Störungen gekoppelt:

- Missbrauch von Alkohol, Drogen, Medikamenten, Nikotin
- autoaggressives Verhalten
- unkontrolliertes Konsumverhalten
- soziale Isolation oder Überanpassung an Gruppe, Familie, Arbeit
- Depressionen
- Ablehnung der Weiblichkeit und Sexualität allgemein

Binge-Eating-Disorder (BED)

Essattacken treten im Zusammenhang mit suchtartigen Heißhungergefühlen auf, wobei der Suchtcharakter der Essstörung umstritten ist. Von Binge Eating wird gesprochen, wenn während mindestens sechs Monaten an zumindest zwei Tagen pro Woche ein Anfall von Heißhunger auftritt, bei dem in kürzester Zeit ungewöhnlich große Mengen an Nahrungsmitteln aufgenommen werden. Der Betroffene verliert die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme.

Außerdem müssen mindestens drei der folgenden sechs Bedingungen zutreffen:

- essen, ohne hungrig zu sein
- besonders schnelles essen
- essen, bis ein unangenehmes Gefühl einsetzt
- allein essen, um Gefühle von Schuld und Scham zu vermeiden
- die Ess-Anfälle werden als belastend empfunden
- nach dem Ess-Anfall treten Gefühle von Ekel, Scham oder Depressionen auf

Obwohl die Essattacken jeweils nur kurz dauern, kann BED (Binge Eating Disorder) zu Adipositas führen. Von der Bulimie unterscheidet sich BED durch die ausbleibenden Maßnahmen, eine Gewichtszunahme durch Erbrechen, Sport oder Fasten zu verhindern.

Eating-Disorder-Not-Otherwise-Specified (EDNOS)

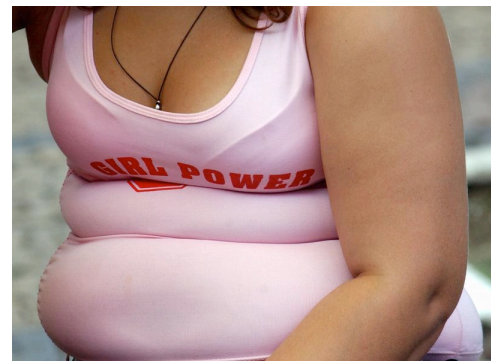
Unter diesem Krankheitsbild (spezifiziert unter dem Diagnoseschlüssel 307.50 des DSM-IV und dem Schlüssel F50.9 des ICD-10) werden jene Essstörungen zusammengefasst, die entweder eine Mischform aus Anorexia nervosa, Bulimie und Adipositas darstellen oder nicht eindeutig einer dieser Störungen zuzuordnen sind.

Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

- Frauen, die die Kriterien von Anorexia nervosa (Magersucht) erfüllen, aber noch regelmäßige Menstruationsblutungen haben
- wenn alle Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt sind, aber trotz deutlichem Gewichtsverlust immer noch Normalgewicht vorliegt (→ Body-Mass-Index)
- wenn eigentlich die Kriterien für Bulimie erfüllt sind, aber „Binge Eating“-Anfälle oder inadäquates Verhalten nach dem Essen seltener als 2x/Woche oder über einen kürzeren Zeitraum als von drei Monaten auftreten
- bei normalem Körpergewicht inadäquates Verhalten nach der Aufnahme normaler Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Essen von zwei Keksen)
- große Mengen von Nahrung werden gekaut und danach ausgespuckt, aber nicht geschluckt.

Adipositas

Adipositas (Esssucht, Fettsucht) ist durch übermäßige Anhäufung von Fett im Körper gekennzeichnet. Eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper entsteht, wenn die Energiezufuhr, vor allem durch fettreiche Ernährung, den Energieverbrauch des Körpers übersteigt. Fettleibigkeit führt zu Begleit- und Folgeerkrankungen und einer kürzeren Lebenserwartung.



Adipositas gehört zu den chronischen Erkrankungen, die durch eine hohe Begleit- und Folgemorbidität gekennzeichnet sind. Für die Therapie ist ein langfristiges Behandlungs- und Betreuungskonzept erforderlich. Übergewicht (Adipositas) ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Etwa jeder dritte Erwachsene Bundesbürger ist deutlich übergewichtig. Aufgrund der Begleit- und Folgeerkrankungen verursacht die Krankheit hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Fast 5 % aller Gesundheitsausgaben in den Industrieländern werden nach Angaben der Deutschen Adipositas-Gesellschaft für die Behandlung der Adipositas und ihrer Folgen aufgewendet.

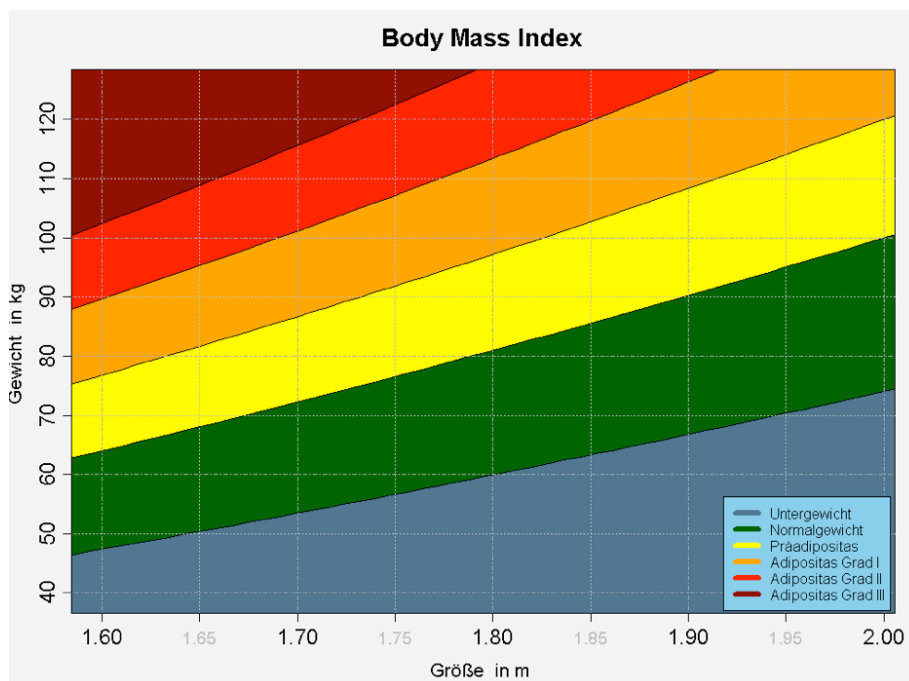
Bei der Entstehung von Adipositas sind sowohl psychische als auch psychosoziale Faktoren von Bedeutung. Zu den psychischen Hintergründen von Essstörungen zählen u. a. Minderwertigkeitsgefühle, Frust und Ärger, Langeweile, falsche oder zweifelhafte Idealvorstellungen, Ängste, unkontrolliertes Essverhalten, zu hastiges Essen und falsche Gedankeninhalte wie z. B. "Zucker ist Nervennahrung".

Zu den psychosozialen Faktoren (Familie und Umfeld) gehören u. a. anezogene Essgewohnheiten, wie z. B. der Teller muss leer gegessen werden, Konfliktsituationen im Beruf, in der Freizeit, in der Familie, in der Partnerschaft, mit Kindern und finanzielle Probleme. Häufig wird Essen auch als Ersatz für fehlende emotionale Zuwendung verwendet und dient als Ausgleich in Spannungssituationen.

Es gibt eine Reihe wissenschaftlicher Studien über den Einfluss der Familie und des Umfeldes auf die Entstehung von Übergewicht. Dabei ist unbestritten, dass Übergewicht in niedrigeren sozialen Schichten häufiger vorkommt. Man vermutet, dass bis zu 80 % der Kinder adipöser Eltern auch übergewichtig werden. Dies ist verständlich, denn in der Regel übernehmen die Kinder die Ernährungsweise ihrer Eltern.

Diagnose der Adipositas nach ICD-10 – E66.0

Übergewicht wird durch verschiedene Messmethoden ermittelt. Bekannte Messmethoden sind der Broca-Index (Normalgewicht in kg = Größe in cm – 100) und als weitaus etabliertere Methode der Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist definiert als die Körpermasse (in kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in m).



Adipositas wird je nach BMI in unterschiedliche Stadien eingeteilt:

Kategorie (nach WHO ^[1])	BMI (kg/m ²)
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht (PraeadiPOSITAS)	25–29,9
AdiPOSITAS Grad I	30–34,9
AdiPOSITAS Grad II	35–39,9
AdiPOSITAS Grad III (AdiPOSITAS permagna oder morbide AdiPOSITAS)	≥ 40

Die fünf Stadien der Entwicklung einer Essstörung

(nach Prochaska et al. 1994/97)

Das Wissen um die verschiedenen Stadien von Essstörungen ist entscheidend für den Gesprächs- und Behandlungsansatz in der Arbeit mit essgestörten Menschen. Viele Therapien scheitern, weil Patienten nicht ihrem Krankheitsstadium entsprechend behandelt werden und sich deshalb nicht richtig gesehen oder verstanden oder aber auch überfordert fühlen.

1. VERLEUGNUNG (Präkontemplation)

"Könnt ihr mich endlich mal in Ruhe lassen?"

Im Stadium 1 wird jegliche Störung verleugnet. Zwar halten die Betroffenen Diät, sie erbrechen, treiben exzessiv Sport, denken ständig über Essen, Kalorien oder ihre Figur nach. Sie sehen darin aber kein Problem. Vielmehr sind sie der Meinung, dies aus freiem Entschluss zu tun und wehren jeden Versuch der Einmischung massiv ab. Es ist kein Problembewusstsein, keine Motivation und damit noch keine Voraussetzungen für eine Therapie vorhanden.

Hinweis für Angehörige:

Dennoch kann es sinnvoll sein, gemeinsam eine Beratungsstelle für Essstörungen aufzusuchen, wenn sich die Betroffenen dazu bereit erklären. Aufklärung und Konfrontation können unter Umständen ein Problembewusstsein wecken.

2. ERKENNEN (Kontemplation)

"Das ist MEINE Sache!"

DIE Betroffenen erkennen, dass sie ein Problem mit dem Essen und/oder mit dem

Annehmen ihres Körpers haben. Allerdings meinen sie, dass sie "die Sache im Griff haben" und jederzeit damit aufhören können. Sie können in diesem Stadium nicht einsehen, dass das in der Regel nicht stimmt.

3. VORBEREITUNG

"Ich will ja weg davon, ABER..."

In diesem Stadium möchte der Betroffene die Essstörung zwar eigentlich loswerden, gleichzeitig will er aber nicht auf die Vorteile verzichten, die sie mit sich bringt. Das heißt: Er würde zwar gerne die Abhängigkeit von Ess-Brech-Attacken überwinden, hier und da möchte er aber doch das Erbrechen zum Stressabbau oder zur Gewichtsregulation einsetzen. Er möchte außer Magerjoghurt auch wieder Brot und Nudeln, Wurst oder Käse essen, aber ohne zuzunehmen. Es ist ein Stadium der Widersprüchlichkeit. Zwar wird Hilfe gesucht, aber die Angst vor Veränderung bewirkt nur Handlungsunfähigkeit.

Hinweis für Betroffene:

Du brauchst in diesem Stadium eine Therapeutin oder einen Therapeuten, die/der in der Lage ist, deine Unschlüssigkeit auszuhalten, die/der versteht, dass du die Essstörung nicht von heute auf morgen ersatzlos hergeben kannst, die/der dir Zeit lässt, deine Ängste vor dem Essen und vor einer Gewichtszunahme abzubauen, die/der dir geduldig Angebote macht, was du statt essgestörtem Verhalten ausprobieren kannst, um neue und bessere Erfahrungen zu machen. So ein langsames Vorgehen ist natürlich nur dann möglich, wenn deine Essstörung keine extreme gesundheitliche Bedrohung darstellt.

4. ENTSCLOSSENHEIT (Aktion)

"Ich will da raus!"

Wenn der Leidensdruck durch die Essstörung groß ist, wenn sie hauptsächlich behindert und sinnlos geworden ist, kommt vielleicht der Entschluss, sie aufzugeben. Das geht in den allermeisten Fällen nicht aus eigener Kraft. Die Essstörung hat durch die dauernde Gewohnheit tiefe Spuren in der Persönlichkeit und in den Denkprozessen hinterlassen, die scheinbar keine Richtungsänderung zulassen. Immer wieder landet man in den gleichen leidvollen Verhaltensmustern. Deshalb ist eine erfahrene Therapeutin/Therapeut nötig, der die Hilfesuchenden geduldig, sicher und fachkundig aus dem Teufelskreis der Essstörung in eine zunehmende innere und äußere Freiheit begleitet.

Hinweis für Betroffene:

Schau im Branchenverzeichnis (gelbes Telefonbuch) deiner Stadt unter "Beratung und Hilfe" nach einer Beratungsstelle für Essstörungen. Nicht in jeder Stadt gibt es solche Beratungsstellen. Dann geh in die nebenstehenden Links. Dort findest du Hilfe.

5. STABILISIERUNG

"Das Neue ist zwar nicht einfach, dennoch will ich nie mehr zurück!"

Die Überwindung einer Essstörung geht nicht reibungslos vor sich. Es ist eine Herausforderung und eine sehr große Leistung, die Essstörung und ihre Auswirkungen auf Wahrnehmen, Denken, Fühlen hinter sich zu lassen und stattdessen der eigenen Persönlichkeit Raum zu geben und gut für sich zu sorgen. Auch bei der besten Therapie kommt es zu Rückfällen in alte Verhaltensweisen. Ein Rückfall zeigt, dass man noch nicht ausreichend vertraut ist mit dem "Handwerkszeug", das man für ein gesundes Leben braucht. Jeder Rückfall ist damit eine Chance, sich weiter zu entwickeln und noch etwas dazuzulernen. Mit jedem positiv verarbeiteten Rückfall wird der Abstand zur Essstörung etwas größer und Sicherheit und innere Freiheit nehmen zu. Da dieser Lernprozess auf persönlicher Entwicklung und Reifung beruht, kann man ihn nicht beschleunigen. Er dauert immer mehrere Monate bis einige Jahre. Eine erfolgreiche Therapie erstreckt sich im Normalfall über 9-24 Monate.

Hinweis für Betroffene:

Lass dich davon nicht entmutigen! Es lohnt sich! Was sind schon ein oder zwei Jahre intensiver Arbeit für ein Leben weitgehend ohne Essstörung! Du wirst dir nach einer überwundenen Essstörung wahrscheinlich näher sein und dich mehr annehmen können, als es davor jemals der Fall war.

Langzeitschäden durch Essstörungen (Anorexie / Bulimie / EDNOS)

Neben den ursächlichen psychischen Problemen können als Folge des veränderten Essverhaltens und der Gewichtsabnahme auch erhebliche körperliche Beschwerden entstehen.

Fasten, Erbrechen und der Gebrauch von harntreibenden Medikamenten (Diuretika) oder Abführmitteln (Laxantien) können zu einem Mangel an lebensnotwendigen Elektrolyten wie z.B. Kochsalz, Magnesium oder Kalium führen.

Gleichzeitig kommt es oft zu Verschiebungen des Säuregehaltes im Blut. Die Möglichkeiten der gesunden Niere und anderer Organe, die Elektrolytkonzentration und den Säure-Basen-Haushalt des Blutes stabil zu regulieren und auftretende Schwankungen auszugleichen werden häufig stark überfordert. Oft entsteht dann eine Kombination aus Kaliummangel und Säuremangel, die zu schweren Herzrhythmusstörungen und anderen EKG-Veränderungen führen kann. Weiterhin kommt es zu Verkrampfungen und einer schnellen Ermüdbarkeit der Muskulatur.

Eine andere wichtige Funktion der Niere ist die Ausscheidung von Abbauprodukten über den Urin, die beispielsweise im Stoffwechsel bei der Verdauung von eiweißreicher Nahrung entstehen.

Langandauernde Elektrolytstörungen schädigen das Nierengewebe. Mit der Zeit kommt es dann zu einer zunehmenden Beeinträchtigung der Nierenfunktion. Wassereinlagerungen im Gewebe sind meist die Folge einer Reaktion der Niere, mit der ein weitergehender Elektrolytmangel kompensiert werden soll.

In Verbindung mit einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme kann schließlich der Harnsäurespiegel ansteigen und so ebenfalls zu Nierenstörungen führen, wie sie sonst nur von der Gichtkrankung bekannt sind.

Langjähriger Kaliummangel kann die Nierenfunktion dauerhaft schädigen! Das Nierengewebe schrumpft, die Niere wird kleiner und es kommt zu einer sogenannten chronischen Niereninsuffizienz. Bei Niereninsuffizienz können Ödeme dann auch infolge eines Eiweißmangels entstehen (sog. Hungerödeme).

Durchblutungsstörungen mit Kältegefühlen an den Händen und Füßen sind häufig eine Folge. In extremen Fällen kann es sogar zu Erfrierungen kommen.

Veränderungen der Sexualhormone treten schon nach einer Gewichtsabnahme von wenigen Kilogramm ein und können zu Unregelmäßigkeiten des Zyklus und zu einer Einschränkung der Fruchtbarkeit führen (unerfüllter Kinderwunsch). Schätzungsweise 80% der Magersüchtigen, die ihre Essstörung erfolgreich überwinden, werden wieder empfängnisfähig.

Bei auftretenden Heißhungeranfällen mit anschließendem Erbrechen kann es zu Sodbrennen und Entzündungen der Speiseröhre aufgrund der zurückfließenden Magensäure kommen. Dies kann in einigen Fällen zu einem Geschwür führen. Durch ein solches Geschwür sind Blutungen oder Wanddurchbrüchen möglich, welches lebensbedrohliche Komplikationen nach sich ziehen kann.

Besonders schwerwiegend ist der Vitamin-D-Mangel. In Verbindung mit Nierenfunktionsstörungen, veränderten Sexualhormonen und einem Calcium- oder Phosphatdefizit führt der Mangel an Vitamin D zu schwerwiegenden Störungen des Knochenstoffwechsels. Die Mineralisation der Knochengrundsubstanz wird unzureichend. Es kommt zu einer Knochenerweichung (Osteomalazie) und zu einer Verminderung der Knochengrundsubstanz (Osteoporose). Als Folge können Knochenbrüche schon nach minimalen Stürzen auftreten.

Durch das ständige Erbrechen schwellen die Speicheldrüsen an, die Mundwinkel werden wund. Die Magensäure greift den Zahnschmelz an und verursacht besonders an den Schneidezähnen Karies. Auch Schleimhautentzündungen der Speiseröhre

und des Magens (Gastritis) sind die Folge, die wiederum zu gefährlichen Blutungen und Organdurchbrüchen führen können. Gelangt Magensaft in die Luftwege, kann man sogar ersticken.

Durch das selbst herbeigeführte Erbrechen bekommen Bulimie-Erkrankte oft Verhornungsmale an den Handrücken, es kann dabei auch zu Verletzungen der Mundhöhle kommen

Andere Umbauprozesse der Knochen mit Auftreibungen und Verbreitungen an den Endgliedern der Finger oder Zehen führen manchmal zu sogenannten Trommelschlegelfingern oder -zehen.

Psychische Folgen

Veränderungen des Eiweißstoffwechsels können bei kohlenhydratarmer Ernährung möglicherweise die Übertragung zwischen den Nervenzellen im Gehirn und somit die Stimmung verändern. Mit zunehmender **Depression** verliert man immer mehr Lebensfreude und Interesse an der Umwelt. Dies führt zu einem Teufelskreis. Gleichzeitig nimmt die Konzentrationsfähigkeit ebenso wie die allgemeine Leistungsfähigkeit und auch das Interesse an der Sexualität ab.

Langzeitschäden durch Essstörungen (Adipositas / BED / EDNOS)

Ständige Überlastung schädigt häufig bereits in jungen Jahren Gelenke, Wirbelsäule oder Sehnen. Auch die Füße können Schaden nehmen. Deshalb sollten Kinder, die bereits übergewichtig sind, einen Orthopäden aufsuchen.

Übergewicht belastet auch die Organe, so dass es schon vergleichsweise früh im Erwachsenenalter, selten auch schon im Kindesalter, zu Problemen mit Herz, Gefäßen und Leber kommen kann. Auch Stoffwechselstörungen, wie erhöhte Blutzucker-, Cholesterin- und Harnsäurewerte und Bluthochdruck können die Folgen kindlichen Übergewichtes sein. Zudem ist das Risiko für die Entstehung von Gallensteinen deutlich höher. Weil Übergewicht auch die Lungenfunktion beeinträchtigt, wird die Atmung vermindert und die Sauerstoffsättigung des Blutes reduziert. Dies kann zu Schlafstörungen führen und die Lern- und Gedächtnisfunktion stören. Auch gewisse Krebskrankheiten kommen bei den Übergewichtigen häufiger vor.

Wer als Kind übergewichtig war, wird mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsener seine Pfunde nicht mehr loswerden. Andererseits gilt jedoch: 40 bis 70

Prozent aller adipösen Erwachsenen sind erst als Erwachsene so dick geworden. Das Risiko, dass ein adipöses Kind auch als Erwachsener adipös bleibt, hängt von drei Faktoren ab:

- 1) Je älter ein adipöses Kind ist, desto wahrscheinlicher besteht die Adipositas fort. Demnach ist das Risiko, dass aus einem dicken Säugling ein dicker Erwachsener wird, nur geringfügig höher als beim Bevölkerungsdurchschnitt. Andererseits beträgt das Risiko, dass ein dicker Jugendlicher auch im Erwachsenenalter weiterhin adipös ist, ca. 60%. Somit stellt eine Adipositas im Jugendalter ein hohes Risiko für eine Adipositas im Erwachsenenalter dar.
- 2) Je extremer eine Adipositas im Kindesalter ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher besteht sie im Erwachsenenalter fort.
- 3) Falls einer oder beide leibliche Elternteile adipös sind, steigt das Risiko, dass ein dickes Kind auch als Erwachsener dick bleibt. Am höchsten ist das Risiko für das Fortbestehen einer Adipositas demnach für ältere und zugleich extrem adipöse Kinder, bei denen zusätzlich mindestens ein Elternteil ebenfalls adipös ist.

Das Risiko für Bluthochdruck ist bei Adipösen erhöht. Der Hochdruck kann Herzrhythmusstörungen bewirken und begünstigt, dass Ablagerungen die Gefäße verengen oder verstopfen: Arteriosklerose. Herztod und Schlaganfall werden wahrscheinlicher. Mit jedem Pfund, das man zwischen 30 und 42 Jahren zulegt, steigt das Risiko, am kranken Herzen zu sterben, um ein Prozent. Zu hohes Körpergewicht steigert Abrieb und Verschleiß der Gelenke. Die Arthrosegefahr steigt. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko, eine Zuckerkrankheit zu entwickeln (Typ 2 Diabetes mellitus oder Altersdiabetes): Das Zucker regulierende Hormon Insulin wird zwar noch hergestellt, wirkt aber nicht mehr richtig. Die früher nur bei älteren Menschen als "Altersdiabetes" diagnostizierte Stoffwechselstörung bahnt sich immer häufiger bei dicken Jugendlichen an. Ihnen drohen in späteren Jahren Herzinfarkt, Gefäßleiden und Erblindung. Das Krebsrisiko ist ebenfalls erhöht.

Psychische Folgen

Viele körperliche Schäden stellen sich erst nach Jahren ein. Die psychosozialen Folgen ihres Übergewichtes erfahren dicke Kinder hingegen sofort. Übergewichtige Erwachsene mit einem gesunden Selbstbewusstsein können eventuell mit den Demütigungen ihrer Umwelt umgehen, ohne dass sie schwer zu kämpfen haben. Aber nur wenige Jugendliche mit Übergewicht sind selbstbewusst genug, sich nicht ständig benachteiligt zu fühlen. Ihr Selbstwertgefühl muss sich erst noch festigen und ist stark abhängig von den Reaktionen ihrer Mitmenschen.

Kinder können grausam sein. Bereits im Kindergarten werden die kleinen runden Menschen gehänselt. Dort fallen Ausdrücke wie "Fette Sau" oder "Speckmonster". Später müssen dicke Teenies den Spott ihrer Klassenkameraden ertragen. Sie erleben soziale Ausgrenzung und entwickeln Minderwertigkeitsgefühle. Als Sport- und Spielpartner sind sie genauso wenig geschätzt wie als Freund, da sie das Ideal einer schlanken Figur nicht erfüllen. Folge: Die Kinder ziehen sich immer mehr zurück.

Hinzu kommen Schuld- und Schamgefühle bis hin zum Selbsthass. Diese Komplexe aus der Kindheit können Narben in der Seele hinterlassen. Das Minderwertigkeitsgefühl hält oft bis ins Erwachsenenalter an, selbst wenn äußerlich kein Grund mehr dafür besteht. Wir alle - als Einzelperson, als Familie und Gesellschaft - müssen dafür Sorge tragen, dass aus dicken Kindern nicht auch noch psychisch kranke Kinder werden.

(www.adipositas-online.de)

Mortalitätsrate bei Essstörungen

- Magersucht: 5 bis 15 % der Betroffenen sterben meist nicht durch Verhungern, sondern durch Infektionen des geschwächten Körpers oder durch Selbstmord.
- Bulimie: ca. 10 % der Betroffenen sterben an den Langzeitfolgen der Ess-Brech-Sucht
- Die Mortalitätsrate Adipöser Jugendlicher ist nicht genau in Prozent zu fassen, da die Betroffenen häufig erst im Erwachsenenalter den Spätfolgen erliegen (Glucoseintoleranz, Diabetes, Hypertonie ...)

Der Umgang mit essgestörten Jugendlichen ...

1. Sprechen Sie die Schülerin nicht direkt in einer kritischen Situation an, sondern bitten Sie sie am nächsten oder übernächsten Tag zu einem Gespräch in einem geschützten Rahmen.
2. Führen Sie ein wertungsfreies, verständnisvolles, ernst nehmendes Gespräch mit einem klaren und konkreten Angebot zur weiteren Unterstützung in einem geschützten Rahmen.
3. Weisen Sie die Schülerin schon im ersten Gespräch auf regionale Hilfsangebote hin, die Sie den gelben Seiten oder dem kommunalen Suchtberatungsführer entnehmen können.
4. Vereinbaren Sie nach einem weiterführenden Beratungs- oder Therapiegespräch unbedingt ein Nachgespräch, um zu erfahren, wie die Schülerin weiter mit der Problematik umgeht und bleiben sie in Abständen von mehreren Wochen

- weiter im Gesprächskontakt mit der Schülerin. Sie fühlt sich dadurch ernst genommen, gesehen und unterstützt.
5. Halten Sie Ihre eigene Meinung zu der Essstörung und persönliche Emotionen zurück. Die Schülerin fühlt sich sonst unter Druck, es Ihnen recht machen oder für Sie zu sorgen zu müssen und geht damit in ein kontraproduktives Rollenverhalten.
 6. Informieren Sie die Klasse oder andere Bezugspersonen nur nach Aufklärung der Schülerin und nie gegen deren Wunsch. Sie verlieren sonst ihr Vertrauen.
 7. Suchen Sie eventuell für und mit der Betroffenen eine Schülerpatin zur weiteren Unterstützung.
 8. Wenn drei bis vier Gespräche mit der Schülerin nicht dazu führen, dass sie sich professionelle Hilfe holt, kündigen Sie ein Elterngespräch an. Lassen Sie die Schülerin dabei wissen, dass sie verstehen, wie schwer das für sie ist, dass sie aber als Lehrer in einer Mitverantwortung für ihre Gesundheit stehen und wegen ihrer fehlenden Kooperationsbereitschaft an Ihre Grenzen stoßen.
 9. Entscheidend für die Nachhaltigkeit der Gespräche und für die Glaubwürdigkeit Ihres Hilfsangebots der Schülerin gegenüber ist das konsequente Einhalten aller angekündigten Schritte. Unter Umständen wartet die Schülerin nur darauf, dass die Angelegenheit versandet, oder aber sie ist enttäuscht von Ihnen, wenn Sie nicht dranbleiben.
 10. Ermöglichen Sie einer magersüchtigen Schülerin während mehrstündiger Arbeiten Zwischenmahlzeiten, zuckerhaltige Getränke und eventuell eine warme Decke. Ohne ein ausdrückliches Angebot von Ihrer Seite wird sie aus Gründen der Anpassung und weil es ihr peinlich wäre nicht ausreichend für sich sorgen und schränkt sich damit eventuell in ihrer Leistungsfähigkeit ein.
 11. Befreien Sie eine magersüchtige oder bewegungssüchtige Schülerin vom Sport. Wenn Sie sich unsicher sind, ab welchem Gewicht das sinnvoll ist, informieren Sie sich z.B. bei Durch Dick und Dünn.
 12. Fordern Sie eine essgestörte Schülerin nicht zu noch mehr Leistung auf sondern dämpfen Sie eher ihre Leistungsbereitschaft und ihren Perfektionismus. Sie sind sonst in einem Co-Verhalten, das heißt, dass Sie ihre Problematik unterstützen oder verstärken.
 13. Führen Sie im Landschulheim: tägliche Lagebesprechungen mit der essgestörten Schülerin durch. Stellen Sie je nach gesundheitlicher Situation vor einem Landschulaufenthalt klar, dass sie nur mitgehen kann, wenn sie in der Zeit auf ihr essgestörtes Verhalten (Hungern, Kotzen) verzichten kann. Sorgen Sie für die Zeit des Aufenthalts eventuell in Absprache mit der Schülerin für eine Esspatin.
 14. Informieren Sie sich auf dieser website über krankheitserhaltende Verhaltensweisen (Co-Verhalten) und ersetzen Sie diese durch hilfreiche Verhaltensweisen.
 15. Versuchen Sie, die Grenzen Ihrer Kompetenz und Hilfsmöglichkeit herauszufinden und gegebenenfalls auf weiterführende Hilfsangebote weiterzuverweisen.

Was ist PRO ANA / PRO MIA

Es ist sehr schwierig, den Begriff "pro ana" oder auch "ana" zu definieren, da keine eindeutige Definition bislang bekannt ist. Die sich häufig ändernden Definitionen in Wikipedia verdeutlichen, dass der Begriff sehr vage ist, immer wieder neu definiert wird und jeder etwas anderes darunter versteht.

Pro-Ana (von pro: für und Anorexia nervosa: Magersucht) und Pro-Mia (Bulimia nervosa: Ess-Brechsucht) sind Bewegungen von Mager- beziehungsweise Ess-Brechsüchtigen im Internet. Die Anhänger von Pro-Ana, fast ausschließlich junge Frauen, tauschen sich über spezielle Pro-Ana-Websites aus. Sie stellen dort die Magersucht bildhaft als extremes Schlankeitsideal dar, dem sie sich mit radikalen Maßnahmen nähern, mit dem Ziel Zufriedenheit mit sich und ihrem Aussehen zu erreichen. Die Magersucht erhält dabei den Anklang einer Art der Selbstverwirklichung, der Souveränität und der Macht über den eigenen Körper, die gegen eine feindselige Umwelt verteidigt werden muss. Die Assoziation von „Ana“ mit dem Namen „Anna“ ist gewollt und steht für eine idealisierte Personifikation der Magersucht. Sie kommt insbesondere im „Brief von Ana“ zum Ausdruck, der sich auf den Webseiten der Bewegung als ein zentrales Manifest findet.

(www.wikipedia.de)

Vermutlich gibt es "pro ana" schon so lange wie die Magersucht selbst. Denn "pro ana" ist ein Teil der Magersucht. Es gehört zur Symptomatik, am krankhaften Abnehmen bis ins gefährliche Untergewicht etwas Positives zu sehen und dies zu wollen.

Bevor es das Internet gab, gab es wenig Austausch unter Magersüchtigen. Das lag zum einen daran, dass viele Magersüchtige im realen Leben Kontakt mit anderen vermeiden, weil sie in gewisser Weise eine Konkurrenz darstellen, die es immer zu über- bzw. besser: unterbieten gilt.

Die "Pro-Ana-Bewegung" im eigentlichen Sinne ist im englischsprachigen, v.a. amerikanischen Internet, entstanden und hat sich von dort auch ins deutschsprachige Internet ausgebreitet. Wie lange Pro-Ana-Seiten schon im Internet existieren, ist nicht festzustellen, jedoch fand Mitte 2002 ein fast explosionsartiger Boom dieser Seiten im deutschsprachigen Internet statt.

Als "pro ana" in ab 2006 vermehrt durch die Presse ging (taz, Bild, Spiegel), stiegen die Besucherzahlen und das Interesse an diesen Seiten rapide an. Die Intention der Medien, vor der Bewegung zu warnen, ist nach hinten losgegangen.

In der Hochphase von "pro ana" zwischen 2002 und 2007 schienen im Internet Hunderte deutschsprachiger "pro ana"-Foren, mit unterschiedlichen Zielgruppen und -setzungen, zu existieren; die Mitgliederzahlen bewegten sich zwischen 2 und 2000.

Viele der deutschsprachigen Foren und Seiten sind inzwischen von den Providern aus dem Netz genommen worden, mit dem Hinweis auf das Jugendschutzgesetz - die amerikanischen Seiten vermehren sich jedoch ungehindert und nehmen an Popularität zu.

Die Zahl der Pro-Ana-Seiten im deutschsprachigen Raum wird auf mehrere hundert geschätzt (Stand 2011). Am 8.1.2008 kam es schließlich erstmals zu einer Indizierung eines "pro ana"-Blogs durch die Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien (BPjM).

(<http://www.pure-ana.com>)

Persönliche Anmerkung:

Die Seite www.pure-ana.com sei Jedem empfohlen, der sich weitergehend mit der Problematik pro-Ana / pro-Mia auseinandersetzen möchte. Die Betreiberin der Seite war selbst viele Jahre magersüchtig und setzt sich sehr kritisch mit der Krankheit und der Entwicklung der PRO-Szene auseinander – Ihre Webseite dient nicht der Verherrlichung der Krankheit.

Weitere Quellenangaben:

<http://www.bzga-essstoerungen.de>

<http://www.wikipedia.de>

<http://dgg.de/gesundheitsernaehrung>

<http://www.magersucht.de>

<http://www.dick-und-duenn-berlin.de/>

<http://www.durchdickundduenn-freiburg.de>

Monika Gerlinghoff "Magersucht und Bulimie: Verstehen und bewältigen"

Monika Gerlinghoff "Magersüchtig: Eine Therapeutin und Betroffene berichten"

Monika Gerlinghoff "Was sind Ess-Störungen?: Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung"

Iris Absenger: Die verkörperte Essstörung. Anorexie - Bulimie - Adipositas; Erleben erleben. Umfassender Therapieüberblick und ein Körperausdrucksmodell, Centaurus, Herbolzheim 2005, ISBN 3-8255-0520-0.

Anja Hilbert: Körperbild bei Frauen mit 'Binge-Eating'-Störung. Universität Marburg 2000. (Dissertation)

Patrick L: Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. Altern Med Rev. 3/2002, S. 184-202. PMID 12126461

Stefanie Richter: Essstörung. Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen, Transcript, Bielefeld 2006, ISBN 3-89942-464-6.

Herpertz, Stephan; Hagenah, Ulrich; Vocks, Silja; Wietersheim, Jörn von; Cuntz, Ulrich; Zeeck, Almut: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. In: Dtsch Arztebl Int. Nr. 108(40), 2011, S. 678-85 (Klinische Leitlinie).

Titelbild:

Daniela Kühne 2001 in der Kampagne „Schöne schlanke Welt“ von ANAD Pathways / veröffentlicht im STERN (Fotograf Chon Choi).