

Essstörungen



→ Leitfaden

für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Essstörungen

→ Leitfaden

für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte

Vorwort

Unbeschwert und lustvoll essen – das können Kinder und Jugendliche, die Essstörungen haben, nicht mehr. Mit einem gestörten Essverhalten versuchen sie, psychische Probleme zu bewältigen. Mehr als jedes 5. Kind zwischen 11 und 17 Jahren in Deutschland hat ein erhöhtes Risiko, Essstörungen zu entwickeln. Essstörungen sind ernsthafte Krankheiten mit schwerwiegenden seelischen und körperlichen Folgen. Die Bedeutung dieses



Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Themas wird durch den Nationalen Aktionsplan „IN FORM“ sowie die Initiative „Leben hat Gewicht“ der Bundesregierung hervorgehoben.

Was sind erste Anzeichen? Was ist „normal“, was „gestört“? Was können Eltern und Lehrkräfte tun, wie können sie einer Essstörung entgegenwirken oder mit ihr umgehen?

Die vorliegende Broschüre informiert über Anzeichen, Ursachen und Entwicklung von Magersucht, Bulimie und Binge-Eating-Störung. Denn: Wer Bescheid weiß, kann Auffälligkeiten besser einordnen. Eltern und Lehrkräfte finden hier Tipps und Anregungen, wie sie helfen können, aber erfahren auch, wo ihre Grenzen liegen. Der Weg aus der Essstörung ist ohne Unterstützung durch Fachleute sehr schwer. Deshalb will diese

Broschüre Angehörigen und Betroffenen Mut machen sich selbst frühzeitig beraten zu lassen. Was gute Beratungsangebote auszeichnet, wo man sie findet und welche Therapiemöglichkeiten es gibt, können Sie ebenfalls auf den folgenden Seiten nachlesen. So können Sie sich auf die Beratung vorbereiten.

Gerade in der Anfangsphase dieser Krankheiten kann die Aufmerksamkeit und die Unterstützung durch Familie, Freunde und Freundinnen und durch das Umfeld in der Schule entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Störung nehmen. Nutzen Sie – als Eltern, Angehörige oder Lehrkräfte – Ihre Möglichkeiten.

Köln im Juni 2010

Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Essstörungen haben an der Erstellung der Broschüre mitgewirkt.



Sylvia Baeck,
Beratungszentrum
bei Essstörungen
Dick und Dünn e.V.,
Berlin/Autorin der
ersten Ausgabe des
Leitfadens



Sigrid Borse,
Frankfurter
Zentrum für
Ess-Störungen,
Frankfurt



Prof. Dr. phil.
Dipl.-Päd. Brun-
hilde Marquardt-
Mau, Univer-
sität Bremen,
Fachbereich 12:
Erziehungs- und
Bildungswissen-
schaften



Prof. Dr. med.
Beate Herpertz-
Dahlmann, Klinik
für Kinder-
und Jugend-
psychiatrie und
-psychotherapie
des Universitäts-
klinikums an der
Rheinischen-West-
fälischen Techni-
schen Hochschule
(RWTH), Aachen



Dipl.-Psych.
Andreas Schnebel,
Geschäftsführen-
der Vorstand ANAD
e.V., Vorsitzender
des Bundesfach-
verbands Ess-
störungen e.V.

Die BZgA bedankt sich für die freundliche Unterstützung!

Inhalt

1. Einführung	10	2. Magersucht	28
1.1 Noch normal oder schon gestört?	12	2.1 Ein Fallbeispiel	30
Darum isst der Mensch ...	12	Der Anfang: ein bisschen Abnehmen	30
Ess-Alltag der Jugendlichen	12	Hungern und Gedanken, die belasten	31
Wohlfühlen im eigenen Körper	13	Immer tiefer in die Krankheit	31
Auffällig	13	Bindungen lockern	32
Von Auffälligkeiten zur Krankheit	14	Meine Eltern	33
1.2 Essstörungen – Ein Überblick	16	Weg aus der Krankheit	33
Magersucht (Anorexia nervosa)	16	Leben in der betreuten Wohngruppe	35
Bulimie (Bulimia nervosa)	18	2.2 Krankheitsbild	36
Binge-Eating-Störung	19	Dünn und dünner	36
1.3 Risikofaktoren für eine Essstörung	20	Kopf kontrolliert Körper	36
In den Genen?	20	Veränderungen im Verhalten	37
Temperament und Persönlichkeit	20	Widersprüchliches	37
Gesellschaftliche Faktoren	21	2.3 Kennzeichen der Magersucht	38
Diätwahn	21	SOS!	40
Die Meinung der Gleichaltrigen	22	2.4 Mögliche Ursachen und Auslöser	41
Belastendes Umfeld	22	Hohe Leistungserwartung	41
Sexueller Missbrauch	23	Protest gegen Kontrolle	41
Die Rolle der Familie	23	Kampf um Selbstbehauptung	42
1.4 Hinweise auf eine Essstörung	25	Abwehr sexueller Wünsche	42
		2.5 Folgen	43
		Folgen für den Körper	43
		Folgen für die Seele	44
		Verpasste Pubertät	45

3.	Bulimie	46
3.1	Ein Fallbeispiel	48
	Schnell abnehmen	48
	Von der Magersucht in die Esssucht	49
	Vermeintlicher Ausweg: Bulimie	50
	Klinikaufenthalte und Behandlungen	52
	Betreutes Wohnen	52
3.2	Krankheitsbild	54
	Nach außen perfekt	54
	Essanfälle und Gegenmaßnahmen	54
	Angst und Scham	55
	Doppelleben	55
3.3	Kennzeichen einer Bulimie	56
3.4	Mögliche Ursachen und Auslöser	58
	Alles soll vollkommen sein	58
	Eigene Bedürfnisse werden verdrängt	58
	Widersprüchliche Rollenerwartung	58
	Kommunikation	59
3.5	Folgen	60
	Folgen für den Körper	60
	Folgen für die Seele	61
	Selbstverletzungen	62
	Verpasste Pubertät	62
	Soziale Auffälligkeiten	63

4.	Binge-Eating-Störung	64
4.1	Ein Fallbeispiel	66
	Bulimie, meine beste Freundin	66
	Mal viel essen, mal viel Sport	67
	Nur noch reinschlingen	67
	Depressionen, Zwänge, Panik	69
	Auf der Suche nach Hilfe	70
	In der therapeutischen Wohngruppe	70
	Ambulante Therapie	71
4.2	Krankheitsbild	72
	Essanfälle ohne Gegenmaßnahmen	72
	Essen im Mittelpunkt	73
	Wenig Bewegung	73
4.3	Kennzeichen der Binge-Eating-Störung	74
4.4	Mögliche Ursachen und Auslöser	75
	Diäten und Übergewicht	75
	Innere Spannungen und Konflikte	76
4.5	Folgen	77
	Folgen für den Körper	77
	Folgen für die Seele	77

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden? 78

5.1	Hinweise für Eltern	80
	Patentrezepte gibt es nicht	81
	Begrenzte Möglichkeiten	81
	Tipps für Mütter	82
	Informieren Sie sich	83
	Sprechen Sie das Problem offen an	83
	Drängen Sie auf den Arztbesuch	84
	Seien Sie offen für Gespräche	84
	Familiengespräche: miteinander	84
	Zur Beratung motivieren	84

Absprachen sind einen Versuch wert.	85	5.4 Hinweise für Lehrkräfte.	96
Behandlung den Experten und Expertinnen überlassen	85	Erfahrung einer Lehrerin an einem Berliner Gymnasium.....	96
Regelungen fürs gemeinsame Essen	85	Esstörung erkennen	97
Holen Sie sich Hilfe	87	Magersucht.....	97
Unterstützen Sie die Therapie	87	Bulimie	98
Mit dem Partner gemeinsam	87	Binge-Eating-Störung	98
Geschwister wahrnehmen	87	Zum Thema der Schule machen.....	98
Lassen Sie es sich gut gehen	88	Wichtig	98
Tipps für Väter	89	Tipps für Lehrkräfte.....	99
Informieren Sie sich.....	90	5.5 Umgang mit Suizidgedanken.....	101
Akzeptieren Sie die Krankheit	90	Wichtig	101
Mit dem Partner gemeinsam	90	6. Hilfe bei Essstörungen.....	102
Problem offen ansprechen	90	6.1 Beratung.....	104
Gespräche und gemeinsame Aktivitäten.....	91	Aufgaben der Beratung	104
Gespräche in der Familie	91	Qualitätsmerkmal Vernetzung	106
Abgrenzung akzeptieren	91	Wie findet man eine ambulante Beratungsstelle? ..	107
Zur Behandlung motivieren	92	Telefonische Beratung	108
Unterstützen Sie die Therapie	92	Seriöse Internetseiten	109
Tipps für Eltern erwachsener Kinder, die nicht mehr zu Hause leben.....	93	6.2 Behandlung	110
5.2 Hinweise für Geschwister	94	Diagnose Essstörung.....	110
Tipps für Geschwister	94	Therapie: Bausteine ergänzen sich	111
5.3 Hinweise für Freundinnen und Freunde	95	Schwerpunkt Psychotherapie.....	111
Tipps für Freundinnen und Freunde	95	Verschiedene Arbeitsweisen.....	112
		Die richtige Wahl.....	112
		Modul „Medizinische Behandlung“	113
		Modul „Einbindung der Eltern“.....	113
		Modul „Unterstützende Ernährungstherapie“	114
		Wichtig	114
		Sonstige ergänzende Therapiemethoden	115
		Nachsorge	115

6.3	Therapieformen	116
	Kosten der Behandlung	116
	Therapiewege – Eine Fallgeschichte	116
	Ambulante Behandlung	117
	Wie lange dauert eine ambulante Behandlung? ...	118
	Stationäre Behandlung	118
	Wie lange dauert eine stationäre Behandlung? ...	119
	Teilstationäre Behandlung	120
	Therapeutische Wohngruppen	120
	Ein Fallbeispiel	121
6.4	Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige	122
	Selbsthilfegruppen für Betroffene	122
	Ergänzung zur Therapie	122
	Das kennzeichnet eine Selbsthilfegruppe	123
	Selbsthilfegruppen für Angehörige	124
	Wie findet man eine Selbsthilfegruppe?	124
7.	Anhang	125
7.1	Ergänzende Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	126
	Weitere Informationen der BZgA zum Thema Essstörungen im Internet	126
7.2	Telefonberatung der BZgA zu Essstörungen	127
7.3	Die Initiative „Leben hat Gewicht“	127

Impressum

Herausgeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Text: Monika Cremer

Illustration: Simon Eule

Bilder: corbis images, getty images, imagesource, istockphoto

Gestaltung: LEADCOMMUNICATIONS++, Köln

Druck: K + W, Bad Oeynhausen

Stand: 08/2011

Ausgabe: 2.100.08.11

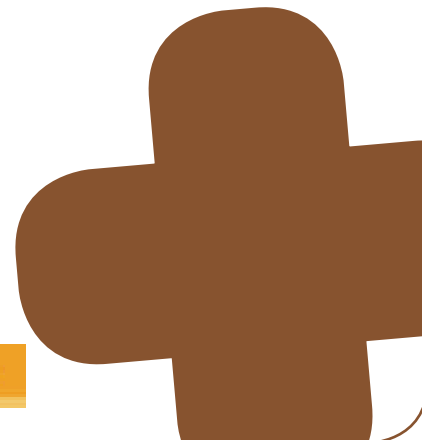
Beratungsstellen bei Essstörungen finden Sie im Internet unter www.bzga-essstoerungen.de

Bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln, oder per E-Mail: order@bzga.de

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestell-Nr.: 35231400



Einführung

- 1.1 Noch normal oder schon gestört?
- 1.2 Essstörungen – Ein Überblick
- 1.3 Risikofaktoren für eine Essstörung
- 1.4 Hinweise auf eine Essstörung



1.1 Noch normal oder schon gestört?

Darum isst der Mensch ... Essen gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen: Wir müssen uns mit Nährstoffen und Kalorien versorgen, damit wir gesund bleiben und Organe, Muskeln und Gehirn arbeiten können. Kinder und Jugendliche müssen noch wachsen, auch dafür werden Nährstoffe gebraucht. Doch essen selbst heißt nicht nur, den Hunger nach Nährstoffen zu stillen. Es bedeutet mehr: Es ist mit sozialen Beziehungen verknüpft, zum Beispiel, wenn die Familie gemeinsam am Tisch sitzt. Essen ist Ausdruck des Lebensstils und eine Möglichkeit, die Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu demonstrieren und sich wiederum von anderen abzugrenzen. Essen ist mit unseren Gefühlen verbunden. Es kann verwöhnen, kann trösten, kann helfen, Stress und Spannung abzubauen. Viele Menschen essen nicht nur, wenn sie hungrig sind. Essgestört sind sie deshalb noch lange nicht. Doch wenn auf Dauer überwiegend aufgrund emotionaler Bedürfnisse gegessen wird, dann gerät das gesunde Essverhalten aus dem Gleichgewicht.

Ess-Alltag der Jugendlichen In der Pubertät gehen Jugendliche auch beim Essen eigene Wege. Dieses Gericht nicht, jenes nicht, nur Fettarmes oder Kalorienarmes, kein Fleisch, mal Riesenportionen, mal Minimengen, wilde Mischungen aus süß und deftig oder sauer, Familienmahlzeit – nein danke. 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. Jugendliche wollen unabhängig werden, selbst über ihre Zeit und deren Gestaltung bestimmen, und das oft möglichst spontan. Verbindliche gemeinsame Familienmahlzeiten sind da eher ein Hindernis, geben andererseits aber Sicherheit und Geborgenheit. Sie machen auch die Nähe und Abhängigkeit zum Elternhaus deutlich. Essen oder Mahlzeiten verweigern kann von Jugendlichen als mächtiges Mittel genutzt werden, um Eltern ihre Grenzen aufzuzeigen.

Einen eigenen Lebensstil entwickeln heißt Alternativen und Neues ausprobieren, auch beim Essen. Dabei haben die Mahlzeiten zu Hause und unterwegs ganz unterschiedliche Bedeutungen. Unterwegs ist Essen für Jugendliche eher eine Nebensache. Zwanglos, preiswert, schnell soll es gehen, aber vor allem zusammen sein mit anderen, das ist wichtig. Snacks, Fastfood, Pizza – es wird gegessen, was angesagt ist.

Beim Essen zu Hause stehen Aspekte wie Sättigung und Gemütlichkeit im Vordergrund. Jugendliche können in ihren unterschiedlichen Lebenswelten also ganz unterschiedlich essen, und Eltern mag so manches davon seltsam erscheinen. Oft sind es Phasen, die nach kurzer Zeit vorübergehen. Merkwürdiges Essverhalten muss nicht zwangsläufig in eine Essstörung münden.



Das Schlankeitsideal wird oft als Risikofaktor für Essstörungen diskutiert. Der ständige Vergleich der eigenen Figur mit der von schlanken Models, Moderatorinnen und Moderatoren, Schauspielerinnen und Schauspielern kann unzufrieden machen. Eine Diät und ständige Kontrolle des Essens und des Gewichts können die Folge sein.

Wohlfühlen im eigenen Körper

Wie groß ist die Gefahr, eine Essstörung zu entwickeln? Wie häufig kommt sie vor? Der Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch Instituts wollte mehr dazu wissen. Das Robert Koch Institut (www.rki.de) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de). Es wurden Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren befragt. Das Ergebnis: Etwa 22 Prozent zeigen erste Auffälligkeiten. Allerdings spielen das Alter und das Geschlecht eine Rolle. Unter den 11-Jährigen sind etwa gleich viel Mädchen wie Jungen betroffen, doch mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der gefährdeten Mädchen, während sie bei den Jungen sinkt.

Auffällig

Bei fast jedem dritten Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren stellten die Wissenschaftler erste Hinweise auf ein auffälliges Essverhalten fest, dagegen nur bei jedem siebten bis achten Jungen. Einfluss hat auch die soziale Belastung der Familien. Ist sie hoch, ist das Kind mehr gefährdet.

Fast jedes vierte Kind trägt also ein höheres Risiko, doch bei den Allermeisten wird sich wahrscheinlich keine Essstörung daraus entwickeln. Denn Essstörungen sind relativ seltene Krankheiten. Etwa 2 Prozent der Jugendlichen sind davon betroffen. Für sie ist Essen oder Nichtessen ein Mittel, um psychische oder soziale Probleme auszugleichen. Essen bestimmt ihr Leben, und sie leiden schwer.

Warum Mädchen und Frauen weitaus häufiger erkranken, können Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen zurzeit nicht mit Bestimmtheit sagen. Mögliche Gründe: Jungen kommen ein bis zwei Jahre später in die Pubertät, können vielleicht deshalb die Umbrüche besser verarbeiten und den Herausforderungen besser begegnen. Darüber hinaus sind die körperlichen Veränderungen bei Mädchen wesentlich ausgeprägter. Doch die Figur ist auch bei Jungen zunehmend ein Thema. Muskeln und Waschbrettbauch sind gefragt. Schätzungsweise jede zwölfte Person mit Essstörungen ist männlich.

Von Auffälligkeiten zur Krankheit

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.

Auffällig ist beispielsweise, wenn verstärkt Diätprodukte gegessen oder getrunken werden, bestimmte Lebensmittel wie Kartoffeln, Nudeln und Ähnliches, Fleisch oder Süßes ganz vom Speisezettel gestrichen werden, wenn nur noch „Gesundes“ infrage kommt, wenn die Auswahl insgesamt stark eingeschränkt wird, wenn Mahlzeiten weggelassen werden, unregelmäßig gegessen oder sehr langsam gegessen wird etc. Kontrolliertes, gezügeltes Essen oder Diäten sind bei Jugendlichen keine Seltenheit.

Wichtig ist es, aufmerksam zu bleiben. Wenn aus merkwürdigen Verhaltensweisen oder einer Diät ein Dauerzustand wird, wenn sich die Einstellung zum Essen verändert, nicht mehr lustvoll gegessen wird, wenn sich das betroffene Mädchen oder der betroffene Junge stark mit Figur und Gewicht beschäftigt und auch in ihrem bzw. seinem sonstigen Verhalten oder Wesen verändert oder wenn sie bzw. er stark oder schnell an Gewicht verliert, dann müssen Eltern, Lehrerinnen und Lehrer handeln. Denn Essstörungen sind

zwar vergleichsweise seltene, aber schwere seelische Krankheiten, die auch dem Körper massiv schaden. Die Betroffenen brauchen dringend Hilfe. Es ist wichtig, die Krankheiten früh zu erkennen und fachgerecht behandeln zu lassen. Innerhalb der Familie ist die Lösung des Problems meist nicht möglich. Eltern und Vertrauenspersonen können die Betroffenen aber zu einer Beratung motivieren und auf Faktoren, die die Krankheit aufrechterhalten, Einfluss nehmen. Je früher eine Behandlung beginnt, desto günstiger sind die Chancen auf eine Heilung.

Welche Anzeichen auf eine Essstörung hinweisen können, wird auf Seite 26 zusammengefasst.

1.2 Essstörungen – Ein Überblick

Essstörungen können sich auf verschiedene Weise zeigen. Im Wesentlichen werden drei Hauptformen unterschieden:

→ **Magersucht** (Anorexie, Anorexia nervosa)

→ **Bulimie** (Bulimia nervosa)

→ **Binge-Eating-Störung** (Binge eating disorder, Essstörung mit Essattacken)

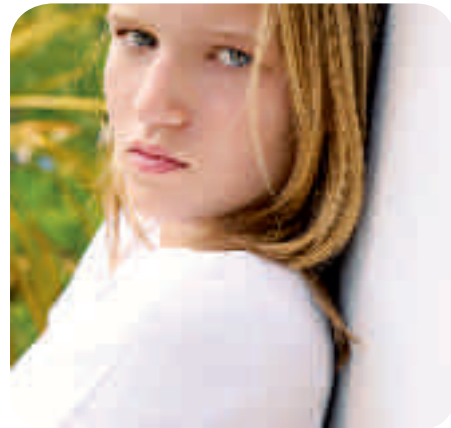
Alle Essstörungen können ineinander übergehen oder sich abwechseln. So entwickelt sich bei 20 Prozent der an Magersucht Erkrankten im Laufe der Zeit aus der Magersucht eine Bulimie.

Nicht immer sind bei Essstörungen alle Merkmale ausgeprägt. Nicht alle Essstörungen lassen sich den drei Hauptformen zuordnen. Die Wissenschaft geht davon aus, dass diese unspezifischen und untypischen Essstörungen sogar häufiger auftreten als die drei klassischen.

So unterschiedlich sich Essstörungen zeigen, eines ist für alle kennzeichnend: Essen bestimmt das Leben der Betroffenen. Das gilt für ihren Tagesablauf, ihre Gefühle, ihre Beziehungen zu anderen, ihre beruflichen und privaten Entscheidungen. Sie sind auf das Essen bzw. das Nichtessen fixiert. Die Figur und das Gewicht sind aus ihrer Sicht für alles Glück und Unglück verantwortlich.

Das Körpergewicht spielt bei jeder Essstörung eine Rolle. Unter-, Normal- oder Übergewicht – der Body Mass Index (BMI) ermöglicht eine Bewertung des Gewichts unter Einbeziehung der Körpergröße. Auf den Seiten 38/39 finden Sie ausführliche Informationen zum BMI.

Typisches Kennzeichen der Magersucht ist der starke Gewichtsverlust, den die Betroffenen selbst verursachen. Dabei kann das Gewicht langsam und beständig oder innerhalb weniger Wochen schnell sinken.



Magersucht
(Anorexia nervosa)

Magersüchtige Mädchen und Jungen wiegen für ihr Alter zu wenig oder nehmen – obwohl sie älter und größer werden – nicht ausreichend zu. Durch ihre veränderte Körperwahrnehmung empfinden sie sich trotz Untergewichts als zu dick.

Magersüchtige erreichen den Gewichtsverlust auf verschiedene Weise:

- ➔ Der sogenannte restriktive Magersucht-Typ nimmt nur durch Hungern und/oder durch übermäßige Bewegung ab.
- ➔ Bei der „Magersucht mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden“ schränken die Betroffenen nicht nur das Essen ein. Sie missbrauchen auch Abführmittel, entwässernde Medikamente und andere Arzneien, um Gewicht zu verlieren. Sie führen (zusätzlich) Erbrechen selbst herbei.
- ➔ Der sogenannte bulimische Magersucht-Typ schränkt das Essen ebenfalls permanent stark ein. Im Vordergrund stehen Hungerphasen, die durch unregelmäßige Essattacken unterbrochen werden. Durch Gegenmaßnahmen, wie Erbrechen oder Medikamentenmissbrauch, vermeiden die Betroffenen, dass sie aufgrund der Essanfälle an Gewicht zunehmen. Dieser Typ der Magersucht zeigt ganz deutlich, wie fließend die Grenzen zwischen den verschiedenen Formen der Essstörungen sind, denn Essattacken sind das charakteristische Kennzeichen der Bulimie. Der Unterschied zu einer reinen Bulimie ist das Gewicht der erkrankten Person und das Essverhalten zwischen den Essattacken. Bei der magersüchtigen Person besteht ein stetiges Untergewicht, und die Essattacken wechseln sich mit Hungerphasen ab. Bei einer bulimischen Person besteht ein Normalgewicht. Die Essattacken werden von einer normalen bis kalorienreduzierten Ernährung unterbrochen.

Magersucht ist die am längsten und am besten bekannte, aber nicht die häufigste Essstörung. 0,5 bis 1,5 Prozent der 12- bis 25-Jährigen sind schätzungsweise davon betroffen, Tendenz leicht steigend.

Die medizinische Bezeichnung Anorexie leitet sich von dem griechischen „anorektein“ ab, was so viel wie „ohne Appetit sein“ heißt. Doch die Betroffenen leiden nicht an Appetitlosigkeit, sondern sie versuchen, den Appetit zu unterdrücken.

Die Erkrankung tritt vorwiegend im Jugendalter auf und betrifft vor allem Mädchen. Am häufigsten ist Magersucht bei 14- bis 19-Jährigen, doch auch bei Kindern kann diese

Essstörung vorkommen. Jungen und Männer erkranken an der Magersucht zwar zehnmal seltener, doch ist sie dann oft schwerer ausgeprägt. Vor der Pubertät soll der Anteil der Jungen im Verhältnis sogar größer sein (mehr zu Magersucht siehe Seite 28 ff.).

Bulimie (Bulimia nervosa)



Kennzeichen der Bulimie sind häufige Essattacken, bei denen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen gegessen werden. Um die Kalorienzufuhr „rückgängig“ zu machen und nicht zuzunehmen, lösen die Betroffenen selbst Erbrechen aus. Doch sie wenden auch andere Maßnahmen

an. Dazu gehören zum Beispiel Fasten, Missbrauch von Abführmitteln und überhöhte Trainingseinheiten im Sportbereich. Die Betroffenen haben eine krankhafte Furcht, dick zu werden. Deshalb halten die Betroffenen zwischen den Anfällen eine kalorienreduzierte Ernährung ein. Im Gegensatz zu Betroffenen mit Magersucht sind Betroffene mit Bulimie häufig normalgewichtig.

➔ Seit 1979 ist die Bulimie als eine eigenständige Essstörung beschrieben. Der Begriff leitet sich von dem griechischen Wort für Ochse (bous) und Hunger (limos) ab: Ochsenhunger. Er bezieht sich damit auf das zentrale Merkmal der Bulimie: die Essattacken. Die Krankheit tritt häufig erst gegen Ende des Jugendalters und vor allem bei jungen Frauen auf. Meist sind sie 18 bis 20 Jahre alt. Eine Erkrankung vor dem 12. Lebensjahr ist selten. In westlichen Ländern sind schätzungsweise 1 bis 2 Prozent der jungen Frauen und 0,2 bis 0,3 Prozent der Jungen davon betroffen.



Binge-Eating-Störung

„Binge“ ist das englische umgangssprachliche Wort für ein Gelage, eine Prasserei, also eine Situation, in der übermäßig viel gegessen oder auch viel getrunken wird. Wiederholte Essattacken kennzeichnen die Essstörung „Binge-Eating-Störung“. Dabei werden enorm große Mengen heruntergeschlungen. Die Betroffenen haben das Gefühl, während dieser Anfälle die Kontrolle über das Essen verloren zu haben. Leiden jüngere Kinder an diesen Essanfällen, können sie oft diesen Kontrollverlust nicht beschreiben. Im Gegensatz zur Bulimie machen Betroffene die Essattacken nicht durch andere Maßnahmen „ungeschehen“.

Sie sind deshalb häufig übergewichtig. Zwingend notwendig ist das Übergewicht allerdings für die Essstörung nicht.

Die Binge-Eating-Störung ist erst seit 1994 als eigenständige Essstörung beschrieben. Wie viele Menschen davon betroffen sind, können Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zurzeit nicht sagen. Sie finden die Essstörung bei 20 bis 30 Prozent der stark übergewichtigen Jugendlichen, allerdings sind nicht immer alle Kennzeichen der Störung festzustellen. Auch diese Essstörung kommt bei Mädchen und Frauen häufiger als bei Jungen und Männern vor, doch die Abweichung ist nicht so groß wie bei Magersucht und Bulimie. Die Binge-Eating-Störung tritt oft das erste Mal zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr oder zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr in Erscheinung. Untersuchungen lassen aber darauf schließen, dass die Störung wahrscheinlich weitaus früher, zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr, beginnt. Auch bei Vorschulkindern konnten Essanfälle beobachtet werden.

1.3 Risikofaktoren für eine Essstörung

Um es gleich vorweg zu sagen: Eine bestimmte Ursache für die Essstörungen gibt es nicht. Es sind vielmehr verschiedene Faktoren und Bedingungen, die die Entwicklung begünstigen, und immer wirken mehrere dieser Faktoren zusammen. Dazu gehören biologische Voraussetzungen wie die Gene und das Temperament oder die eigene Persönlichkeit, Einflüsse durch die Gesellschaft und Einflüsse durch die Familie. Wie stark die einzelnen Faktoren in ihrem Zusammenspiel gewichtet sind, ist für jede Betroffene und jeden Betroffenen anders.

In den Genen? Vieles deutet darauf hin, dass es eine Vererbung von Essstörungen gibt. Familienstudien zeigen zum Beispiel: Angehörige von Menschen mit einer Essstörung erkranken daran häufiger als Menschen aus Familien, in denen es bisher keine Essstörung gab. Kinder und Jugendliche haben also ein höheres Risiko, wenn die Krankheit auch bei Eltern, Großeltern, Tante, Onkel oder anderen leiblichen Verwandten vorliegt oder vorhanden war. Dabei sind wahrscheinlich Gene beteiligt, die zum Beispiel über Botenstoffe den Appetit regulieren oder den Energieverbrauch beeinflussen. Auch an Veränderungen des Gemütszustands und des Verhaltens sollen diese Stoffe beteiligt sein. Doch die Forscher und Forscherinnen stehen mit ihren Untersuchungen noch am Anfang. Insgesamt ist das Fazit der Fachleute aber eindeutig: Die Veranlagung wird vererbt. Sie allein kann aber nicht eine Essstörung auslösen. Damit aus der Anlage Realität wird, müssen andere Faktoren dazukommen.

Doch es gibt auch biologische Risikofaktoren, die nicht in den Genen liegen. Komplikationen während der Geburt oder Frühgeburten gehören dazu. Auch sie können das System der bereits erwähnten Botenstoffe beeinflussen. Und noch eines stellt die Wissenschaft fest: das Hungern selbst wirkt sich massiv auf den Stoffwechsel aus und führt zu biologischen Veränderungen, die die Krankheit aufrechterhalten.

Temperament und Persönlichkeit Individuelle Charaktereigenschaften nehmen auf die Ausprägung einer Essstörung Einfluss. Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder mit depressiven Verstimmungen oder zwanghaften Verhaltensweisen in der Pubertät eher eine Essstörung entwickeln.

Das Temperament scheint ebenso eine wichtige Rolle zu spielen. Bestimmte Charaktermerkmale sind bei Betroffenen häufiger zu finden. Menschen die magersüchtig sind, sind oft beharrlich, rigide, zäh, in sich gekehrt, sehr ehrgeizig und perfektionistisch. Es sind kluge, angepasste, „vernünftige“ Menschen. Sie leisten enorm viel, glauben aber trotzdem, unfähig zu sein. Sie sind wenig selbstständig, wenig selbstsicher, gehen Konflikten und unbekanntem Situationen aus dem Weg. Bulimische Menschen sind oft weniger in sich gekehrt und weniger kontrolliert, als Betroffene mit Magersucht. Aber auch sie sind ehrgeizig; ihr Selbstwertgefühl ist herabgesetzt und sie sind oft unsicher. Essgestörte Menschen sind stark abhängig von der Meinung nahe stehender Personen und lassen sich durch Einflüsse ihres weiteren Umfelds verunsichern. Sie glauben oft, es werde erwartet, sie müssen Leistungen erbringen, um Liebe und Zuneigung zu erhalten.

Schönheit ist in unserer Gesellschaft ein wichtiges Thema. Das Figurideal heißt „schlank“. Die Topmodels zeigen dies schon Kindern und Jugendlichen auf dem Laufsteg und im Fernsehen. Viele dieser Models sind extrem dünn und haben das Gewicht eines Menschen der Magersucht hat. So entsteht der Eindruck, dass schlank nicht nur „schön“ und „attraktiv“ bedeutet, sondern auch „dynamisch“ und „erfolgreich“ zu sein.

Vor allem bei Mädchen und Frauen ist der Wunsch, schlank zu sein, groß. Sie sind unzufriedener mit dem eigenen Körper und dem Gewicht als Jungen.

Gesellschaftliche Faktoren



Der Zusammenhang zwischen Schlankheitsideal und Essstörungen ist nicht von der Hand zu weisen. Denn Models, Tänzerinnen und Tänzer oder junge Leistungssportlerinnen und -sportler, bei denen das Schlanksein und die Figur eine besondere Rolle spielen, leiden in der Tat häufiger an dieser Erkrankung.

Diäten können Essstörungen begünstigen, das ist unbestritten. Doch nicht zwangsläufig führt jedes Diäthalten in eine Essstörung. Auch wenn viele Jugendliche versuchen abzunehmen, magersüchtig wird etwa

Diätwahn

1 Prozent. Offensichtlich gibt es andere Faktoren, die hinzukommen müssen. Die Art des Abnehmens scheint eine Rolle zu spielen. Vor allem sehr rigide Diätvorschriften können in einen Teufelskreis von Hungern, Essanfällen und Erbrechen, zu Heißhungerattacken und Kontrollverlust und damit zu bulimischen Verhaltensweisen führen. Einige Mädchen und Jungen kontrollieren ihr Essverhalten so streng, dass sie magersüchtig werden. Sie nehmen wenig zu sich, dadurch schnell ab und erreichen mit ungeheurer Willensstärke etwas, was anderen nicht gelingt: Kontrolle über den eigenen Körper.

Ob bestimmte Charaktereigenschaften Voraussetzung sind, damit die Diät eine Essstörung auslöst, kann die Wissenschaft zurzeit nicht sagen. Allerdings beobachtet sie, dass Mädchen, die lange streng Diät halten, häufiger ein niedriges Selbstwertgefühl und depressive Verstimmungen haben oder ängstlich sind. Und dies wiederum sind Begleiterscheinungen von Essstörungen.

Die Meinung der Gleichaltrigen

Wenn 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 angesagt ist. Das Aussehen gehört dazu. Wenn nur schlanke Mädchen beliebt sind, wird der Druck auf die Dickeren groß, vor allem wenn sie sensibel und wenig selbstbewusst sind. Sich ständig mit den erfolgreichen Schlanke der Gruppe zu vergleichen, kann ein negatives Körper selbstbild verstärken. Bemerkungen der Gruppe über Figur und Gewicht können Essstörungen fördern.

Belastendes Umfeld

Soziale und materielle Belastungen wirken sich auf die körperliche und seelische Gesundheit aus. Sie können auch das Risiko für Essstörungen erhöhen. Die Untersuchung des Robert Koch Instituts zu Kinder- und Jugendgesundheit bestätigt, dass bei Kindern und Jugendlichen, die in sozial belastenden Lebenswelten groß werden, häufiger Hinweise auf Essstörungen zu finden sind als bei Kindern und Jugendlichen aus nicht belasteten Familien. Siehe dazu Seite 13.



Sexueller Missbrauch wird häufig mit Essstörungen in Zusammenhang gebracht. Doch automatisch von einer Essstörung auf sexuellen Missbrauch zu schließen, ist falsch. Dennoch: Mädchen und Frauen mit Essstörungen wurden in ihrer Kindheit und Jugend häufiger sexuell belästigt als der Durchschnitt der Bevölkerung. Vor allem Betroffene mit Bulimie waren psychischer und/oder körperlicher Gewalt und Macht durch sexuelle Handlungen ausgeliefert. Sexueller Missbrauch erhöht das Risiko für viele psychiatrische Krankheiten, nicht nur für Essstörungen. Das gilt auch für andere traumatische Erlebnisse, wie körperliche Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung.

Sexueller Missbrauch

Noch bis vor kurzem wurde der Familie eine wichtige krankheitsfördernde Rolle zugeschrieben. Sind Mütter und Väter an der Essstörung ihrer Töchter oder Söhne schuld? Nein. So pauschal kann man das nicht sagen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass es die typische Magersucht- oder Bulimie-Familie nicht gibt.

Die Rolle der Familie

Allerdings können bestimmte Erziehungsstile oder die Art, wie Familienmitglieder miteinander umgehen, auf Essstörungen Einfluss nehmen. Therapeutinnen und Therapeuten beobachten zum Beispiel in den betreffenden Familien häufiger ein ausgeprägtes Gefühl für Zusammengehörigkeit und ein starkes Bedürfnis nach Harmonie. Persönliche Gefühle und Wünsche werden eher unterdrückt. Doch Eltern diktieren diese Art des Umgangs miteinander nicht allein. Alle Familienmitglieder gestalten sie mit. Mutter, Vater, Kind, Geschwister ... – alle beeinflussen sich gegenseitig. So fördert ein Kind, das ängstlich und angepasst ist und ein starkes Bedürfnis nach Harmonie hat, eher einen beschützenden Erziehungsstil. Dieser wiederum fördert die Ängstlichkeit des Kindes und hemmt eher andere Eigenschaften wie Eigenständigkeit oder Neugier auf Neues. Andererseits können ängstliche Charaktereigenschaften auch bei den Eltern vorliegen, so dass sie sich aus diesem Grund beschützend verhalten.

Eltern haben Stärken und Schwächen, sie tun viele Dinge entsprechend ihrer Persönlichkeit und prägen damit ihre Kinder. Doch andere Einflüsse kommen immer hinzu. Schwierig ist es, wenn in Familien das Gefühl der Zusammengehörigkeit und das Streben nach Selbstständigkeit im Ungleichgewicht sind. Manche Jugendliche drücken mit einer Essstörung die Abgrenzung von der Familie aus, die sie offen nicht fordern können. Andere bekommen über Essstörungen Aufmerksamkeit und Zuwendung, die sie vermissen.

Die Einstellung zu Körper und Schönheitsideal und das Essverhalten in der Familie stehen in Zusammenhang mit Essstörungen. Mütter scheinen ihre Töchter besonders zu

beeinflussen, wenn sie ihr eigenes Essverhalten übermäßig kontrollieren. Mütter, die essgestörte Töchter haben, haben häufig längere Zeit Diät gehalten.

Essstörungen belasten Familien sehr. Doch Schuldzuweisungen, die oft vor allem die Mütter betreffen, helfen niemandem weiter. Die Gründe für die Essstörung des Kindes liegen immer im Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Sie zu ergründen sollten Eltern, Lehrkräfte genauso wie Angehörige, gute Freundinnen und Freunde oder Großeltern den Fachleuten überlassen. Denn es kann auch sein, dass Eltern sich für andere Dinge schuldig fühlen als jene, unter denen ihr Kind tatsächlich leidet.



1.4 Hinweise auf eine Essstörung

Essstörungen entstehen nicht von heute auf morgen. Sie entwickeln sich, und die Übergänge von einer merkwürdigen Essweise zu einer krankhaften Störung sind fließend. Deshalb sollten Eltern und Lehrkräfte für Veränderungen wachsam sein. Das betrifft nicht nur das Gewicht, sondern auch, wie sich das Kind oder die/der Jugendliche beim Essen, in der Schule oder in der Freizeit verhält. Das gilt aber auch für Gedanken, Gefühle, Stimmungen oder Beziehungen zu Freundinnen und Freunden.

Es ist sicher nicht immer leicht, Veränderungen richtig einzuordnen. In der Pubertät schon gar nicht. Sind die Veränderungen im Rahmen der Entwicklung normal, gehen sie vorüber? Oder sind es ernst zu nehmende Hinweise auf die Erkrankung? Bewertet man sie über, oder sind sie ein wirklicher Grund zur Besorgnis? Letztlich können das nur Fachleute beantworten. Aber wenn sich das Kind in verschiedenen Bereichen anders als sonst verhält sollten Eltern und Lehrkräfte die Augen davor nicht verschließen. Dauern die veränderten Verhaltensweisen länger an, ist die Gefahr groß, dass sie sich verselbstständigen. Sinkt auch das Gewicht rapide, dann ist es dringend ratsam, sich Hilfe zu holen.

Folgende Punkte können auf eine Essstörung hinweisen:

Wenn Eltern, Lehrkräfte oder Vertrauenspersonen mehrere der genannten Anzeichen beobachten, sollten sie das Verhalten bei einer Beratungsstelle, einer Ärztin oder einem Arzt abklären lassen. Denn nur Fachleute können die Diagnose „Essstörung“ stellen.

- Das Mädchen oder der Junge findet sich immer zu dick und lehnt den Körper ab. Sie oder er findet sich auch dann zu dick, wenn andere sie oder ihn zu dünn finden. Es besteht eine panische Angst zuzunehmen.
- Die Gedanken kreisen nur ums Essen und um die Figur. Das Mädchen oder der Junge betrachtet sich häufig im Spiegel, wiegt sich oft. Eine bestimmte Kleidergröße muss erreicht oder eingehalten werden.
- Über bestimmte Körperteile wird immer wieder genörgelt. „Ich habe zu kurze Beine, einen zu dicken Bauch, zu breite Hüften, einen zu schmalen Oberkörper ...“
- Das Mädchen oder der Junge vergleicht sich häufig mit anderen meist schlanken Menschen.
- Gegessen wird nicht mehr spontan, lustvoll und gern, sondern kontrolliert. Zum Beispiel wird nur zu bestimmten Uhrzeiten oder nur Fettarmes, nur Kalorienarmes, nur „Gesundes“ gegessen. Selbst die gesunde oder die vegetarische Ernährung wird immer weiter eingeschränkt.
- Lebensmittel werden in „gut“ und „schlecht/gefährlich“ eingeteilt.
- Mahlzeiten werden ausgelassen. Das Mädchen oder der Junge hat häufig Ausreden, um nichts zu essen. Zum Beispiel: Sie/er hat schon gegessen, hat keinen Hunger, hat Bauchschmerzen ...
- Das Essen ist chaotisch. Mal wird viel, dann wieder wenig gegessen. Eine Zeit lang ist die Kontrolle sehr stark, dann ist sie überhaupt nicht vorhanden.
- Es fällt dem Mädchen oder dem Jungen schwer, mit dem Essen aufzuhören. Weder Hunger, noch Sättigung kann sie/er spüren.
- Die Streitigkeiten ums Essen nehmen zu. Das Mädchen oder der Junge isst nichts oder nur wenig, kaut jeden Bissen viele Male, nimmt winzige Portionen, schiebt das Essen auf dem Teller hin und hier, isst aber nichts.

- ➔ Lebensmittel verschwinden aus dem Kühlschrank.
- ➔ Lebensmittel werden im Kinder- oder Jugendzimmer, zum Beispiel im Kleiderschrank, gehortet.
- ➔ Leere Lebensmittelpackungen liegen regelmäßig herum.
- ➔ Das Mädchen oder der Junge kauft gern ein, liest gern in Kochbüchern oder Rezeptzeitschriften, kocht gern, isst aber nie mit.
- ➔ Es wird viel Geld für Süßigkeiten ausgegeben.
- ➔ Das Mädchen oder der Junge geht häufig auf die Toilette. Verschmutzungen oder der Geruch nach Erbrochenem deuten auf eine Essstörung hin. Brechgeräusche sind nicht immer zu hören, sie können durch die Spülung oder die Dusche überdeckt werden.
- ➔ Das Mädchen oder der Junge hat in den letzten drei Monaten mehr als 6 Kilogramm abgenommen.
- ➔ Das Mädchen oder der Junge isst häufig bei Frust, Stress, Ärger oder Langeweile, redet aber nicht über seine Gefühle. Sie oder er unterdrückt mit dem Essen die Gefühle und vermeidet dadurch Konflikte.
- ➔ Das Mädchen oder der Junge treibt Sport, nicht weil es Spaß macht, sondern um abzunehmen. Sie/er ist nach dem Essen körperlich aktiv oder trainiert zusätzlich zum Vereins- und Schulsport. Es wird zum Beispiel Fahrrad gefahren, gejoggt, egal wie das Wetter ist, und beim Fernsehen Gymnastik gemacht.
- ➔ Körperliche Veränderungen sind zu sehen. Geschwollene Speicheldrüsen und Verletzungen im Mundwinkelbereich können auf Erbrechen hindeuten.
- ➔ Abführmittel und Mittel zum Abnehmen werden gekauft.

Magersucht

2.1 Ein Fallbeispiel

2.2 Krankheitsbild

2.3 Kennzeichen der Magersucht

2.4 Mögliche Ursachen und Auslöser

2.5 Folgen





2.1 Ein Fallbeispiel

Melanie, 19 Jahre,
Schülerin.

Sie leidet an Magersucht
und lebt seit gut 6 Mona-
ten in einer betreuten
Wohngemeinschaft.

„Na ja, vor der Magersucht? Da war eigentlich alles Friede, Freude, Eierkuchen. Ich bin ganz normal zur Schule gegangen, hatte befriedigende und gute Leistungen. Das wurde auch zu Hause nicht infrage gestellt. Niemand hatte Sorge, dass ich die Schule nicht schaffe. Ich weiß nicht, es lief einfach so, niemand hat sich Gedanken um mich gemacht. Es war einfach immer klar, dass ich funktioniere. Ich habe eine total intakte Familie, eine kleinere Schwester. Klar streitet man sich da ab und zu – sie war in der Pubertät, ich bin in der Pubertät. Doch wenn sie bockig war, die Türen schmiss, bekam sie schon mehr Aufmerksamkeit. Ich hatte Freunde, war Klassensprecherin, ging abends raus. Es gab nichts Ungewöhnliches, nichts Spektakuläres. Und auch mein Gewicht war total normal.“

Der Anfang: „Der eigentliche Auslöser für meine Krankheit kam im Sommer 2004. Kurz bevor ich 17 Jahre geworden bin, entschied sich meine Freundin, für ein Jahr ins Ausland zu gehen.
ein bisschen
Abnehmen Das habe ich nicht verpackt bekommen. Als sie dann im nächsten Schuljahr weg war, habe ich mich von allen komplett abgekapselt. Doch die ersten Symptome für die Magersucht kamen schon in den Ferien mit meinen Eltern am Mittelmeer. Ich habe weniger gegessen. Zuerst waren es optische Aspekte. Ich habe mich mit meinen 55 Kilo einfach nicht mehr richtig wohl gefühlt. Ich ließ hier mal ein Eis weg oder aß abends mal nur Salat anstatt Pizza. Als ich aus dem Urlaub zurückkam, hatte ich 3 bis 4 Kilo weniger und bekam

aufgrund meiner Figur nur positives Feedback. Auch meine Mutter meinte: „Das sieht gut aus. Aber jetzt ist auch in Ordnung, jetzt musst du nicht weiter abnehmen.““

„Nach den Ferien, als meine Freundin weg war, habe ich mich aber auf wenig oder nichts essen konzentriert und auch viel Sport gemacht, war zweimal die Woche joggen und bin weite Strecken mit dem Rad gefahren. Ein Sportlehrer, der mich mal beim Joggen sah, sagte: ‚Na, Magersucht, das ist bei Sportlern ja auch weit verbreitet.‘ Ich schüttelte damals den Kopf. Wie kam er auf so einen abwegigen Gedanken. Zu diesem Zeitpunkt hielt ich seine Andeutung für völlig unbegründet.

Meinen Eltern ist bald aufgefallen, dass mit mir was nicht stimmte. Nach 3 Monaten hatte ich 10 Kilo weniger. Da sah ich nicht mehr ganz so schick aus. Und auch ich musste mir eingestehen, dass mein Verhältnis zum Essen nicht ganz richtig war. Für mich waren die vielen Gedanken ums Essen sehr belastend.

Im Herbst/Anfang Winter, haben sich meine Eltern, vor allem meine Mutter, dann bemüht, mich therapeutisch anzubinden. Ich fand das eigentlich gut. Plötzlich bekam ich mehr Aufmerksamkeit. Das war ganz schön. Die Überbehütung ist – glaube ich – so der erste Fehler, den die Umgebung begeht. Anfangs ist das noch angenehm, aber irgendwann wurde es für mich zur Belastung. Eigentlich will man die Kontrolle nicht. Aber irgendwann lässt man es halt zu. Man hat ja noch die Kontrolle über das Essen. Der Rest des Lebens kann aus den Bahnen geraten, aber da ist noch das Essen. Man setzt sich utopische Essenspläne, die natürlich vorn und hinten nicht reichen, aber es ist ein gutes Gefühl, wenn man sie einhält. Morgens einen Toast mit 0,2 %-igem Frischkäse, das nächste, was erlaubt ist, ist nach der Schule ein Salat. Alles was dazwischen liegt, verliert an Bedeutung, tritt in den Hintergrund. Hauptsache man kontrolliert sein Essen.“

„Wir sind dann zu einem Gespräch in eine Landesklinik. Aber man meinte, es sei bei mir nicht so akut, der BMI sei grenzwertig, die Klinik außerdem voll, und man hat mich zu einer ambulanten Therapeutin verwiesen. Sie hatte auch Kapazitäten, und zu ihr ging ich dann einmal die Woche. Aber sie konnte mir nicht helfen, jedenfalls nicht so, dass sie mich vor dem endgültigen Absturz gerettet hätte.

Dann kam der Winter ..., na ja ..., und dann der Sommer ... Schrittchenweise ging es mit dem Gewicht bergab. Ich wog noch 43 Kilo und ging in eine Klinik, die auch auf Essstörungen spezialisiert war. Ich hatte eingesehen, dass es nicht so weitergehen konnte. Ich

Hungern und Gedanken, die belasten

Immer tiefer in die Krankheit



wollte, dass die ganzen Gedanken über das Essen aufhörten. Aber ich war nicht wirklich bereit zuzunehmen. Ich denke, deshalb war in der Klinik auch nicht so viel zu holen. Nach 8 Wochen ging ich mit plus, minus null aus der Klinik und bin dann direkt mit meinen Eltern in den Sommerurlaub gefahren. Das war vielleicht ein Fehler.

Ich habe mich den Sommer über irgendwie so durchlaviert und es geschafft, das Gewicht zu halten. Und dann, als die Schule wieder losging, ging es richtig übel bergab. Ich habe mich da reingesteigert. Meine Freundin war zwar wieder da, aber das hat mir auch nicht mehr geholfen. Bis auf 35 Kilo habe ich mich runtergehungert.


In dieser Zeit hat auch meine Sportlehrerin zu Hause angerufen und gesagt, dass ich nicht mehr am Unterricht teilnehmen könnte. Sie habe permanent Angst um mich und könne die Verantwortung nicht übernehmen. Mit meinen Eltern habe ich dann vereinbart, dass ich jede Woche 1 Kilo zunehme. ‚Wenn nicht, könnt ihr mich ins Krankenhaus geben.‘, sagte ich. Natürlich habe ich es nicht geschafft. Im Krankenhaus habe ich mich dann über eine Magensonde ernähren lassen. Es war schrecklich und das Schlimmste, was man jemandem antun kann. Die Sonde störte beim Schlucken, beim Atmen. Nach 2 Tagen war ich durch den Fremdkörper psychisch so fertig, ich konnte nicht schlafen, mein Hals tat weh. Ich konnte gar nichts anderes mehr essen, und es hat überhaupt nichts gebracht.

Wir fuhren an die Ostsee zu einer Heilpraktikerin. Sie hat eingefädelt, dass ich schnell in eine andere Klinik kam, in der ich dann über Weihnachten und Silvester 37 Tage blieb. Ich war kaum noch lebensfähig, habe niemanden an mich herangelassen. Doch es war die Hölle, von meiner Familie über die Weihnachtszeit getrennt zu sein. Genützt hat der Aufenthalt nicht. Ich bin mit 35 Kilo angekommen und damit auch wieder abgefahren.“

Bindungen lockern

„Es war klar, dass ich zu Hause nicht bleiben konnte. Meine Mutter hatte Angst, dass ich zu Hause umkippe und krepriere. Also ging ich wieder für 1 ½ bis 2 Wochen ins Krankenhaus und wartete dort, bis ich den Platz in einer Spezialklinik für Essstörungen hier in der Stadt bekam. Ich hatte mir zuvor schon die Wohngemeinschaft für Essgestörte angeschaut, und ich ging in diese Klinik mit der Aussicht, dass ich danach in die WG ziehen kann. Schon in der Klinik, in der ich über Weihnachten war, hatte sich herauskristallisiert, dass es sinnvoll wäre, von zu Hause auszuziehen. Ich musste raus, es hätte sonst mich, meine Mutter und alle kaputtgemacht.

Ich habe immer geglaubt, dass ich alles selber kontrollieren kann und auch, dass ich aussteigen kann. Aber man hat auch diese Angst zuzunehmen, wieder normal zu sein. Das ist



nur schwer zu überwinden. Es ist ja auch angenehm, krank zu sein und Aufmerksamkeit zu bekommen. Ich war damals 17 Jahre alt und wollte endlich mal allein Entscheidungen treffen, aber es gab einfach nix zu entscheiden. Mit der Magersucht hatte ich Kontrolle und Entscheidungskraft. Doch mit so wenig Gewicht kann man gar nicht mehr denken. Man bekommt einen richtigen Tunnelblick. Das schränkt die Kapazität des Kopfes stark ein. Man ist nicht mehr aufnahmefähig, man kann gar nicht mehr richtig reagieren. Man stumpft ab, der Antrieb sinkt, man mag sich nicht äußern, es ist einem alles egal.“

„Wie meine Eltern damit umgegangen sind? Mütter reagieren, glaube ich, immer emotionaler. Mit meiner Mutter gab es ganz oft Streit ums Essen. Sie kontrollierte mich: ‚Na, was hast du heute überhaupt gegessen?‘ Aber ich wollte mir da von niemandem reinpfuschen lassen. Das Essen ist der einzige Bereich, in dem man autonom ist, und das sollte so bleiben. Von meiner Mutter habe ich mich unter Druck gesetzt gefühlt. Mein Vater hat eigentlich nie etwas gesagt. Er hat mir nicht großartig Vorwürfe gemacht oder merkwürdig auf meinen Teller geguckt, hat auch nicht gesagt, ich solle mehr essen. Er hat es eher in sich reingefressen.

Eigentlich wird Eltern ja immer empfohlen, sich rauszuhalten. Doch ich glaube, dass man nicht einfach zusehen kann. Allerdings ist es besser, nicht so auf die Krankheit zu fokussieren. Eltern sollten für sich selbst etwas unternehmen und Spaß haben. Aber es fordert sie ungemein. Um die Kliniken haben sich meine Eltern immer selbst gekümmert, von der Hausärztin kam da keine großartige Unterstützung. Vor allem meine Mutter hat dafür am meisten gekämpft, dass ich irgendwohin konnte. Meine Eltern drängten mich schon, in die Klinik zu gehen, aber gegen meinen Willen wurde ich nie eingeliefert.“

„4 Monate war ich in der letzten Klinik. Bis auf fast 50 Kilo habe ich mich hochgekämpft. In der Klinik musste ich nach einem strengen Plan essen. Auf dem stand bis aufs Gramm genau, was zu essen ist: 2 Brötchen, 20 Gramm Margarine auf jedes Brötchen, 2 Pakete Marmelade zum Frühstück, nach 2 Stunden ein Joghurt, soundso viel Kekse nachmittags ... Es wurde penibel darauf geachtet, dass er eingehalten wird. 700 Gramm pro Woche musste ich zunehmen. Nur schwer konnte ich mich damit abfinden, denn die Angst zuzunehmen ist immer da. Und natürlich gibt es auch Möglichkeiten, das, was auf dem Plan steht, nicht zu essen. Doch die Waage zeigt dann, dass man weniger zugenommen hat. Und das hatte Konsequenzen. Sie reichten von Zimmerruhe plus zusätzlich Trinknahrung

Meine Eltern

Weg aus der Krankheit



über Kontaktsperre bis hin zur Magensonde. Aber wenn du zunimmst und gesund wirst, dann kannst du raus, dann triffst du dich mit deinen Eltern oder deinen Freunden und unternimmst etwas Schönes. Das läuft genau umgekehrt wie in der Krankheit, in der man Aufmerksamkeit bekommt, wenn man hungert.

Ich wollte wieder ein normales Leben haben, wieder etwas mit Freunden unternehmen. Und das war der Grund, warum ich mich überwinden konnte, zuzunehmen. Ich wusste, wenn ich nicht rauskomme, bin ich abgeschottet. Dann habe ich keinen Kontakt mehr zu meinen Freunden.

Neben dem Essensplan gab es zweimal pro Woche eine therapeutische Sitzung. Ich hatte einen sehr guten Therapeuten, den konnte ich auch zwischendurch sprechen, wenn



ich Probleme hatte. Nachmittags stand noch Kunst-, Ergo- und Sporttherapie auf dem Programm, und morgens ist man – vorausgesetzt das Zuneehmen hat gut geklappt – zur Schule gegangen.“

„Seit Mitte des letzten Jahres bin ich in der Wohngruppe mit anderen essgestörten Mädchen. Es ist auf jeden Fall das Beste, was ich machen konnte. Ich habe nicht wieder abgenommen. Hier wird einmal in der Woche gewogen, wir frühstücken zusammen und essen abends gemeinsam warm. Zusätzlich gibt es noch einen WG-Abend pro Woche, da wird zum Beispiel geregelt, wer kocht, wer den Müll rausbringt und solche Dinge. Dann gehe ich noch einmal pro Woche in eine Beratungsstelle für Essstörungen zu einer Mädchengruppe. Hier treffe ich auch andere Leute, die Essstörungen haben.

In der WG muss ich mich um einige Dinge selbst kümmern. Ich habe eine Aufgabe und kann Entscheidungen treffen. Hier habe ich ein eigenes Reich, wo ich mich verwirklichen kann. Ich dekoriere zum Beispiel mein Zimmer gern. Es fällt mir aber immer noch schwer, meinen Eltern meine Ansichten mitzuteilen, die ihnen nicht recht sind. Zu lang war ich bestrebt, ‚everybody's darling‘ zu sein. Auch meine Eltern gehen heute einmal im Monat in eine Beratung. Das gehört zu dem Betreuungskonzept hier.

Das Gewicht zu halten, ist eine Sache. Aber das Belastendste für mich sind die Gedanken ums Essen. ‚Isst du was, oder isst du nix‘, die Gedanken ums Essen blockieren alles. Sie sind nervig und rauben den Platz für anderes, Schöneres und die Leichtigkeit vom Leben. Das Essen hat so einen besonderen Status, ich weiß auch noch nicht, was normal und nicht normal ist. Ich will eines Tages dahin kommen, das zu essen, auf was ich Lust habe. Schritt für Schritt muss ich mich herantasten und herausfinden, was mein Körper braucht und mir gut tut. Ein gewisses Gefühl der Kontrolle lässt einen nicht los, gibt immer noch eine gewisse Sicherheit. Wahrscheinlich muss sonst alles stimmig sein, damit man es ablegen kann.“

**Leben in der
betreuten
Wohngruppe**

2.2 Krankheitsbild

Dünn und dünner

Magersüchtige sind auffallend dünn, wenn die Störung bereits einige Zeit besteht. Der extreme Gewichtsverlust, den die Betroffenen selbst herbeiführen, ist ein wichtiges Kennzeichen der Erkrankung. Nicht immer merken Eltern, Freundinnen und Freunde sowie Lehrkräfte das Abnehmen.

Kinder und jüngere Jugendliche nehmen fast immer ab, indem sie zunächst weniger essen, extrem viel Sport treiben oder beides tun. Häufig streichen sie zuerst kalorienreiche Lebensmittel von ihrem Speiseplan, oft lassen sie dann Fleisch und später ganze Mahlzeiten weg. Manche stellen sogar das Trinken ein. Weil der Gewichtsverlust allein durch eine starke Einschränkung des Essens erreicht wird, nennt man diesen Typ der Magersucht „restriktive Anorexia nervosa“.

Bei 60 Prozent der Magersüchtigen wird die Dauerdiet im Laufe der Zeit durch Essattacken unterbrochen, manchmal, weil der Hunger unerträglich wird oder weil die Betroffenen dem Drängen der Eltern nicht mehr standhalten können. Durch Erbrechen, Abführmittel und andere Medikamente wird der Essanfall „ungeschehen“ gemacht. Fachleute sprechen dann vom bulimischen Typ der Magersucht. Einige Magersüchtige erbrechen und missbrauchen Medikamente, auch ohne Heißhungeranfälle zu haben.



Bei 60 Prozent der Magersüchtigen wird die Dauerdiet im Laufe der Zeit durch Essattacken unterbrochen, manchmal, weil der Hunger unerträglich wird oder weil die Betroffenen dem Drängen der Eltern nicht mehr standhalten können. Durch Erbrechen, Abführmittel und andere Medikamente wird der Essanfall „ungeschehen“ gemacht. Fachleute sprechen dann vom bulimischen Typ der Magersucht. Einige Magersüchtige erbrechen und missbrauchen Medikamente, auch ohne Heißhungeranfälle zu haben.

Kopf kontrolliert Körper

Magersüchtige nehmen ihren Körper nicht mehr realistisch wahr. Sie fühlen sich zu dick, obwohl sie das objektiv gesehen gar nicht sind. Selbst dann, wenn sie nur noch sehr wenig wiegen, haben sie den Wunsch, weiter abzunehmen. Tief sitzt die Angst, zu dick zu werden.

Der Kopf kontrolliert und steuert den Körper. Den Körper empfinden Magersüchtige als Feind, der gierig und bedürftig ist und bekämpft werden muss. Hunger, Bedürfnis nach Ruhe, Entspannung oder den Wunsch, einfach mal nichts tun, leugnen sie. Jede lustbetonte Betätigung lehnen sie ab. Der Krankheitsgewinn: Die Kontrolle über ihren Körper gibt Magersüchtigen das Gefühl, eigenständig und unabhängig zu sein, alles im Griff zu haben. Sie glauben, dass alle Probleme gelöst sind, wenn der Körper erst dünn ist.



Ihr Kopf bestimmt ihren Körper! Der Leistungsdruck wird immer höher, während die Person in tiefe Depressionen verfällt.

Der Anspruch, den Magersüchtige an sich selbst stellen, ist hoch. Sie sind in der Regel sehr gute Schülerinnen und Schüler. Obwohl es immer schwieriger wird, bringen sie lange gute Leistungen. Sie sind sehr ehrgeizig und vergleichen sich ständig mit anderen. Häufig gehen sie über ihre Grenzen hinaus. Niemand genügt ihren Ansprüchen.

Das Essen wird oft ritualisiert (z.B. jeder Bissen wird soundso viele Male gekaut). Aber auch andere Verhaltensweisen können

zwanghaft werden, zum Beispiel bei der Körperpflege oder beim Aufräumen, beim Sammeln oder Kontrollieren von Dingen. Magersüchtige können geizig werden. Im Verlauf der Erkrankung kapseln sie sich immer mehr ab. Schwarzweißdenken, gereizte oder depressive Verstimmungen nehmen zu. Auch Selbstmordgedanken können hinzukommen.

Manche Verhaltensweisen erscheinen Außenstehenden auf den ersten Blick widersprüchlich, doch sie sind typisch für diese Essstörung. Dazu gehört, dass Magersüchtige häufig Rezepte sammeln und für andere kochen und backen, aber selbst nichts essen.

Magersüchtige haben einerseits Angst vor dem Mittelmaß, wollen hohe Leistung bringen, andererseits fürchten sie aber aufzufallen. Sie sind hochsensibel für die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen, zu ihren eigenen Gefühlen haben sie dagegen nur schwer Zugang. Viele haben eine große Angst vor Trennung, fürchten sich andererseits aber auch vor Nähe.

Veränderungen im Verhalten

Widersprüchliches

2.3 Kennzeichen der Magersucht

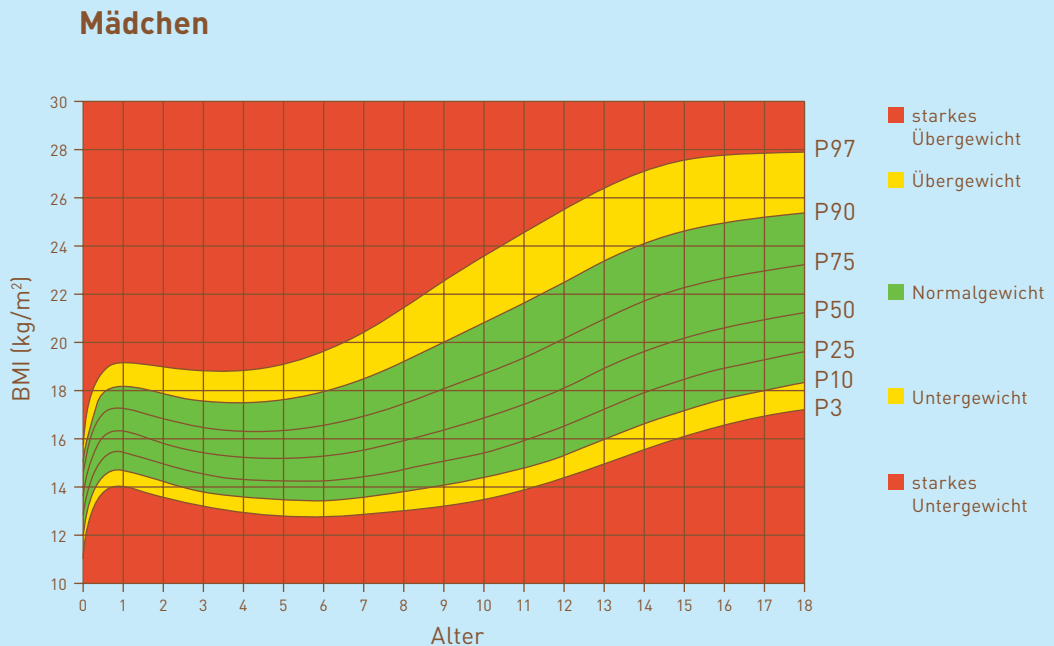
Folgende Merkmale können eine Magersucht kennzeichnen:

Bei Erwachsenen gilt ein Body Mass Index von 17,5 oder weniger als Kriterium für eine Magersucht.

→ Körpergewicht

Es wird mithilfe des sogenannten Body Mass Index (BMI) beurteilt. Zur Berechnung braucht man das Körpergewicht in Kilogramm und die Körpergröße in Metern.

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{\text{Körpergröße in Metern} \times \text{Körpergröße in Metern}}$$



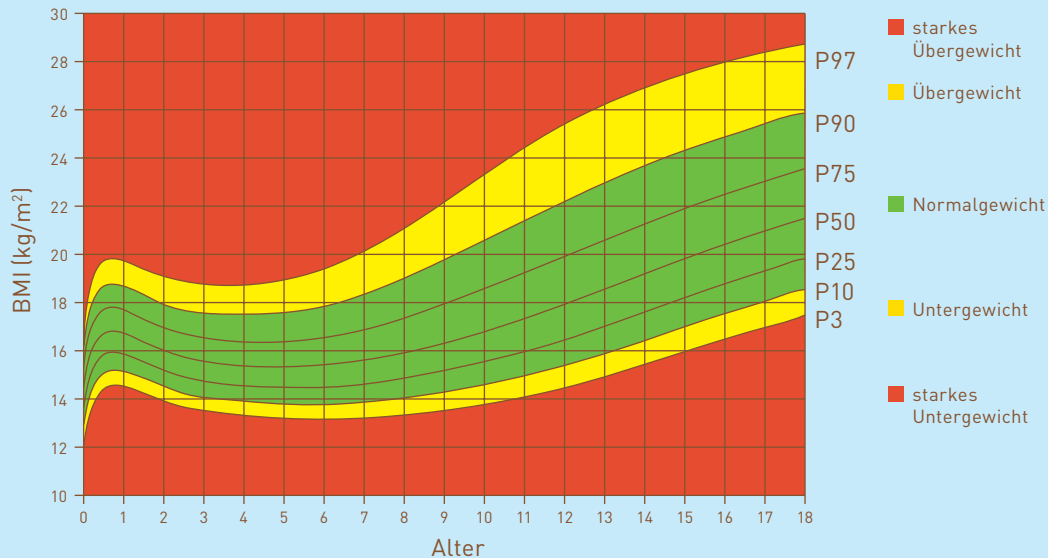
Quelle: BZgA nach K. Kromeyer, M. Waibitsch, D. Kunze et al.: Monatszeitschr. Kinderheilk. 149 (2001)

Bei Kindern und Jugendlichen sagt dieser Index allein aber noch nichts aus. Er muss anhand von Wachstumskurven beurteilt werden. Diese Kurven sind für Jungen und Mädchen verschieden. Tragen Sie den errechneten Body Mass Index bei dem entsprechenden Alter ein. Liegt der errechnete Wert im Bereich „Untergewicht“ oder „starkes Untergewicht“ kann dies ein Hinweis auf Magersucht sein.

Einfacher ist es, wenn Sie die Berechnung und Auswertung dem Body-Mass-Rechner auf der Internetseite der BZgA überlassen. Sie finden ihn unter www.bzga-essstoerungen.de.

Nicht nur das aktuelle Gewicht gibt Hinweise. Wurde in kurzer Zeit sehr viel abgenommen, ohne dass die/der Betreffende krank war, so kann das ebenfalls auf eine Essstörung hindeuten – übrigens auch, wenn die/der Betreffende normalgewichtig ist.

Jungen



Quelle: BZgA nach K. Kromeyer, M. Waubitsch, D. Kunze et al.: Monatszeitschr. Kinderheilk. 149 (2001)

→ Gewichtsabnahme

Der Gewichtsverlust ist meistens beabsichtigt. Er zeigt sich nicht immer auf der Waage. Manche Kinder und Jugendliche verlieren zum Beispiel keine Kilos. Sie nehmen aber – obwohl sie wachsen und älter werden – nicht entsprechend zu. Das Gewicht bleibt stehen, und so werden die Betroffenen im Verhältnis zu ihrer Körpergröße dünner und leichter.

→ Maßnahmen zum Abnehmen

- a) Die Betroffenen essen keine kalorienreichen Speisen und Lebensmittel oder sie schränken die Auswahl stark ein. Sie essen zum Beispiel kein Fleisch oder verzichten fast vollständig auf Nahrung. Manche kombinieren verschiedene Möglichkeiten.
- b) Die Betroffenen ergreifen zusätzlich Maßnahmen um abzunehmen. Sie verursachen Erbrechen, missbrauchen Abführmittel oder andere Arzneimittel zur Gewichtsabnahme.
- c) Die Betroffenen sind übertrieben körperlich aktiv. Das kann wie ein Zwang erlebt werden. Das selbst verordnete Sportprogramm ist dann ein absolutes Muss, das man nicht unterlassen kann.

→ Auffälliges Essverhalten

Es wird zum Beispiel extrem langsam gegessen. Bestimmte Rituale werden beim Essen eingeführt, Lebensmittel werden gehortet.

→ **Das Gewicht wird übertrieben kontrolliert**, zum Beispiel durch mehrfaches tägliches Wiegen.

→ **Die Betroffenen sehen nicht ein**, dass sie krank sind und eine Behandlung notwendig ist.

→ **Die Figur und das Gewicht werden überbewertet.**

→ **Bei Mädchen und Frauen bleibt die Monatsblutung über mindestens drei Zyklen, die aufeinander folgen, aus.** Dies ist ein Zeichen für den Hungerzustand. Jungen und Männer verlieren ihre Potenz.

→ **Die Betroffenen haben häufig depressive Stimmungen und Ängste, Zwangssymptome treten auf.**

Bei einer sogenannten atypischen Anorexie fehlen ein oder mehrere der beschriebenen Merkmale.

SOS!

Dringend müssen Sie handeln, wenn Ihre magersüchtige Tochter oder Ihr magersüchtiger Sohn nur noch apathisch reagiert, nur noch mit leiser Stimme spricht, bei kleinsten Auseinandersetzungen zu weinen beginnt. Gehen Sie dringend zum Arzt, denn die Magersucht kann schwere gesundheitliche Folgen haben und lebensbedrohlich sein.

2.4 Mögliche Ursachen und Auslöser

Damit sich eine Magersucht entwickelt, müssen viele Faktoren zusammenkommen. Dazu gehören eine Veranlagung, Selbstzweifel, geringes Selbstwertgefühl und vieles mehr. Auslöser können sein: Trennungssituationen, Verlust von Mutter oder Vater oder einem anderen nahe stehenden Familienangehörigen, ein Umzug oder Schulwechsel. Bemerkungen von Eltern, Lehrkräften, der Clique, Mitschülerinnen und Mitschülern, die sich auf Gewicht und Figur beziehen, können in der Pubertät eine Magersucht in Erscheinung treten lassen.

Es gibt verschiedene Modelle zur Entstehung der Anorexie. Sie orientieren sich an der Funktion, die die Erkrankung für die bzw. den Magersüchtigen hat.

Väter und Mütter von Jugendlichen mit Magersucht haben häufig einen sehr hohen Anspruch an sich selbst. Leistung und Perfektion haben einen hohen Stellenwert in der Familie. Es handelt sich oft um Menschen, die sich sehr für andere einsetzen. Jugend-

**Hohe Leistungs-
erwartung**

liche mit Magersucht haben selbst ebenfalls hohe Ansprüche und leiden oft darunter, dass sie ihnen nicht genügen können. In der Magersucht fühlen sich die Betroffenen unschlagbar.

Magersucht in der Pubertät ist häufig eine gewaltsame Trennung von den Eltern. Die Ablösung von der Familie und der Wunsch, zunehmend Eigenverantwortung zu übernehmen, ist Aufgabe der Pubertät. Sie ist umso schwieriger zu bewältigen, je mehr in der Familie nach Harmonie gestrebt wird, je mehr sich persönliche Bedürfnisse diesem Anspruch unterordnen müssen und nicht ausgelebt werden.

**Protest gegen
Kontrolle**



Konflikte und Auseinandersetzungen werden unterdrückt.

Eine übergroße Liebe und Fürsorge der Eltern machen es der/dem Jugendlichen schwer, eigene Erfahrungen zu sammeln und sich auszutesten. Übervorsorgliche Eltern ebnen alle Wege, sie räumen Probleme beiseite und haben immer Lösungen parat. Die Bindung zwischen Eltern und ihrem magersüchtigen Kind bzw. Jugendlichen sind oft sehr stark und die Kontrolle ist groß. In einer Familie, in der niemand etwas zu verbergen hat, fällt es schwer, sich abzugrenzen. Gefühle wie Wut und Ärger haben oft keinen Raum, werden unterdrückt, Konflikte und Auseinandersetzungen werden vermieden.

Durch die Magersucht wird das angepasste Kind bzw. die/der Jugendliche zu einer mächtigen Person. Die Erkrankung ist ein Bereich, über den Eltern keine Kontrolle haben. Magersüchtige Kinder und Jugendliche lenken durch ihre Erkrankung auch von anderen Spannungen und Konflikten in der Familie ab. Die Magersucht rückt in den Mittelpunkt, die anderen Probleme verlieren an Bedeutung und müssen auch nicht gelöst werden.

Kampf um Selbstbehauptung

Oft fühlen sich Magersüchtige ohnmächtig gegenüber dem eigenen Leben. Sie haben den Eindruck, sich nicht durchsetzen und behaupten zu können, nicht wahrgenommen zu werden. Kritik von anderen beeinträchtigt ihr Selbstwertgefühl zusätzlich. Durch die Kontrolle über ihren Körper, durch das Überwinden des Hungergefühls erleben sie sich als mächtig und eigenständig. Sie erhöhen ihren Selbstwert, denn sie schaffen etwas, was anderen nicht gelingt.

Abwehr sexueller Wünsche

Nach diesem Modell ist die Magersucht eine Form, sexuelle Wünsche abzuwehren. In der Pubertät verändert sich der Körper. Die neuen Formen, mit denen neue Gefühle und die Annäherung an das andere Geschlecht einhergehen, können verunsichern. Die Magersucht bietet die Möglichkeit, in die scheinbar heile Welt der Kindheit zurückzukehren, die Entwicklung scheinbar verschieben zu können. Durch das Abmagern wird eine kindliche Figur erreicht. Diese sendet weniger sexuelle Reize aus und soll davor schützen, körperlich anziehend zu sein.

2.5 Folgen

Wie schwerwiegend die Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit sind, hängt davon ab, wie stark die Magersucht ausgeprägt ist. Zu zusätzlichen gesundheitlichen Schwierigkeiten kommt es, wenn zum Beispiel erbrochen wird, Medikamente missbraucht werden oder Essanfälle auftreten. Fasten, Erbrechen und der Gebrauch von Abführmittel können zu einem Mangel an lebensnotwendigen Elektrolyten, wie zum Beispiel Kochsalz, Magnesium oder Kalium führen. Für Kinder sind die Folgen massiver, denn sie haben weniger Fettspeicher und geraten schneller in einen Hungerzustand als Erwachsene. Grundsätzlich kann man sagen, dass die Folgen umso schwerer sind, je jünger die/der Magersüchtige ist, je weniger sie oder er wiegt und je schneller sie oder er abgenommen hat. 5 bis 6 Prozent aller Magersüchtigen sterben an ihrer Erkrankung. Durch bessere Behandlungsmöglichkeiten ist die Sterblichkeit gerade bei jugendlichen Betroffenen zurückgegangen.

Das niedrige Gewicht wirkt sich auf den gesamten Stoffwechsel und alle Organe aus.

- **Es kommt zu Herz-Kreislauf-Störungen:** Der Puls, der Blutdruck und die Körpertemperatur sinken ab. Magersüchtige frieren leicht. Störungen im Herz-Kreislauf-System können auch zu vermehrter Wassereinlagerung führen. Am Herzen oder im Gehirn sind sie lebensgefährlich.
- **Der Körper ist nicht mehr ausreichend mit Nährstoffen versorgt.** Das zeigt sich zum Beispiel an trockener Haut und brüchigen Haaren.
- **Der Hormonhaushalt ist beeinträchtigt.** Dies führt dazu, dass bei magersüchtigen Mädchen und Frauen die Regelblutung ausbleibt. Eine weitere Folge der Hormonstörung kann eine Veränderung der Körperbehaarung und des Wärmehaushalts sein.



**Folgen für
den Körper**

- **Es kommt langfristig zu einer Osteoporose**, einer Verringerung der Knochenmasse und der Knochendichte. Dafür sind zum einen die Störungen im Hormonhaushalt verantwortlich. Zum anderen nehmen Magersüchtige wenig Kalzium und wenig Vitamin D auf, was für den Knochenaufbau gebraucht wird. Diese Folgeerscheinung der Magersucht ist gravierend. Denn über die Hälfte der Knochenmasse, die der Körper im Laufe des gesamten Lebens produziert, wird kurz vor oder während der Pubertät gebildet.
- Bei Kindern und Jugendlichen ist die Magersucht je nach Dauer der Erkrankung mit **Wachstumsstörungen** verbunden. Magersüchtige Kinder und Jugendliche sind häufig kleiner als der Durchschnitt der gleichaltrigen Bevölkerung. Das Fatale: Bei einer chronischen Magersucht kann das Wachstum in vielen Fällen nicht nachgeholt werden.
- Der Mangel an Kalorien und Nährstoffen führt zu **Magen- und Darmbeschwerden**. Verstopfungen, und Blähungen sind nicht selten.
- **Eine schwere Magersucht betrifft letztlich alle Organe des Körpers**, egal ob Niere, Leber, Herz oder Gehirn – alle sind durch den Hungerzustand beeinträchtigt.

Folgen für die Seele

Hungern macht seelisch krank. Zwangs- und Angststörungen sind nicht nur typisch für Magersüchtige. Auch Gesunde entwickeln sie, wenn sie hungern müssen. Sie werden gereizt, ihre Stimmung schwankt und zunehmend werden sie apathisch.

→ Zwangssymptome

Sie zeigen sich zum Beispiel in Essritualen, in krankhafter Kalorienzählerei, im Grübeln über das Essen oder im übertriebenen Waschen, Aufräumen und Ordnung halten oder in zwanghaftem Sparen. Diese Verhaltensweisen bleiben oft auch erhalten, wenn sich das Gewicht normalisiert hat.



Ordnungs- und Kontrollwahn.

Die Wissenschaft geht davon aus, dass Zwangsstörungen auch unabhängig von der Essstörung vorliegen können. Der Stoffwechsel im Hungerzustand verstärkt die Zwangsstörung allerdings deutlich. Zwangssymptome, die im Rahmen von Essstörungen auftreten und sich auf das Essverhalten beziehen, werden nicht als Zwangserkrankungen gewertet. Hingegen sind Zwänge, die unabhängig vom Essen auftreten, wie Wasch-, Kontroll- und Symmetriezwänge, als echte Zwangserkrankung zu sehen, die häufig neben Magersucht und Bulimie auftreten kann.

→ Angsterkrankungen

Bei magersüchtigen Kindern und Jugendlichen sind es vor allem soziale Ängste. Sie haben Angst, von anderen negativ bewertet und beurteilt zu werden. Das kann dazu führen, dass sich die/der Magersüchtige immer mehr zurückzieht. Auch Panikattacken – manchmal kombiniert mit Platzangst – können auftreten. Trennungsängste gehören ebenfalls dazu. Wahrscheinlich liegen einfache Ängste schon vor dem Ausbruch der Essstörung vor.

→ Depressive Verstimmungen

Sie begleiten die Magersucht häufig. Das magersüchtige Kind, die/der magersüchtige Jugendliche ist freudlos, seine Stimmung ist gedrückt, Betätigungen, die Spaß machen, werden abgelehnt. Magersüchtige fühlen sich leicht schuldig und haben das Gefühl, dass alles hoffnungslos ist. Ihr Selbstwertgefühl ist niedrig. Schlafstörungen kommen häufig vor. Sich zu konzentrieren fällt Ihnen schwer. Der Hungerzustand verstärkt durch biologische Veränderungen des Stoffwechsels die schwermütige Stimmung.

Depressive Verstimmungen sind nicht nur Folge der Magersucht, manchmal treten sie auch vor der Essstörung auf und können diese vielleicht sogar begünstigen.

In der Pubertät verabschieden sich Jugendliche von der Kindheit und nehmen die Erwachsenenrolle an. Es ist eine Phase, in der sie traditionelle Werte und Verhaltensweisen infrage stellen, andere Wege testen, experimentieren und sich neu orientieren. Diese Phase ist extrem wichtig, um Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und die Anforderungen, die es später stellt, zu bewältigen. Magersüchtige verpassen diese Phase und können die Entwicklungsaufgaben nicht erledigen. Nachzuholen ist die Pubertät leider nicht.

**Verpasste
Pubertät**

Bulimie

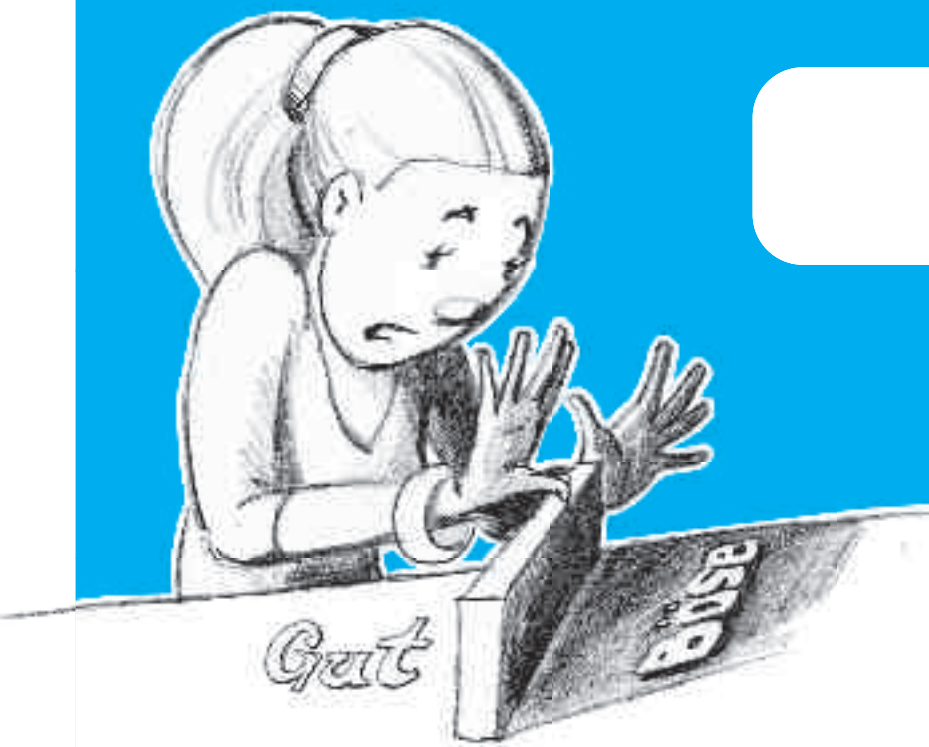
3.1 Ein Fallbeispiel

3.2 Krankheitsbild

3.3 Kennzeichen einer Bulimie

3.4 Mögliche Ursachen und Auslöser

3.5 Folgen



3.1 Ein Fallbeispiel

Lea, 23 Jahre,
Hauswirtschafterin.

Sie leidet an Bulimie und
lebt seit 3 Monaten in einer
betreuten Wohngruppe.



„Rückblickend würde ich sagen, dass ich Essstörungen schon von klein auf hatte. Als ich mit 2 Jahren von einer Kur kam, war ich ziemlich übergewichtig. Das hat sich über die Jahre bis zum 15. Lebensjahr nicht wirklich gebessert. Ich konnte mich zeitweilig beim Essen einfach nicht zügeln. Meine Eltern haben schon damals das Essen stark kontrolliert und mich gestoppt. Immer habe ich Diät gehalten, sollte abnehmen, trotzdem habe ich weiter zugenommen. Bevor ich 15 geworden bin, hatte ich dann diversen Stress in der Schule. Ich wurde gemobbt und gehänselt, wog 75 Kilo. Auch meine Eltern haben mich nicht verstanden, und in der Schule war es so schlimm, dass ich mich umbringen wollte. Dann bin ich in die Magersucht reingelaufen.“

Schnell abnehmen

„Ich wollte abnehmen und habe in einem halben Jahr 24 Kilo abgenommen. Ich habe gehungert, Sport gemacht, bin viel Fahrrad gefahren, war den ganzen Tag unterwegs, habe meine Pausenbrote verschenkt. Ich habe auch viel gelogen, sodass ich nicht essen musste. Unter der Woche gab es sowieso kein gemeinsames Essen, da ist es nicht aufgefallen, und am Wochenende ging ich viel raus. Ich fühlte mich stark. Mich hänselt keiner mehr. Ich habe mich gefreut. Die Magersucht zeigte mir: Ich kann auch mal was. Meine Mama meint heute, ihr sei das schon aufgefallen, aber irgendwie hat mich keiner darauf angesprochen. ‚Mit mir sei sowieso nicht zu reden gewesen.‘ Ich war in der Zeit ganz schön übellaunig. Ich wollte aber nicht wahrhaben, dass ich krank war. Ich war der

Meinung: Ich müsse noch abnehmen, ich sei noch zu dick. Ich wollte immer dünner als meine kleinere Schwester sein. Sie hatte mich zuvor wegen des Gewichts ausgelacht, doch dass ich abgenommen hatte, fand sie toll. Aber ich war nicht glücklich, weil ich dachte, ich muss noch viel dünner werden.

Nach einem halben Jahr hat die Kinderärztin die Magersucht angesprochen. Ihr war nicht nur aufgefallen, dass ich nur noch Haut und Knochen war, sondern auch, dass ich regelmäßig krank war. Sie stellte fest, dass die Waage eine sehr große Präsenz in meinem Leben hatte, und da musste ich zugeben, dass ich ein Problem hatte. Zuerst hat die Ärztin mit mir alleine gesprochen und dann mit mir und meinen Eltern. Sie sind ausgeflippt, haben das überhaupt nicht verstanden. Obwohl ich ihnen keine Schuld gegeben hatte, fühlten sie sich schuldig.

Einmal pro Woche musste ich zur Gewichtskontrolle und außerdem Essprotokolle führen. Meine Eltern achteten streng darauf, dass ich esse. Am liebsten hätten sie das Essen in mich reingeprügelt. In der Zeit habe ich mich auch ab und zu übergeben, aber es ist lange nicht so schlimm, wie es jetzt ist. Ich bin dann zu einer Hausärztin gewechselt, und sie hat mich zu einer Psychiaterin geschickt, die mich in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen hat. Da war ich 7 Wochen, doch zugenommen habe ich nicht. Ich wollte nicht essen. Als sie mit Zwangsernährung drohten, habe ich meine Eltern gebeten, mich herauszuholen. Danach ging ich noch etwa drei Jahre zur ambulanten Behandlung in die Klinik.“

„In der Zeit der Magersucht war mein Cousin mein einziger Freund, der zu mir gehalten hat. Aber im Endeffekt ging das nach hinten los: Er hat mich vergewaltigt. Und da habe ich beschlossen, einfach nur noch fett zu werden. Ich wollte nur hässlich sein, damit mich keiner mehr anfasst. In etwa 5 Jahren habe ich dann 50 Kilo zugenommen. Bis auf 100 Kilo habe ich es getrieben. Die Esssucht war wie ein Schutzschild. Ich hätte sonst gar nicht gewusst, wie ich mit meinen Problemen in der Schule und zu Hause umgehen sollte. Ich bin der Meinung, meine Eltern haben die Augen verschlossen und wollten mich nicht verstehen. Sie haben einfach nur gesagt: ‚Du bist zu dick, du musst abnehmen‘. Doch eigentlich war es ihnen so lieber, denn ich war nicht mehr so krank wie mit der Magersucht.

Die Ärztin in der Klinik, zu der ich ging, nahm die Esssucht zwar wahr, hat es aber nicht so schlimm gesehen. Wir haben über ganz viele andere Dinge gesprochen, doch ich war

**Von der
Magersucht in
die Esssucht**



noch nicht so weit, über die Essstörung zu reden. Ich hatte ein total falsches Bild von mir. Ich habe mir gesagt, dass es bei anderen viel schlimmer sei. Die anderen waren krank, ich habe mich im Vergleich als gesund eingestuft und mich auch geweigert, etwas mitzumachen. In der Zeit habe ich dann auch eine Ausbildung zur Hauswirtschafterin gemacht. Eine Ausbilderin sagte eines Tages: ‚Du bist krank, du bist doch nicht ganz richtig.‘ Ihr habe ich geglaubt.

Mit 17 Jahren bin ich von zu Hause ausgezogen, ich habe den Druck, vor allem von meinem Vater, nicht mehr ausgehalten. Zuerst bin ich in betreutes Wohnen, danach habe ich allein gewohnt und bin dann nach Italien. 4 Wochen war ich dort, wollte eigentlich abnehmen und länger bleiben. Aber es hat nicht geklappt. So bin ich mit 19 wieder zu Hause eingezogen.

Natürlich hat auch die eigene Familie gefragt, warum man so dick ist. Irgendwie kann man das nicht mehr erklären. Auf der Straße hörte ich Sprüche wie ‚Deutsche Panzer rollen halt wieder‘. Dann kamen noch Schwierigkeiten auf der Arbeitsstelle dazu. Meine Chefin hat mich ziemlich viel getriezt und ausgenutzt. Zuerst wollte ich gar nichts mehr essen, doch dabei ging es mir nicht gut.“

**Vermeintlicher
Ausweg: Bulimie**

„Die Lösung vor eineinhalb Jahren war: Essen, Erbrechen und Abführmittel. Am Anfang nur ein- bis zweimal pro Woche. Zuerst hatte ich Ekel und Angst davor. Ich wusste ja nicht, was ich mir damit antue. In meiner schlimmsten Zeit habe ich zwei- bis dreimal am Tag erbrochen und 10 bis 12 Abführmittel genommen. Es ist wie ein Zwang: In mir sind zwei ‚Ich‘ – eine Böse und eine Gute. Die Gute versucht die Böse zu überlisten, doch die Böse kommt immer wieder hervor. Man weiß, dass man sich damit schadet. Doch da ist eine, die sagt: ‚Scheißegal! Wozu?‘

Als Hauswirtschafterin habe ich die meiste Zeit in einer Großküche gearbeitet. Ich habe den ganzen Tag nichts gegessen, habe mich zusammengerissen. Ich musste meine Krankheit verbergen. ‚Das ist doch ekelhaft. Wenn die anderen es wissen, schämen sie sich für mich‘, dachte ich.

Auf dem Weg nach Hause ging es los. Ich habe unterwegs eingekauft und mir gleichzeitig Schuld gegeben. Es ist ganz furchtbar, wenn man den ganzen Süßkram und alles in sich reinstopft. Ich war gar nicht mehr ich selbst. Wenn ich ganz viel dazu trank, kam das Brechen automatisch. Wenn das Erbrechen nicht klappte, rannte ich durchs Wohnzimmer, besorgte mir Abführmittel. Man probiert es so lange, bis es klappt. Es ist eine





Horrorgeschichte. Natürlich hat man auch Schmerzen. Aber die Schmerzen zeigten mir: Ich lebe noch. Das ist eigentlich unangenehm, aber auch ein total gutes Gefühl. Ich spüre mich selbst. Ich merke, ich lebe. Der Schmerz befreit mich von allem. Ich muss nicht nachdenken – nicht übers Essen, nicht über meine Probleme. Der Schmerz betäubt sie alle. Und ich denke nur: Wie bekomme ich den weg. Einen ganz kleinen Moment lang ist man glücklich.

Meine Eltern haben die Essanfälle nicht gesehen. Aber meine Mama hat mir Abführmittel gekauft, als ich kein Geld mehr hatte. Ich habe ihr gesagt, dass ich dann nicht so zunehme. Sie hat nur gemeint, ich solle es nicht übertreiben.“



**Klinikaufenthalte
und Behandlungen**

„Irgendwann konnte ich nicht mehr arbeiten. Es ging nicht mehr. Ich war immer mit Essen zusammen, zitterte nur noch, hatte panische Angst vor dem Essen. Es rief: ‚Iss mich, iss mich!‘ Auch mein Gehalt war Mitte des Monats schon alle. Dann habe ich von meinen Eltern Geld bekommen, eigentlich für andere Dinge, aber ich habe es fürs Essen ausgegeben. Heute bin ich arbeitsunfähig.

Zweimal bin ich für kurze Zeit im Rahmen einer Krisenintervention ins Krankenhaus. Doch erst vor einem Jahr habe ich wieder richtig mit einer Therapie angefangen. Ich habe mir über die Kassenärztliche Vereinigung eine Verhaltenstherapeutin gesucht. Ich wollte so nicht mehr leben. Das Essen kontrolliert alles, es schwirrt im Kopf herum, man hat Albträume davon, man kann nicht mehr arbeiten gehen. Man sieht den Diätwahn in der Familie. Auch meine kleine Nichte hat Angst davor, dick zu werden. Ich will kein schlechtes Vorbild sein.

Vor gut einem Jahr bin ich zum zweiten Mal zu Hause ausgezogen. Ich habe es nicht mehr ausgehalten. ‚Wo gehst du hin, wann kommst du wieder?‘ Die Kontrolle ist riesig. Man fühlt sich wie ein kleines Kind. Und meine Eltern sagen mir, dass ich nichts auf die Reihe bekomme.

Ich kam erst mal in eine betreute Wohngruppe für Schizophrenie, weil ich auch super-ängstlich war. Dort war es egal, ob ich esse oder nicht. Aber durch eine Beratungsstelle für Essgestörte bekam ich dann Kontakt zu dieser Einrichtung, in der ich zurzeit lebe.

**Betreutes
Wohnen**

„Vor ein paar Monaten war ich dann 10 Wochen in einer Reha-Klinik für Essstörungen. Jetzt wohne ich zusammen mit anderen Essgestörten und gehe wöchentlich weiter zu meiner Therapeutin. Ich habe auch noch Essanfälle und Ausrutscher mit dem Erbrechen. Manchmal weigere ich mich zu essen und habe das Gefühl, in die Anorexie zurückzulaufen. Dann gibt es aber auch andere Tage. Doch ich nehme keine Abführmittel mehr, das ist positiv.

Freunde aus der Reha-Klinik besuchen mich, das gibt mir Kraft. Sie helfen mir, wenn ich ungeduldig mit mir bin, sagen: ‚Gib dir Zeit. Es braucht halt lange, bis es weggeht.‘ Die Wohngruppe gibt mir Halt. Die Regelmäßigkeit hilft mir, und die Betreuer unterstützen mich sehr. Ich fühle mich sicher und ich habe auch Pläne für eine Umschulung.

Meine Familie hat die Erkrankung nie ernst genommen, und so ist es bis heute geblieben. Die Verwandten und meine Geschwister sind der Meinung, ich könnte es auch allein schaffen. Meine Mama kann meine Essstörung annehmen, mein Vater meint nur, er hätte





Wichtige Unterstützung durch andere.

es auch schwer gehabt. Leider gehen sie nicht zur Beratung. Meine Mama würde schon, aber mein Vater sagt: ‚Wenn du gesund wirst, ist das schön. Aber du brauchst nicht immer auf die Unterstützung der anderen zu hoffen.‘ Ich finde es traurig und habe das Gefühl, die wollen einfach nicht. Sie wollen nicht sehen, wie es gekommen ist. Meine kleine Schwester hat Rheuma. Da sind sie immer gegangen. Und krank ist krank.“

3.2 Krankheitsbild

Nach außen perfekt Menschen mit einer Bulimie wirken sehr gepflegt, sind meist schlank und sportlich. Nach außen hin funktioniert alles perfekt. In der Öffentlichkeit essen die Betroffenen kontrolliert und vorwiegend fettarme und kalorienarme Lebensmittel. Ihre Essattacken, die kennzeichnend für die Bulimie sind, erfolgen in aller Heimlichkeit. In kurzer Zeit schlingen sie dabei große Mengen – vor allem kalorienreiche Lebensmittel – hinunter.

Essanfälle und Gegenmaßnahmen Menschen mit einer Bulimie haben eine krankhafte Furcht, dick zu werden. Deshalb machen sie den Heißhungeranfall „ungeschehen“. Je nach Maßnahme, die sie ergreifen, unterscheidet man den sogenannten „Purging-Typ“ vom „Non-Purging-Typ“. Das englische Wort „purging“ steht für Abführen, Säubern, Entfernen und bezieht sich damit auf die gegessenen und wieder ausgeschiedenen Lebensmittel. Der „Purging-Typ“ führt selbst Erbrechen herbei oder nimmt Abführmittel, entwässernde Medikamente, Appetitzügler oder andere Medikamente, um das Gewicht zu kontrollieren. Der „Non-Purging-Typ“ hält sein Gewicht durch extreme körperliche Aktivität oder durch Hungern.

In der Anfangsphase der Bulimie werden Gegenmaßnahmen wie das Erbrechen als eine Art alternative Diätmethode angesehen. Sie machen das ganz normale Essen „ungeschehen“. Doch nach und nach werden auch Nahrungsmittel gegessen, die zwischen den Essanfällen zu den Verbotenen gehören. In dieser Phase kommt es zu regelmäßigen Essattacken. Sie treten dann



Ein Doppelleben: nach aussen perfekt, heimlich unkontrolliert und eklig.



Sie igeln sich ein, um den Heißhungerattacken nachgeben zu können.

mehrmals wöchentlich auf. Manchmal geht der Bulimie eine Magersucht voraus.

Mädchen, Jungen oder Erwachsene, die an Bulimie leiden, sind auf den Körper und das Essen fixiert. Für ihre Essanfälle schämen sie sich und ekeln sich vor sich selbst. Sie hassen ihren Körper. Je länger die Krankheit fortschreitet, desto mehr vernachlässigen sie Beziehungen zu Freundinnen, Freunden und Kontakt zu anderen Menschen. Sie igeln sich ein, um den Heißhungerattacken nachgeben zu können.

Angst und Scham

Bulimie wird nur selten im Frühstadium erkannt, denn das Kind bzw. der oder die Jugendliche oder Erwachsene ist vom Gewicht her unauffällig. Dass Gegenmaßnahmen ergriffen werden, fällt Angehörigen erst mal nicht auf. Die Betroffenen begeben sich schrittweise in ein Doppelleben: Nach außen sind sie perfekt, ihr inoffizielles, heimliches Leben ist unkontrolliert und widrig.

Doppelleben

Im fortgeschrittenen Stadium zehrt der Kampf der beiden Seiten immer mehr an den Kräften. Bulimikerinnen und Bulimiker ziehen sich immer mehr zurück und werden depressiv.

3.3 Kennzeichen einer Bulimie

Folgende Merkmale können eine Bulimie kennzeichnen:

Durchschnittlich
2 Essanfälle pro
Woche, und das
über 3 Monate

→ Essattacken

Sie treten wiederholt auf. Dabei werden große Mengen an Lebensmitteln schnell gegessen.

→ Kontrollverlust

Die Betroffenen haben das Gefühl, während des Essanfalls nicht mit dem Essen aufhören zu können.



Falsche Wahrnehmung des Selbstbildes.

→ Gegenmaßnahmen

Mit verschiedenen Verhaltensweisen steuern die Betroffenen der hohen Kalorienmenge, die während eines Essanfalls aufgenommen wird, entgegen. Sie wollen sie „ungeschehen“ machen.

Die Betroffenen

- a) erbrechen im Anschluss an Essattacken,
- b) missbrauchen Abführmittel, entwässernde Medikamente, Appetitzügler und andere Medikamente zum Abnehmen. Die Mittel können auch kombiniert werden.
- c) hungern zeitweilig oder halten streng Diät.
- d) sind übermäßig sportlich aktiv.

→ Manchmal liegen **Menstruationsstörungen** vor.

→ Die Betroffenen haben eine **krankhafte Furcht, dick zu werden**. Die persönliche Gewichtsgrenze ist genau festgelegt und niedrig. Figur und Gewicht sind überbewertet.

→ **Impulsives Verhalten**

Ein Teil der Betroffenen zeigt impulsives Verhalten. Sie können es nicht mehr kontrollieren. Das kann sich äußern in

- a) Ladendiebstählen – dabei werden in der Mehrzahl Nahrungsmittel gestohlen,
- b) im Missbrauch von Alkohol, Tabletten oder Drogen,
- c) in unkontrolliertem Geldausgeben,
- d) in Selbstverletzungen.

3.4 Mögliche Ursachen und Auslöser

Alles soll vollkommen sein

Übertriebener Perfektionismus kann ein Hinweis auf eine Gefährdung sein. Im Verlauf der Bulimie wird dieser Anspruch noch stärker. Doch hinter der perfekten Fassade ist das Selbstwertgefühl nur schwach ausgeprägt. Selbstzweifel plagt die Betroffenen – nicht nur im Hinblick auf ihre Figur und ihr Aussehen. Sie könnten in allem besser sein: als Schülerin oder Schüler, in der Ausbildung, als Tochter oder als Sohn, als Freundin bzw. Freund, als Partnerin oder Partner.

Eigene Bedürfnisse werden verdrängt

Jugendlichen und Erwachsenen mit Bulimie fällt es schwer, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu äußern. Auch die Körpersignale Hunger oder Sättigung werden kaum oder verzerrt wahrgenommen. Sie berichten häufig über das Gefühl, stark abhängig zu sein. Große Verlust- und Trennungsängste führen dazu, dass die Betroffenen andere Gefühle und eigene Bedürfnisse unterdrücken und so handeln, wie sie glauben, dass es von ihnen erwartet wird. Sie orientieren sich stark an der Meinung anderer. Das führt zu inneren Spannungen zwischen „Wie ich sein will“ und „Wie ich bin“. Sie können sich in Heißhungeranfällen „entladen“.

Widersprüchliche Rollenerwartung

An Frauen werden heute viele Ansprüche gestellt. Einerseits sollen sie sich aus ihrer traditionellen Rolle lösen und nicht mehr nur Hausfrau und Mutter sein. Auch im Beruf sollen sie erfolgreich sein. Durchsetzungsfähigkeit, Aktivität, ein klarer Verstand und Selbstinteresse sind dabei gefragt. Doch andererseits sollen Frauen weibliche „Tugenden“ pflegen: Sie sollen warmherzig sein, verständnisvoll, sich um andere sorgen und nicht zuletzt schön und gepflegt sein. Mütter von heute leben ihren Töchtern oft vor, wie schwierig dieser Spagat ist. Der Konflikt um die Weiblichkeit, gepaart mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, kann auf das Essen und den Körper verschoben werden. Häufig berichten bulimische Frauen, dass Schlanksein und Gesundheit, Schönheit und äußere Erscheinung eine hohe Bedeutung in ihrer Familie hatten.



Sehr gepflegtes Aussehen und übertriebener Perfektionismus.



Kommunikation in der Familie.

In der wissenschaftlich-empirischen Literatur gibt es keine Hinweise, dass sich die familiäre Interaktion von magersüchtigen oder bulimischen Patienten und Patientinnen tatsächlich von Normalen unterscheiden. Vermutungen, dass Bedürfnisse, Gefühle und Meinungen nicht offen geäußert werden, obwohl sie indirekt zu spüren sind, halten sich jedoch. Gewichtskontrolle und Diäten vermitteln ein Gefühl der Sicherheit. Essattacken können ein Ventil für lange verbotenen Genuss sein, aber auch eine Möglichkeit, um Verletzung und Frust zu betäuben oder Spannung zu entladen. Zudem kann die Essstörung des Kindes vor allem die Kommunikation in der Familie verändern und erschweren. Die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe kann hier von Vorteil sein.

Kommunikation

3.5 Folgen

Folgen für den Körper

Wie schwer die Folgen für Körper und Seele sind, hängt von der Anzahl der Essattacken ab. 0,5 bis 1 Prozent der an Bulimie Erkrankten sterben an dieser Essstörung.

→ Schäden an Zähnen und Schwellung der Speicheldrüsen

Der saure Mageninhalt schädigt beim Erbrechen den Zahnschmelz, aber auch die Schleimhaut der Speiseröhre und des Rachens. Darüber hinaus kann es zu Vergrößerungen der Ohrspeicheldrüsen kommen. Stecken sich die Betroffenen „den Finger in den Hals, um zu erbrechen“, kann man Verletzungen an den Fingern sehen.

→ Störungen im Magen und Darm

Durch die großen Mengen, die bei einem Heißhungeranfall hinuntergeschlungen werden, wird der Magen stark belastet. Die Magenentleerung, der Transport der Nahrung durch den Darm ist gestört. Verstopfung kann die Folge sein. Der Darm wird zum Beispiel auch träge, wenn Abführmittel missbraucht werden. Wird viel gegessen, werden die Speicheldrüsen zu vermehrter Ausschüttung von Verdauungssäften angeregt. Die Gefahr steigt, dass sie sich entzünden.

→ Der Mineralstoffhaushalt kann entgleisen und zu Nierenschäden und Herzrhythmus-Störungen führen.

Durch das Erbrechen oder durch entwässernde Medikamente verliert der Körper viel Flüssigkeit, dabei geht auch viel Kalium und Natrium verloren. Das beeinträchtigt die Nierenfunktion und das Herz.

→ Der Hormonhaushalt ist gestört.

Auch bei Bulimie kann die Regelblutung ausbleiben, wenn das Gewicht stark schwankt oder zu niedrig ist.

→ Gestörtes Hunger- und Sättigungsempfinden

Je länger die Essstörung besteht, desto mehr wird die Wahrnehmung für Hunger und Sättigung gestört.

→ Mangel an Kalorien und Nährstoffen

Er macht sich durch Herz-Kreislauf-Störungen bemerkbar. Aber auch die Konzentration und Leistungsfähigkeit leidet erheblich darunter.



→ Depressionen

Das mangelnde Selbstvertrauen und die ständigen Selbstzweifel können zu einer schwermütigen Verstimmtheit führen.

→ Angststörungen

Am häufigsten treten soziale Ängste auf. Dazu gehört die Angst, von der Clique oder von Mitmenschen abgewertet oder verachtet zu werden. Es ist die Angst, unbeliebt zu sein. Hungerphasen können Stoffwechselfvorgänge so beeinflussen, dass diese Veränderungen die Angststörungen verstärken.

→ Zwangsstörungen

Genauso wie bei der Magersucht treten auch bei der Bulimie Zwangserkrankungen auf. Das kann sich zum Beispiel in übertriebenem Waschen

oder in Kontrollzwängen äußern. Zudem können Zwangssymptome auftreten, indem Essanfälle ritualisiert werden, zum Beispiel zu bestimmten Uhrzeiten oder bestimmten Fernsehprogrammen zu essen oder zwischen dem Essen eine festgelegte Menge zu trinken.

→ Gefühle werden dramatisiert, Schwarzweißdenken tritt auf.

→ Im Laufe der Erkrankung wird die eigene Person immer stärker abgewertet. Das reicht bis hin zum Selbsthass.

Selbstverletzungen Kratzen, Stechen, Nägelkauen oder Ritzen sind verzweifelte Versuche, sich zu spüren. Von Selbstverletzungen kann man aber nicht automatisch auf Essstörungen schließen. Sie kommen häufiger ohne eine Essstörung vor.

Verpasste Pubertät Die Pubertät ist eine Phase, in der Jugendliche traditionelle Werte und Verhaltensweisen infrage stellen. Sie lösen sich langsam vom Elternhaus, probieren eigene, andere Wege aus. Es ist eine Zeit des Experimentierens, um sich zu finden. Diese Phase ist extrem wichtig, um Verantwortung für das eigene Leben übernehmen zu können und die Anforderungen, die es später stellt, zu bewältigen. Tritt die Bulimie in der Pubertät auf, können die Jugendlichen die Entwicklungsaufgaben oft nicht erledigen.

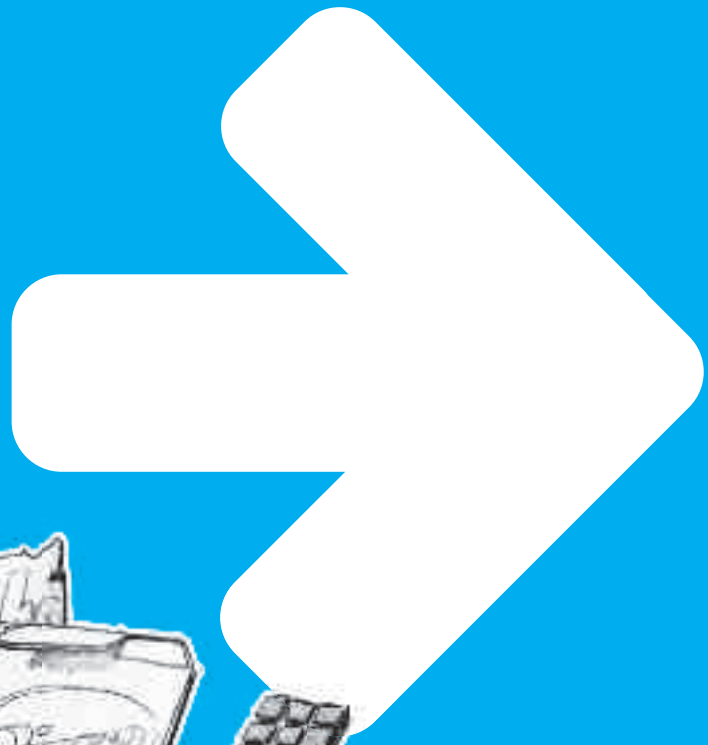


Bei einem schweren Krankheitsverlauf kommt es auch zu sozialen Auffälligkeiten. Die Betroffenen sind oft launisch, verhalten sich widersprüchlich, sind impulsiv und aggressiv. Das behindert und verhindert Beziehungen zu anderen. Auch die Schule oder die Ausbildung werden vernachlässigt. Das Zimmer geht im Chaos unter, ist überfüllt mit Lebensmittelresten, offenen Dosen und Verpackungen. Es kann sein, dass die Betroffenen Lebensmittel oder Geld stehlen und sich auch verschulden, um die Lebensmittel für die Anfälle kaufen zu können.

Soziale Auffälligkeiten

Binge-Eating-Störung

- 4.1 Ein Fallbeispiel
- 4.2 Krankheitsbild
- 4.3 Kennzeichen der Binge-Eating-Störung
- 4.4 Mögliche Ursachen und Auslöser
- 4.5 Folgen



4.1 Ein Fallbeispiel

Julia, 25 Jahre, Studentin.

Sie litt an verschiedenen
Essstörungen, zuletzt
4 Jahre an einer Binge-
Eating-Störung.



„Diät und Abnehmen war bei uns in der Familie schon immer ein Thema. Zum Beispiel konnte mein Opa nicht am Herz operiert werden, da er Übergewicht hatte. Meinen ersten Diätplan habe ich bereits mit 7 Jahren geschrieben. Doch eigentlich hat alles angefangen, als ich 15 war. Es begann mit Magersucht, und dafür gab es diverse Auslöser: zum einen Sprüche, die ich von Leuten aus der Schule oder von meiner Familie gehört habe, wie ‚guck mal den dicken Hintern, die Fußballerbeine‘ und Ähnliches. Dabei war ich zwar etwas fester gebaut, aber nie übergewichtig. Und dann ... Ich wollte – wie alle anderen auch – einen Freund haben und dachte: ‚Das geht wahrscheinlich nicht, wenn man so aussieht wie ich.‘ Da habe ich beschlossen, weniger zu essen, und irgendwann war es nur noch ein Joghurt am Tag. Das konnte ich nicht sehr lange durchhalten, und nach einem halben Jahr ist es dann gekippt und wurde Bulimie.“

Bulimie,
meine beste
Freundin

„6 Jahre lang habe ich Essanfälle gehabt und erbrochen, zum Schluss täglich bis zu zweimal. Aufgefallen ist das keinem, auch meinem Freund nicht.“

Ich bin mehr oder weniger bei meinen Großeltern aufgewachsen. Wir hatten ein großes Haus, ich wohnte in der obersten Etage, hatte ein eigenes Badezimmer, eine eigene Toilette, eine eigene Küche. Meine Mutter ist alleinerziehend, war die meiste Zeit arbeiten. Auch mein Opa hat noch gearbeitet, und meine Oma war im Garten oder im Haus beschäftigt.

Ich war die meiste Zeit allein. So konnte ich dem Ganzen ungestört nachgehen. Die Bulimie war mein Geheimnis, mit ihr konnte ich aus dieser ‚kleinen heilen Welt‘ ausbrechen, musste nicht funktionieren, wie man es erwartete. Dass ich zu Hause wenig gegessen habe, hat niemand gemerkt. Morgens habe ich allein gefrühstückt und den Teller dreckig gemacht, damit es so aussieht, als ob ich etwas gegessen hätte. Die Essanfälle haben dann meist nach der Schule auf dem Nachhauseweg angefangen.

Wie wichtig mir das Brechen war, ist mir das erste Mal bewusst geworden, als ich im Studium auf der Suche nach einem Zimmer war. Ich wollte unbedingt allein wohnen, damit ich meiner Essstörung komplett nachgehen kann. Eine WG kam nicht infrage, denn dort könnte ich nicht erbrechen, wann immer ich wollte.

„Vor 5 Jahren habe ich dann in den Semesterferien eine alte Freundin getroffen. Sie erzählte mir von einer Bekannten mit Magenkrebs, der wohl auf eine Bulimie zurückzuführen war. Das war für mich der Auslöser, mit dem Erbrechen aufzuhören, denn ich hatte schon immer Angst vor Krankheiten.

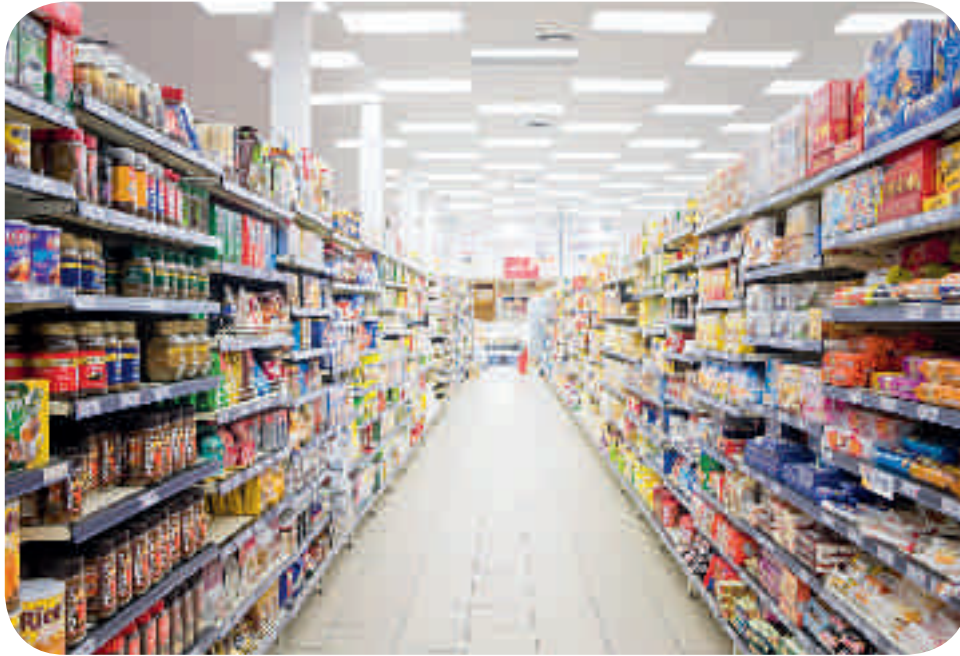
**Mal viel essen,
mal viel Sport**

Nun gab es Phasen, in denen ich nur noch gegessen habe und Phasen, in denen ich nur Sport gemacht und kaum etwas gegessen habe. Das hieß dann für mich: um 5 Uhr aufstehen, eine Stunde Fahrrad fahren, sehr restriktiv essen. Die Phasen waren am Anfang ausgewogen, zwei Wochen Essphase wechselten sich zum Beispiel mit zwei Wochen restriktiver Phase ab. Das Gewicht ging hoch und runter, mal 10 Kilo hoch, dann wieder 10 Kilo runter. Doch am Ende überwogen die Essphasen. Dementsprechend stieg das Gewicht dann nach oben.“

„Bei einem Essanfall ist man wie in Trance, wie ferngesteuert. Ich saß zum Beispiel in der Vorlesung, und im Kopf lief dann schon dieses Bild ab: wie ich im Supermarkt die Reihen ablaufe, was ich da kaufe, wie ich einkaufe. Das war das Einzige, was ich denken konnte. Ich hatte nur noch Essen im Kopf. Nach der Vorlesung: nichts wie raus, aufs Fahrrad, in den Supermarkt. Dann stand ich an der Kasse und schämte mich: ‚O Gott, was denken die Leute von mir, wenn ich meine ganzen Schokoriegel, meinen Kuchen, meine Chips aufs Band lege? Wissen die, dass ich jetzt nach Hause gehe und einen Fressanfall habe? Sieht man mir das an, wie dem Alkoholiker vor mir, der gerade seinen Schnaps und sein Bier kauft?‘ Ich wohnte damals in einem Viertel, in dem auch viele Alkoholabhängige zu Hause

**Nur noch
reinschlingen**





waren. Meine Beruhigungsstrategie war, mir zu sagen, dass ich ja für Bekannte einkaufen könnte, und dann wäre die Menge ganz normal.

Zu Hause beim Auspacken habe ich angefangen zu essen: Kuchen, Schokoriegel, zwischendurch Spaghetti mit Fertigtomatensauce, danach Kekse, Süßes, bis mir so schlecht war, dass ich mich kaum noch bewegen konnte. Dann habe ich mich aufs Bett gelegt und ferngesehen, und nach einer Stunde konnte ich weiteressen. Das Ganze hörte erst auf, wenn nichts mehr zu essen da war.

Als ich meinem Freund einmal erzählte, was bei einem Essanfall passiert, hat er gemeint: Ich müsse nur den Kopf einschalten, ich sei doch intelligent. Er hatte gar nichts verstanden. Aber er hat mir angeboten, dass er mir hilft, wenn er kann. Doch ich habe ihn nur selten angerufen, wenn ich Essdruck hatte. Ich wollte dem Druck nachgeben, denn mit dem Essanfall konnte ich – wenn auch nur kurzfristig – aus den gewohnten Verhaltensmustern ausbrechen. Ich konnte den Perfektionismus loslassen, musste nicht mehr das sein, was ich glaubte, in der Gesellschaft sein zu müssen.“

„An meinem Studienort hat es mir gar nicht gefallen, und die Zeit war insgesamt für mich sehr schwierig, nicht nur, weil ich zugenommen hatte und nur in Schlabberklamotten und Jogginghosen rumlief. Richtig minderwertig habe ich mich gefühlt. Die Essanfälle haben aber einfach auch viel Zeit gebraucht. Zu den anderen habe ich gesagt, ich müsste lernen, ich bekäme Besuch, oder ich würde nach Hause fahren. Nix war's, ich habe mich von allen Freunden zurückgezogen. Ich saß in meinem Zimmer, habe gegessen und gelernt. Ich wollte immer nur die besten Noten und habe mir selbst einen sehr hohen Druck gemacht. Andererseits hatte mich der Druck aber auch gehemmt, etwas zu tun. Ich war teilweise zu nichts fähig, kämpfte mit Depressionen, und wann immer es ging fuhr ich nach Hause oder zu meinem Freund.

Irgendwann kamen dann auch Zwänge dazu. Die habe ich heute noch. Das ist zum Beispiel so: Ich esse Kartoffeln, Nudeln, Reis nach dem Alphabet – einen Tag Kartoffeln, am nächsten Nudeln, dann Reis. Oder ich ziehe meine Kleidung immer in einer bestimmten Reihenfolge an, mache im Badezimmer der Reihe nach sauber. Der Essanfall war wie ein Ventil, raus aus den ganzen Zwängen.

Wenn ich am Wochenende oder in den Semesterferien zu Hause war, ist es nie aufgefallen, wie viel ich gegessen habe. Das hat mich gewundert. Aber ich glaube, meine Mutter hat selber ein Problem mit dem Essen. Es stehen bei ihr Lebensmittel ‚en masse‘ herum. Es war ein Leichtes, das alles aufzuessen. Und wenn ich bei meinem Freund war, habe ich die Sachen für den Essanfall einfach in meinem Rucksack verstaut und dann eben aus dem Rucksack heraus gegessen.

Während eines Auslandssemesters in England vor zwei Jahren wurde es ganz schlimm. Ich wollte einen Abschluss machen und habe mich sehr unter Druck gesetzt. Es gab in dieser Zeit wieder Phasen, in denen ich kaum etwas gegessen habe. Vier Monate habe ich auch an einem Diätprogramm teilgenommen, habe mir aber zusätzlich viele Lebensmittel verboten. Dann kamen die Panikattacken. Ich dachte, ich bekomme keine Luft mehr, bekomme einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt.



Doch das EKG war in Ordnung. Damit die Panikattacken weggehen, habe ich wieder mit dem Essen angefangen. Abends kamen die Anfälle: Fish and Chips, ein Liter Eis, Schokolade ... Die Panikattacken blieben, wurden aber weniger.“

**Auf der Suche
nach Hilfe**

„Bis vor 3 Jahren war mir gar nicht bewusst, dass ich eine Essstörung habe. Ich dachte, ich schaffe es halt nur nicht abzunehmen. Dabei war ich selbst mit meinem höchsten Gewicht von 68 Kilo gar nicht richtig übergewichtig. Doch als ich aus England zurückkam, ging es mir sehr schlecht, und ich wollte etwas gegen die Essanfälle tun.

Ich habe erst einmal im Internet recherchiert und bin da auf den Begriff Binge Eating gestoßen. Dann habe ich mit Selbsthilfegruppen telefoniert, war in der psychosozialen Beratungsstelle der Diakonie, bei der psychiatrischen Universitätsambulanz, habe probatorische Sitzungen gemacht. Doch die Wartezeiten für einen Therapieplatz waren ewig lang. Andererseits war ich unentschieden, ob ich überhaupt eine Therapie beginnen will, denn mein Studium hatte ja Priorität. Im Internet bin ich dann auf ANAD gestoßen. Es schien mir eine gute Möglichkeit, etwas gegen die Essstörung zu tun, aber auch mein Studium weiterzumachen und meine Diplomarbeit zu schreiben.“

**In der
therapeutischen
Wohngruppe**

„Anfang letzten Jahres zog ich in die Wohngruppe bei ANAD ein. Ich sagte es niemandem, auch nicht meiner Oma. Meine Mutter allerdings hatte den Brief der Krankenkasse mit der Bewilligung geöffnet, da erzählte ich ihr am Telefon von der Essstörung. Es fiel mir schwer, denn unser Verhältnis war immer gut. Doch ich hatte Angst, das Bild zu zerstören, das sie von mir hat, das Bild von der Tochter, die alles supergut hinkriegt. Sie war immer so stolz auf mich. Ich dachte, das kann sie nicht mehr sein, wenn ich nur esse und Depressionen habe.

Acht Monate war ich bei ANAD und hatte seit dem ersten Tag in der Wohngruppe keinen einzigen Essanfall mehr. Der Essdruck war am Anfang schon noch da, aber ich habe versucht, dem aus dem Weg zu gehen, mich abzulenken. Ich habe mit anderen Leuten darüber geredet, mich zum Spaziergehen verabredet. Es war schwierig, aber ich habe es Gott sei Dank geschafft.

Sehr viel hat sich für mich verändert. Das sogenannte Kochen und Essen hat mir sehr geholfen. Es findet regelmäßig gemeinsam mit anderen Patientinnen und einer Therapeutin statt. Ich habe gelernt, was normale Mengen und Portionen sind, was ich überhaupt brauche und dass andere das mögen, was ich für sie koche.



Meine Diplomarbeit konnte ich jedoch nicht schreiben. Durch die Therapie wurde so viel ausgelöst, Probleme kamen hoch und es war mir einfach unmöglich. Ich weiß zum Beispiel, dass die Essstörung zwar die Beziehung zu meinem Freund kaputt gemacht hat, aber auch ein Anker war, sie aufrechtzuhalten. Denn ich habe darin viel gelitten.“



„Heute wohne ich in einer kleinen WG und mache eine ambulante Therapie. Ich arbeite zwei Tage als studentische Aushilfskraft in einer Buchhandlung, drei Tage an meiner Diplomarbeit, und zwei Tage habe ich frei. Das „Freihaben“ ist für mich sehr wichtig, denn früher hieß Wochenende von früh bis abends lernen.

Essanfälle habe ich keine mehr, aber ich würde sagen, raus aus der ganzen Geschichte bin ich noch nicht. Doch ich bin froh, dass es mit dem Essen klappt. Ich esse jetzt gerne. Mit meiner Mutter hat bis heute nicht wirklich ein Gespräch über die Essstörung stattgefunden. Sie begreift es einfach nicht, andererseits liegt es aber auch an mir. Ich fühle mich schuldig, denn ich habe das perfekte Bild zerstört, das sie von mir hatte.“

**Ambulante
Therapie**

4.2 Krankheitsbild

Essanfälle ohne Gegenmaßnahmen

Die Binge-Eating-Störung ist die Essstörung, die noch am wenigsten erforscht ist. Ihr charakteristisches Kennzeichen sind Essanfälle. Dabei werden viel zu große Portionen auffallend schnell hinuntergeschlungen. Im Gegensatz zur Bulimie ergreifen Menschen, die an dieser Essstörung leiden, aber keine Gegenmaßnahmen: Die Betroffenen erbrechen danach nicht und nehmen auch keine Abführmittel oder andere Medikamente ein. Sie machen den Anfall weder durch extreme Diäten noch durch sehr viel Sport „ungeschehen“. Da während des Essanfalls sehr viele Kalorien aufgenommen werden, ist das Risiko groß, dass Menschen mit Binge-Eating-Störung übergewichtig werden.

Übergewicht kommt in der Tat häufig bei dieser Essstörung vor. Doch ein notwendiges Kennzeichen für die Krankheit ist es nicht: Binge Eating kann auch bei Menschen mit Normalgewicht auftreten, und nicht jeder, der Übergewicht hat, leidet automatisch an dieser Essstörung.

Schwierig ist es, das Ausmaß der Essattacke zu beurteilen. Viele Betroffene berichten, dass ihr Essanfall nicht zeitlich begrenzt sei. Sie aßen einfach ständig. Dann ist es nicht mehr als Binge Eating zu bezeichnen. Andere essen vor allem nachts („night eating“). Die Essanfälle finden dann vor dem Schlafengehen statt oder die Betroffenen stehen nachts auf, um zu essen.



Menschen, die an einer Binge-Eating-Störung leiden, sind auf das Essen fixiert. Während des Essanfalls haben sie das Gefühl, keine Kontrolle mehr über das Essen zu haben. Sie essen, ohne hungrig zu sein und essen weiter, auch wenn sie eigentlich satt sein müssten. Sie schämen sich für die Anfälle, fühlen sich schuldig, verachten sich und lehnen ihren Körper ab. Sie leiden unter den Essanfällen sehr. Zwischen den Essanfällen essen sie mal sehr kontrolliert, dann wieder unkontrolliert.

**Essen im
Mittelpunkt**

Kinder im Kindergarten- oder Grundschulalter, die Essanfälle haben, erleben den Kontrollverlust oft nicht bewusst und können ihn nicht beschreiben. Scham oder Schuld für ihr Verhalten empfinden sie ebenso kaum.

Typisch für Menschen mit einer Binge-Eating-Störung ist, dass sie häufig wenig körperlich aktiv sind. In ihrer Freizeit bewegen sie sich wenig, sehen lieber fern, spielen Computer oder gehen anderen bewegungsarmen Hobbys und Freizeitbeschäftigungen nach. Allerdings kann dies auch auf das Übergewicht zurückzuführen sein. Bewegung fällt schwerer, wenn man übergewichtig ist.

**Wenig
Bewegung**

4.3 Kennzeichen der Binge-Eating-Störung

Folgende Kennzeichen können auf eine Binge-Eating-Störung hinweisen:

→ Essanfälle

Sie treten immer wieder auf. Im Durchschnitt kommt es mindestens zweimal pro Woche zu einer Heißhungerattacke. Erst wenn sie entsprechend häufig über sechs Monate lang auftreten, kann man von einer Essstörung sprechen.

Ein Essanfall muss mindestens drei der folgenden Merkmale haben:

- a) Es wird wesentlich schneller als normal gegessen.
- b) Die Betroffenen essen, bis ein unangenehmes Völlegefühl zu spüren ist. Es wird so lange gegessen, bis es ihnen (fast) schlecht ist.
- c) Obwohl sie keinen Hunger spüren, essen die Betroffenen sehr viel.
- d) Aus Scham über die enorme Essmenge wird allein gegessen.
- e) Nach dem Essen fühlen sich die Betroffenen schuldig. Sie ekeln sich vor sich selbst oder sind deprimiert.

→ Kontrollverlust

Die Anfälle werden als zwanghaft und hemmungslos erlebt. Die/der Betroffene hat das Gefühl, mit dem Essen nicht aufhören zu können.

→ Keine Gegenmaßnahmen

Es werden keine Gegenmaßnahmen ergriffen, um die Nahrung wieder zu erbrechen, auszuschneiden, die aufgenommen Kalorien abzutrainieren oder durch Hungern auszugleichen.

4.4 Mögliche Ursachen und Auslöser

Diäten können Essstörungen fördern, doch sie allein sind nicht die Ursache. Immer kommen mehrere Faktoren zusammen.

Unstrittig ist jedoch, dass Diäten längst nicht immer auf Dauer das Gewicht senken. Vor allem sehr strikte, einseitige Diäten, die entweder die Kalorienmenge oder die Lebensmittelauswahl stark einschränken, haben eine ungünstige Wirkung. Sie führen innerhalb kürzester Zeit nach der Diät wieder zum alten Körpergewicht. Manchmal nimmt man nach der Diät sogar wieder mehr zu, als man durch sie abgenommen hat. Als Jo-Jo-Effekt ist das Ab und Auf der Kilos bekannt. Das Phänomen hat biologische Gründe: Werden wenig Kalorien zugeführt, schaltet der Körper auf Sparflamme. Er kommt mit weniger Energie aus. Wird nach der Diät wieder normal gegessen, braucht der Körper eine Weile, um sich auf die neue Situation einzustellen. Er arbeitet erstmal weiterhin auf Sparmodus. Den Kalorienüberschuss lagert er in Fettdepots ein, der Mensch nimmt wieder zu. Eine weitere Diät soll es dann bringen. So beginnt ein Teufelskreis aus Abnehmen und Zunehmen.

Rigore Diäten bergen eine weitere Gefahr. Das Verbot macht die verbotenen Lebensmittel attraktiv. Deshalb werden strikte Diäten oft schnell wieder abgebrochen. Doch das Gefühl (wieder) einmal versagt zu haben, nagt am Selbstwertgefühl. Essanfälle können ein Ventil für die Gier nach dem Verbotenen sein. Häufiges Diäthalten und Abbruch von Diäten sind typisch für eine Binge-Eating-Störung.

Diäten und
Übergewicht

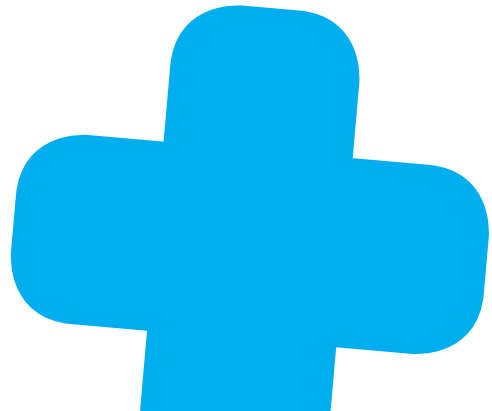


Die Gier nach dem Verbotenen.

Innere Spannungen und Konflikte

Essanfälle können den Betroffenen eine Möglichkeit bieten, Spannungszustände wie Stress, Ärger, Wut oder Kummer abzubauen. Das Essen kann emotionale Verletzungen und Frustrationen betäuben. „Gefühle wegessen“, nennen es die Betroffenen. Sie essen förmlich alles in sich hinein.

Bietet das Umfeld Kindern keine Möglichkeit, ihre Stärken und Schwächen herauszufinden, ihre Grenzen zu testen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu vertreten, können sie Konflikte und Streit leicht als bedrohlich erleben. Manchmal haben sie keine anderen Muster gelernt, damit umzugehen, als zu essen. Denn Essen ist in der Regel immer verfügbar. Mit Essen können sie sich bei Einsamkeit etwas Gutes tun, ihre Langeweile vertreiben und innere Leere beseitigen. So lernen Kinder zu essen statt zu fühlen. Am Anfang der Erkrankung kann Stress auf der Gefühlsebene vereinzelt Auslöser für die Essanfälle sein. Sie verselbstständigen sich jedoch im Laufe der Erkrankung mehr und mehr.



4.5 Folgen

Noch ist nicht ausreichend untersucht, wie sich die Binge-Eating-Störung langfristig auf die Gesundheit auswirkt. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen weiß man über die Folgen wenig.

→ **Starkes Übergewicht kann eine ganze Reihe von Erkrankungen fördern.** Sie betreffen das Herz-Kreislauf-System und zeigen sich als **Bluthochdruck**, in erhöhten **Blutfettwerten** und damit einem **erhöhten Risiko für Arteriosklerose**. Wassereinlagerungen im Gewebe können ebenfalls auf Störungen des Herz-Kreislauf-Systems zurückzuführen sein. Übergewicht wirkt sich außerdem auf den Blutzucker aus und kann Diabetes fördern.

Folgen für
den Körper

→ Das hohe Gewicht **strapaziert die Gelenke und die Wirbelsäule**. Die ständige Überbelastung führt zu **Schäden vor allem an Knie- und Hüftgelenken und an den Bandscheiben der Wirbelsäule**.

→ Bei sehr starkem Übergewicht können **Atem- und Schlafstörungen** auftreten.

→ Zusätzlich kann es zu **Alkoholmissbrauch** kommen.

→ Die Ohnmacht bei den Essanfällen kann ein **allgemeines Ohnmachtsgefühl** fördern. Manche Betroffenen werden regelrecht antriebslos, manche fliehen in Tagträume.

Folgen für
die Seele

→ Der Ekel und die Scham, die Menschen mit Binge-Eating-Störung nach den Essanfällen spüren, können den **Hass auf den eigenen Körper**, auf sich selbst verstärken und zu Depressionen führen. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Binge-Eating-Störung kommen **depressive Verstimmungen häufiger als bei Gleichaltrigen ohne diese Essstörung vor**. Sie haben auch ein niedriges Selbstwertgefühl.

→ **Angststörungen und Zwangsstörungen** treten auch bei dieser Essstörung auf. Sie zeigen sich zum Beispiel in übertriebenem Putzen und Waschen.

Was sollten sie vermeiden?

Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

5.1 Hinweise für Eltern

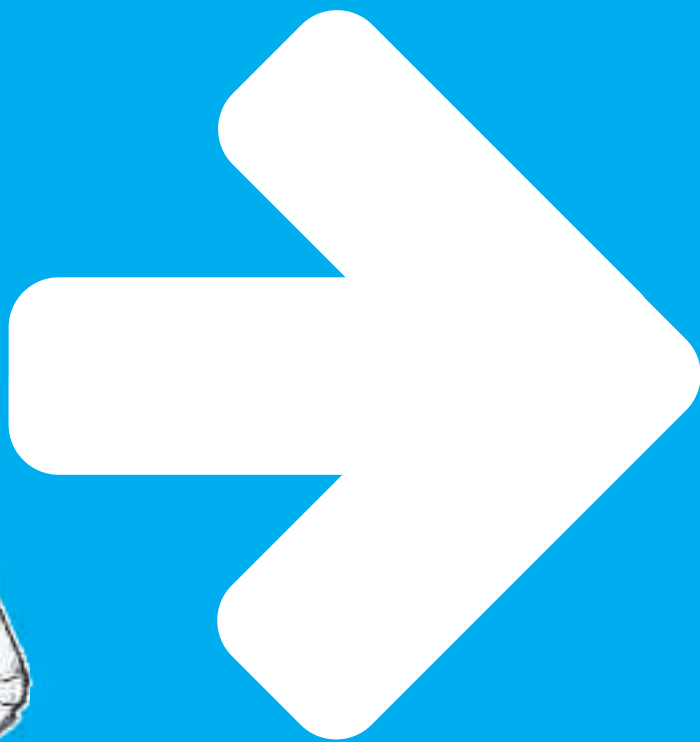
- Tipps für Mütter
- Tipps für Väter
- Tipps für Eltern erwachsener Kinder,
die nicht mehr zu Hause leben

5.2 Hinweise für Geschwister

5.3 Hinweise für Freundinnen und Freunde

5.4 Hinweise für Lehrkräfte

5.5 Umgang mit Suizidgedanken



5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

Wenn Eltern, Angehörige oder Lehrkräfte eine Essstörung vermuten, sollten sie nicht versuchen, eine Schuldige oder einen Schuldigen auszumachen. Zwar können bestimmte Beziehungsgefüge Essstörungen begünstigen, aber damit sich die Krankheit entwickelt, müssen immer noch andere Faktoren hinzukommen. Deshalb macht es keinen Sinn, der Schuldfrage nachzugehen. Es sollten Wege gesucht werden, aus der Situation zu führen und der/dem Betroffenen zu helfen. Wichtig ist es, nicht über den Kopf des essgestörten Mädchens oder des essgestörten Jungen hinweg zu handeln.

5.1 Hinweise für Eltern

Eltern reagieren recht unterschiedlich, wenn sie befürchten, dass ihre Tochter oder ihr Sohn eine Essstörung hat. Dabei spielt die eigene Persönlichkeit eine Rolle, aber auch die Intensität der Beziehung zum Kind. Macher-Typen reagieren anders als eher ängstliche und schüchterne Väter und Mütter. Die meisten Eltern macht die Krankheit jedoch hilflos. Sie sind verunsichert. Was bedeutet die Essstörung – für ihr Kind, für sie selbst, für ihre Beziehung zum Partner, für die Geschwister? Wie können und sollen sie mit ihrem Kind umgehen? In Familien, in denen bisher alles perfekt lief, fällt es Eltern besonders schwer zu akzeptieren, dass ein Familienmitglied diese Krankheit hat.

Der erste Schritt: Nicht die Augen verschließen und nicht tatenlos zusehen. Essstörungen sind keine Phasen oder Schlangenticks, die irgendwie vorübergehen. Essstörungen sind Krankheiten, die nicht nur das essgestörte Kind, sondern meistens die ganze Familie extrem belasten. Trauer, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Verbitterung, Resignation und Wut sind häufige Reaktionen. Sie können sich verstärken, wenn Partner sich gegenseitig die Schuld für die Essstörung des Kindes zuweisen. Vorwürfe wie „Du hattest zu wenig Zeit“ oder „Du hast sie immer machen lassen, was sie wollte“ helfen niemandem.

Vielmehr ist es wichtig, in Bezug auf die Essstörung gemeinsam an einem Strang zu ziehen, sich gemeinsam der Krankheit zu stellen und eine gemeinsame Strategie im Umgang mit dem essgestörten Kind zu entwickeln. Das gilt für leibliche Eltern genauso wie für Partner bzw. Partnerinnen in Patchworkfamilien. Leben die Eltern nicht mehr zusammen, hat das Kind aber noch Kontakt zum getrennt lebenden Vater oder zur getrennt lebenden Mutter, so sollte er/sie ebenfalls einbezogen werden.



Gemeinsame Strategien entwickeln, im Umgang mit dem Kind.

Essstörungen sind psychosomatische Krankheiten mit Suchtcharakter. Das bedeutet: Seele (psyche) und Körper (soma) sind daran beteiligt. Über das gestörte Essverhalten senden junge Menschen, die sich nicht anders ausdrücken können, Botschaften. Sie zeigen damit ihre Nöte, Wünsche oder Befürchtungen. Und die sind ganz persönlich und äußerst verschieden. Deshalb kann es keine Patentrezepte geben: weder zum Umgang mit dem essgestörten Kind noch zur Heilung der Erkrankung.

**Patentrezepte
gibt es nicht**

Müttern und Vätern fällt es oft schwer zu erkennen, dass sie nur wenig helfen können. Meist ist das Problem in der Familie nicht zu lösen. Eltern können aber dazu motivieren, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und sie können Bedingungen verändern, die die Essstörung aufrechterhalten.

**Begrenzte
Möglichkeiten**

Magersucht kann lebensbedrohlich sein. Laut Bundesgesetzbuch (BGB) nach §1631b „Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung“ kann als Sorgeberechtigte oder Sorgeberechtigter ein Antrag auf stationäre Aufnahme des Kindes beim Familiengericht gestellt werden. Wann immer möglich, sollte nicht gegen den Willen der Patienten bzw. Patientinnen behandelt werden. Falls nötig, kann eine Behandlung gegen den Willen jedoch Leben retten!

Wichtig

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?



Tipps für Mütter

Wichtig Vielleicht finden Sie sich in der unten genannten Beschreibung nicht wieder. Sie ist lediglich ein Beispiel für die Gedanken und das Verhalten einer Mutter. Es wird viele Mütter geben, die anders auf die Essstörung ihres Kindes reagieren. Nutzen Sie, wenn möglich, die ein oder andere Empfehlung für sich. Die Empfehlungen könnten ebenso auch Ihrem Partner helfen! Alle Ratschläge können von beiden Elternteilen genutzt werden. Die Verantwortung für den Umgang mit dem erkrankten Kind sollten beide Elternteile gleichberechtigt tragen.

Mütter sind vielleicht die Ersten, die Anzeichen der Essstörung erkennen. Sie sitzen wahrscheinlich öfter mit Ihrem Kind am Tisch als Ihr Partner, erleben es zu Hause mehr. Vielleicht sind Sie – wie viele andere Mütter auch – für den Einkauf, die Versorgung oder den Haushalt verantwortlich und bemerken deshalb frühzeitiger, wenn zum Beispiel Lebens-

mittel verschwinden. Möglicherweise haben Sie eine engere Beziehung zu Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn als Ihr Partner und die Veränderungen fallen Ihnen deshalb früher auf.

Wenn Sie den Verdacht auf eine Essstörung haben, informieren Sie sich. Was kennzeichnet die Krankheit, wie verläuft sie und wie wirkt sie sich auf Körper, Seele und soziale Beziehungen aus? Über die Krankheit Bescheid zu wissen, ist Voraussetzung, um sie zu verstehen. Ausführliches Informationsmaterial bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga-essstoerungen.de). Wenn Sie unsicher sind, ist auch ein persönliches Gespräch mit der Kinder- oder Jugendärztin bzw. dem Kinder- oder Jugendarzt oder einer Beratungsstelle für Essstörungen hilfreich.

Auch in Büchern oder im Internet finden Sie viele Informationen. Doch nicht alle Internetseiten, die sich mit dem Thema Magersucht beschäftigen, sind seriös. Die sogenannten „Pro-Ana-Seiten“ (Ana steht für Anorexie) oder „Pro-Mia-Seiten“ (Mia steht für Bulimie) verfolgen das Ziel, die Krankheit aufrechtzuerhalten. Magersucht und Bulimie werden als Lebensstil angesehen. Sie erkennen die Seiten zum Beispiel daran, dass sie Tipps zum Abnehmen geben. Informationen über seriöse Internetseiten finden Sie auf Seite 109. Vorsicht auch vor all den guten Ratschlägen, die Sie von Angehörigen, Freundinnen oder Freunden bekommen. Sie verunsichern eher, als dass sie wirklich helfen.

„Aber wie?“, fragen Sie sicherlich. Ist es das Beste, das Kind auf „frischer Tat“ zu ertappen? Nein. Warten Sie einen ruhigen Augenblick ab und teilen Sie Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn mit, was Sie wahrnehmen. Dramatisieren Sie das Verhalten nicht, aber bagatellisieren Sie es auch nicht. Versuchen Sie, ruhig zu bleiben und schimpfen Sie nicht.

Sagen Sie, was Sie denken und fühlen und sprechen Sie Ihre Befürchtungen und Ängste aus. Aber machen Sie Ihrem Kind keine Vorwürfe, dass es für Ihre Sorgen verantwortlich ist.

Wenn Sie über Ihre Vermutungen sprechen, stellen Sie das Gewicht nicht in den Vordergrund. Sagen Sie Ihrem Kind vielmehr, wie sich sein Verhalten geändert hat.

Wahrscheinlich wird Ihre Tochter oder Ihr Sohn die Essstörung und merkwürdige Verhaltensweisen leugnen, wird vielleicht aggressiv reagieren und Ihnen keine Auskunft geben oder eine andere Erklärung für das geänderte Essverhalten parat haben. Das Abstreiten ist typisch für Essstörungen und vor allem bei Bulimie sehr ausgeprägt. Lassen Sie sich durch vermeintliche Erklärungen nicht beruhigen und lassen Sie sich nicht abweisen.

**Informieren
Sie sich**

**Sprechen Sie das
Problem offen an**

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

Sagen Sie Ihrem Kind, wenn Sie die Hilfe von Beratungsstellen oder Fachleuten in Anspruch nehmen.

Drängen Sie auf den Arztbesuch

Da Essstörungen Krankheiten mit ernsthaften Folgen sind, müssen Sie auf einem Arztbesuch bestehen. Geben Sie in Diskussionen nicht die Verantwortung ab. Begründen Sie Ihr Verhalten vielmehr damit, dass Sie bei anderen schweren Krankheiten oder Verdachtsmomenten, wie Blinddarmbeschwerden oder Unfällen, auch sofort die Ärztin oder den Arzt aufsuchen würden. Sie, die Eltern, tragen die Verantwortung für die Gesundheit Ihrer Kinder. Ihre Tochter oder Ihr Sohn kann sie davon nicht entbinden.

Seien Sie offen für Gespräche

Entziehen Sie sich nicht, wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn mit Ihnen sprechen will. Aber bestimmen Sie die Bedingungen mit. Hören Sie in sich hinein, ob Sie wirklich seelisch bereit für das Gespräch sind. Haben Sie in diesem Moment Zeit und Kraft oder ist es besser, das Gespräch zu verschieben? Wenn Sie miteinander reden, sprechen Sie nicht übers Essen oder die Figur und lassen Sie sich nicht darauf ein. Es führt zu nichts, und alles, was Sie sagen würden, wäre im Auge der betroffenen Person sowieso falsch.

Familien- gespräche: miteinander

Denken Sie einmal über die Kommunikationsstrukturen in Ihrer Familie nach. Wer redet mit wem? Reden die Familienmitglieder miteinander, oder werden Wünsche, Bitten und Informationen über andere weitergegeben? Sagen Sie, was Sie fühlen und denken? Sprechen Sie in der Familie von nun an miteinander, nicht übereinander. Wenn zum Beispiel der Vater fragt, wie es der Tochter oder dem Sohn gehe, dann verweisen Sie ihn darauf, das Kind selbst anzusprechen. Reden Sie andererseits nicht mit Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn über Verhaltensweisen oder Gefühle Ihres Partners. Sie müssen nicht zwischen den Familienmitgliedern vermitteln und sich dafür verantwortlich fühlen, dass es allen gut geht.

Zur Beratung motivieren

Sprechen Sie die Möglichkeit einer Beratung an und weisen Sie auf Beratungsstellen in Ihrer Nähe hin. Lassen Sie Prospektmaterial der Beratungsstellen offen zu Hause liegen. Aber seien Sie sich bewusst: Sie können Ihre Tochter oder Ihren Sohn nicht zum Lesen zwingen. Auch beständiges gutes Zureden hilft oft nicht weiter. Die/der Betroffene muss selbst entscheiden, wann sie/er die Hilfe in Anspruch nimmt. Insistieren Sie deshalb nicht. Kein Druck und Zwang! Das führt nur zu Aggression. Haben Sie Geduld.

Machen Sie Ihre Tochter oder Ihren Sohn darauf aufmerksam, dass es anonyme Beratungen am Telefon oder im Internet (siehe Seite 104 und 106) gibt. Vielleicht fällt ihr oder ihm eine anonyme Beratung leichter.

Sie können versuchen, Absprachen mit Ihrem Kind zu treffen. Doch erwarten Sie nicht zu viel davon. Meist ist der Erfolg nur von kurzer Dauer. Die Betroffenen können die Versprechen – zum Beispiel nicht zu erbrechen, keine Abführmittel mehr zu nehmen oder jeden Tag eine bestimmte Menge zu essen – oft nur kurzfristig einhalten. Essgestörte können Ihr Essverhalten nicht einfach ändern, denn die Ursachen liegen woanders.

Absprachen sind einen Versuch wert

Akzeptieren Sie, dass Sie die Essstörung Ihrer Tochter oder Ihres Sohnes nicht therapieren können. Sie sind gefühlsmäßig viel zu sehr darin gefangen. Verhaltensweisen und Beziehungsmuster haben sich wahrscheinlich bereits verfestigt und können die Krankheit unterstützen.

Behandlung den Experten und Expertinnen überlassen

Machen Sie sich klar, dass Ihr Kind an einer schweren psychischen Störung leidet. Überlassen Sie die Behandlung deshalb Ärztinnen, Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Aber Sie sollten über die Art der Therapie, die Struktur und die Ziele Bescheid wissen. Beratungsstellen helfen Ihnen dabei, die für Sie richtige Therapie zu finden.

Jede gemeinsame Mahlzeit erinnert an die Krankheit. Wenn die Esssituation unerträglich wird und Sie selbst nicht mehr entspannt essen können, dann vereinbaren Sie, dass Sie getrennt essen.

Regelungen fürs gemeinsame Essen

Verbieten Sie Ihrer magersüchtigen Tochter oder Ihrem magersüchtigen Sohn, sich ständig in der Küche aufzuhalten und für andere zu kochen. Lehnen Sie die ständigen Essensangebote ab. Erklären Sie Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn, dass sie dies tun, um die Krankheit nicht zu unterstützen. Handeln Sie konsequent. Sie verschlimmern die Situation auf keinen Fall.

Gemeinsame Regelungen und Lösungen für die Mahlzeiten finden Sie oft besser zusammen mit einer dritten, neutralen Person. Auch das spricht für eine Beratung.

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

Wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn an Magersucht leidet

Dabei zuzuschauen, wie jemand, den Sie lieben sich in einen lebensbedrohlichen Zustand bringt, ist sicherlich kaum auszuhalten. Dennoch sollten Sie Ihre Tochter oder Ihren Sohn darin unterstützen eigene Fähigkeiten zu entwickeln. Auch wenn Ihr Kind Ihnen verspricht alleine die Krankheit zu besiegen, lassen Sie sich nicht darauf ein. Eine professionelle Behandlung ist unumgänglich.

Es sollte nur das gekocht werden was alle essen, auch die Betroffenen selbst. Vermeiden Sie Diskussionen über Themen wie Essen und Umgang mit Essen. Kündigen Sie an, dass Sie darüber nicht sprechen und bleiben Sie konsequent. Betonen Sie Ihrem Kind gegenüber, dass Sie davon überzeugt sind, dass es krank ist und Hilfe braucht. Wirkt Ihr Kind angeschlagen, spricht es sehr leise und fängt bei dem kleinsten Konflikt an zu weinen, suchen Sie sofort eine Ärztin oder einen Arzt auf.

Wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn an Bulimie leidet

Falls ständig Lebensmittelvorräte verschwinden, ordnen Sie getrennte Fächer im Kühlschrank und im Vorratsregal an und treffen Sie klare Regelungen. Wenn das nächste Mal Lebensmittel aus dem „Familienfach“ verschwinden, machen Sie es zum Gesprächsthema. Konfrontieren Sie Ihr Kind mit seinem Verhalten und seiner Krankheit.

Manchmal kann es sinnvoll sein, wenn Sie der/dem Betroffenen einen gewissen Betrag für Lebensmittel zur Verfügung stellen. Sie zeigen damit auch, dass Ihre Tochter oder Ihr Sohn für ihre/seine Essstörung verantwortlich ist.

Eine verschmutzte Toilette oder ein verschmutztes Badezimmer ist für alle Familienmitglieder eine Belastung. Bestehen Sie darauf, dass die Toilette sauber gehalten wird. Fordern Sie nötigenfalls das Säubern ein.

Wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn an einer Binge-Eating-Störung leidet

Sorgen Sie für entspannte und regelmäßige Mahlzeiten. Schalten Sie Radio oder Fernsehen aus. Geben Sie dem gemeinsamen Essen Zeit und überprüfen Sie Ihr eigenes Essverhalten. Wie schnell essen Sie? Essen Sie genussvoll oder eher mit schlechtem Gewissen? Versuchen Sie, das Esstempo zu verlangsamen. „Heikle Themen“ wie zum Beispiel Schule können die Atmosphäre belasten und aus Mahlzeiten Streitzeiten machen. Deshalb ist es besser, diese Themen zu einem anderen Zeitpunkt zu besprechen.

Nehmen Sie selbst eine Beratung in Anspruch oder gehen Sie in eine Selbsthilfegruppe für Angehörige. Hier haben Sie die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen. Sie merken, Sie sind nicht allein.

Holen Sie sich Hilfe

Hilfe holen setzt aber auch Signale. Sie zeigen Ihrem Kind, dass Sie nicht perfekt sind. Dieses Problem können Sie nicht ohne Unterstützung lösen. Damit sind Sie Vorbild. Wenn Sie einen hohen Leistungsanspruch an sich selbst haben, ist dies wahrscheinlich auch für Sie ein großer Schritt.

Seien Sie bereit dazu. Das heißt zum einen, ggf. an einer Familientherapie teilzunehmen. Das heißt aber auch, der gewählten Therapie zu vertrauen und sich nicht einzumischen. Fragen Sie nicht dauernd nach, was in den Therapiestunden passiert. Oder kommentieren oder kritisieren Sie sie nicht. Misstrauen verunsichert Ihr Kind stark und gefährdet die Heilungschancen.

Unterstützen Sie die Therapie

Machen Sie sich klar, dass der Weg aus der Essstörung lang dauern kann und dass er Veränderungen für die Familie mit sich bringt. Begreifen Sie dies nicht als Angriff, sondern als Chance. Es ist eine Möglichkeit, die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern neu und befriedigender zu gestalten.

Wenn Ihr Mann oder Lebenspartner die Erkrankung bagatellisiert, fordern Sie seine Unterstützung ein. Bestehen Sie darauf, dass er mit zur Beratung geht. Das gilt nicht nur für den leiblichen Vater, sondern ggf. auch für den Stiefvater. Auch wenn Sie mit dem Vater des Kindes nicht mehr zusammenleben, aber das Kind noch Kontakt zu ihm hat, sollten Sie einen gemeinsamen Weg suchen. Um Ihrem Kind zu helfen, müssen Sie sich in punkto Essstörungen einig sein. Hier kann eine gemeinsame Beratung helfen. Sie kann davor schützen, sich in gegenseitigen Schuldzuweisungen zu verstricken.

Mit dem Partner gemeinsam

Essgestörte Töchter und Söhne fordern viel Kraft. Gemeinsam ist das Problem leichter zu tragen.

Essstörungen können leicht zum familienbeherrschenden Thema werden. Ihre Sorgen, die Diskussionen, die Kämpfe bei Tisch ... – das kann für Geschwister sehr anstrengend sein.

Geschwister wahrnehmen

Nehmen Sie die Bedürfnisse und Gefühle Ihrer anderen Kinder wahr und ernst. Unterdrücken Sie sie nicht. Wenn der Bruder oder die Schwester wütend ist, ist das eine ehrliche,

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

direkte Reaktion auf die Essstörung. Essgestörte brauchen keine Schonung, sondern ein ehrliches Miteinander.

Sprechen Sie mit Ihren anderen Kindern offen über das Problem. Sagen Sie ihnen, dass es ihrer essgestörten Schwester oder ihrem essgestörtem Bruder nicht hilft, wenn sie sich z.B. füttern lassen oder ständig übers Essen und die Figur reden.

Schenken Sie den Geschwistern ebenfalls Aufmerksamkeit und Zeit.

Lassen Sie es sich gut gehen

Nehmen Sie die Befindlichkeit Ihres Kindes nicht als Maßstab für Ihr eigenes Wohlbefinden. Es darf Ihnen auch gut gehen, wenn es Ihrem Kind nicht gut geht. Es ist keinem geholfen, wenn Sie mitleiden und auch krank werden.

Tun Sie etwas nur für sich. Treffen Sie sich mit Freundinnen oder Freunden, schaffen Sie sich Freiräume, in denen Sie auftanken können. Lassen Sie los, auch wenn Ihr Kind bedürftig erscheint. Essgestörte sind stark und mächtig. Zum Hungern gehört eine große Disziplin.





Tipps für Väter

Vielleicht gehören Sie zu den Vätern, die erst einmal nicht glauben wollen, dass Ihre Tochter oder Ihr Sohn eine Essstörung hat. Bestimmt hat Ihre Frau übertrieben, bestimmt handelt es sich nur um eine Phase, die vorübergeht. Und überhaupt, woher soll es denn kommen? Es ist doch sonst alles in Ordnung. Wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn an Mager-sucht leidet, fällt Ihnen mit der Zeit aber sicherlich auf, dass Ihr Kind nichts oder wenig isst. Doch bei der Bulimie? Ihr Kind scheint unproblematisch, sieht gut aus und hat keine Schwierigkeiten in der Schule. Noch schwerer ist es, Ihrer Frau zu glauben, wenn nicht mal die Ärztin oder der Arzt Veränderungen der Blutwerte festgestellt hat. Doch die Hinweise Ihrer Frau lassen Ihnen im Geheimen keine Ruhe ... Nehmen Sie die Befürchtungen Ihres Partners ernst. Mütter liegen mit Ihrem Verdacht meist richtig.

Vielleicht finden Sie sich in der oben genannten Beschreibung nicht wieder. Sie ist lediglich ein Beispiel für die Gedanken und das Verhalten eines Vaters. Es wird viele Väter geben, die anders auf die Essstörung ihres Kindes reagieren. Nutzen Sie wenn möglich die ein oder andere Empfehlung für sich. Die Empfehlungen könnten ebenso auch Ihrer Partnerin helfen! Alle Ratschläge können von beiden Elternteilen genutzt werden. Die Verantwortung für den Umgang mit dem erkrankten Kind sollten beide Elternteile gleichberechtigt tragen.

Wichtig

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

- Informieren Sie sich** Überlassen Sie es nicht Ihrem Partner, Sie über Kennzeichen, Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Lesen Sie selbst, lassen Sie sich beraten, machen Sie sich Ihr eigenes Bild. Die Krankheit zu verstehen ist wichtig, um sie annehmen zu können.
- Akzeptieren Sie die Krankheit** Das ist häufig am schwierigsten. Machen Sie sich klar, dass Ihre Tochter oder Ihr Sohn seelisch krank ist und dass diese Krankheit schwere Folgen hat. Es ist nicht nur ein komischer Tick, der sich von allein wieder gibt. Und es ist auch kein Problem, das mit ein, zwei Telefonaten oder ein paar Tipps für Veränderungen zu lösen ist.
- Mit dem Partner gemeinsam** Lassen Sie Ihre Frau mit ihren Sorgen nicht allein. Stellen Sie sich der Essstörung gemeinsam, denn es geht nicht nur Ihr Kind und Ihre Frau an. Nehmen Sie zusammen mit Ihrer Partnerin eine Beratung in Anspruch oder gehen Sie gemeinsam in eine Selbsthilfegruppe für Angehörige. Es hilft Ihrem Kind sehr, wenn Sie sich in punkto Essstörung mit Ihrer Partnerin einig sind.
Die Essstörung kostet viel Kraft. Schnell ist man überfordert. Die Verantwortung ist leichter zu zweit zu tragen.
- Problem offen ansprechen** Stellen Sie Ihre Tochter oder ihren Sohn nicht zur Rede. Finden Sie lieber eine Gelegenheit zu einem ruhigen Gespräch. Teilen Sie die eigenen Beobachtungen mit und sagen Sie, dass Sie sich Sorgen machen. Sie können auch zugeben, dass es Ihnen schwerfällt, diese Erkrankung zu verstehen.
Stellen Sie bei Ihrem Gespräch aber nicht das Gewicht in den Vordergrund, sondern reden Sie über Veränderungen, die Sie im Verhalten wahrnehmen.
Gute Ratschläge, zynische und ironische Bemerkungen über das merkwürdige Essverhalten oder die Figur führen zu nichts. Genauso wenig bringt es, wenn gute Leistungen in der Schule oder das gute Aussehen betont werden, in der Hoffnung, damit dem gestörten Essverhalten ein Ende setzen zu können.
Machen Sie Ihrem Kind keine Vorwürfe. Auch wenn Sie unsicher sind, ob und wie Sie etwas sagen sollen, dies ist der falsche Weg. Reden Sie über Ihre Wahrnehmungen offen, sachlich und sprechen Sie Wege der Beratung und Behandlung an.

Seien Sie offen, wenn Ihr Kind mit Ihnen reden will. Nehmen Sie sich Zeit. Aber sprechen Sie dann weder übers Essen noch über das Gewicht oder die Körperform. Und auch nicht über andere Familienmitglieder. Es geht nur um die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Tochter bzw. Ihrem Sohn. Reden Sie miteinander und nicht übereinander.

Unterlassen Sie Bewertungen und Bemerkungen über Figur und Aussehen, egal ob es sich um eine Schauspielerin, eine Freundin oder Bekannte handelt.

Versuchen Sie hin und wieder, etwas mit Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn allein zu unternehmen. Bei einem Spaziergang, einem Zoobesuch, einem Bummel in der Stadt ergibt sich die Möglichkeit für ein entspanntes Gespräch ganz einfach.

Gespräche und gemeinsame Aktivitäten



Stehen Sie mit allen Familienmitgliedern in direktem Kontakt? Oder fragen Sie Ihre Frau, wie es Ihren Kindern geht? Oder sprechen Sie mit Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn über Ihre Frau, ziehen Sie sie/ihn eher ins Vertrauen?

Gehen Sie Gesprächen nicht aus dem Weg. Wenn Sie wissen wollen, wem es wie geht, fragen Sie den Betreffenden direkt.

Achten Sie darauf, dass Ihre Tochter oder Ihr Sohn nicht Ihre Vertraute oder Ihr Vertrauter wird, mit dem sie alles besprechen. Sie überfordern damit Ihr Kind und bauen Bündnisse auf. Eine Spaltung zwischen Ihnen

und Ihrer Frau sollten Sie unbedingt vermeiden. Eltern müssen nicht immer einer Meinung sein und können dies offen vertreten. Im Umgang mit der Essstörung sollten sie aber eine gemeinsame Sprache sprechen. Sie sollten sich einig sein, Ihre Tochter oder Ihren Sohn zu einer Beratung und Behandlung zu motivieren.

Respektieren Sie, dass sich Ihre Tochter oder Ihr Sohn zurückzieht. Es ist ganz normal, dass Jugendliche das Badezimmer abschließen und auch einen Schlüssel für Ihr Zimmer besitzen. Klopfen Sie immer an, wenn Sie das Zimmer betreten wollen. Ihre Tochter oder Ihr Sohn hat das Recht, dass ihre bzw. seine Privatsphäre respektiert wird.

Gespräche in der Familie

Abgrenzung akzeptieren

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

Zur Behandlung motivieren

Bieten Sie Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn Ihre Hilfe an. Sprechen Sie über die Möglichkeiten, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Väter – sowohl leibliche als auch Stiefväter – haben emotional manchmal mehr Abstand als Mütter. Das kann ein Vorteil sein, um sachlich über mögliche Behandlungswege zu sprechen. Zeigen Sie dabei trotzdem Gefühle. Die Liebe zu Ihrem Kind und die eigene Sorge sollte durchaus zum Ausdruck kommen. Erzwingen Sie aber nichts. Druck bringt sie nicht weiter. Die/der Betroffene muss die Hilfe freiwillig in Anspruch nehmen. Vielleicht fällt Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn eine anonyme Beratung am Telefon oder im Internet leichter. Klären Sie über diese Möglichkeiten auf (siehe Seite 104 und 106).

Achtung

Bitte bedenken Sie, dass Magersucht eine lebensbedrohliche Krankheit ist. Bei den Betroffenen besteht nicht immer die Einsicht, sich behandeln zu lassen.

Unterstützen Sie die Therapie

Falls sich Ihre Tochter oder Ihr Sohn für eine Therapie entscheidet, seien Sie kooperativ. Nehmen Sie ggf. an einer Familientherapie teil. Sehen Sie es als Chance, etwas für sich und auch für Ihre Partnerschaft zu tun. Viele Eltern berichten, dass durch eine Familientherapie ihre Partnerschaft gewonnen hat.

Bejahen Sie die Therapie. Reagieren Sie nicht beleidigt, wenn Ihre Tochter oder Ihr Sohn aggressiv reagiert oder den Kontakt abbricht. Es kann sein, dass sich Ihre Tochter oder Ihr Sohn auf diese Weise von Ihnen lösen muss, da es vorher nicht möglich war. Es ist ein Prozess der persönlichen Reife. Wenn die Phase vorübergegangen ist, wird er oder sie Ihnen wieder versöhnlicher begegnen. Bleiben Sie offen und halten Sie Aggression und Ablehnung aus.

Lassen Sie sich über die Therapie informieren, aber mischen Sie sich nicht in die Therapie ein. Bedrängen Sie Ihre Tochter/Ihren Sohn nicht, von den Therapiestunden zu erzählen. Nehmen Sie sich zurück und vertrauen Sie auf die Kompetenz der Therapeutin oder des Therapeuten. Warten Sie ab, bis Ihre Tochter oder Ihr Sohn von sich aus zu erzählen beginnt. Wenn Sie sehr verunsichert sind oder Ängste spüren, holen Sie sich Rat in einer Beratungsstelle oder sprechen Sie mit der Therapeutin oder dem Therapeuten.

Tipps für Eltern erwachsener Kinder, die nicht mehr zu Hause leben

Lebt Ihre Tochter oder Ihr Sohn nicht mehr im eigenen Haushalt, kann dies eine Erleichterung sein. Sie sind dann nicht täglich mit der Essstörung konfrontiert. Trotzdem werden Sie sich Sorgen machen. Nehmen Sie die Ängste, Befürchtungen und Gefühle Ihrer Partnerin oder Ihres Partners ernst und bagatellisieren Sie nicht. Informieren Sie sich gemeinsam über die Krankheit.

Wenn Sie Anzeichen von Essstörungen feststellen, spionieren Sie Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn nicht hinterher, um Hinweise zu finden, die Ihren Verdacht bestätigen. Teilen Sie Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn Ihre Wahrnehmung mit. Sprechen Sie mit ihr oder ihm darüber und sagen Sie auch, dass Sie sich Sorgen machen. Natürlich ist so ein Gespräch nicht einfach, und manche Eltern trauen sich nicht. Sie befürchten, die wenige gemeinsame Zeit, die sie zusammen mit der Tochter oder dem Sohn verbringen, zu verderben. Die Angst, dadurch den Kontakt zum Kind zu verlieren, ist groß. Doch indem Sie das Problem nicht ansprechen, helfen Sie nicht. Wenn Sie Ihre Tochter oder Ihren Sohn mit Ihren Wahrnehmungen konfrontieren, bauen Sie eine Brücke zu weiteren Hilfsangeboten. Es ist der erste Schritt von vielen weiteren, zur Beratung und Therapie zu motivieren. Gehen Sie ihn. Wenn es Ihnen sehr schwerfällt, das Problem anzusprechen, besteht auch die Möglichkeit, Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn zu schreiben. Teilen Sie Ihre Wahrnehmungen und Sorgen in einem Brief mit.

Sprechen Sie ggf. auch mit dem Partner oder der Partnerin Ihrer Tochter/Ihres Sohnes über Ihre Wahrnehmungen. Aber geben Sie keine guten Ratschläge. Sie können auf die Möglichkeiten der Beratung für Angehörige hinweisen, aber reden Sie nicht über den Kopf Ihrer Tochter oder Ihres Sohnes hinweg. Lassen Sie sie/ihn wissen, wenn Sie eine Beratung in Anspruch nehmen.

Vermeiden Sie Essenssituationen. Laden Sie Ihre Tochter oder Ihren Sohn nicht zum Essen ein. Suchen Sie lieber andere gemeinsame Aktivitäten.

Was sollten sie vermeiden?

5.2 Hinweise für Geschwister

Eine Schwester oder ein Bruder mit Essstörungen kann sehr anstrengend sein. Dies ist besonders der Fall, wenn ihr euch sehr füreinander verantwortlich fühlt.

- ➔ Wenn dir auffällt, dass deine Schwester oder dein Bruder irgendwie komisch wird und viel über das Essen, das Gewicht und die Figur spricht, dann sage dies deinen Eltern. Auch wenn du merkst, dass deine Schwester oder dein Bruder immer dünner wird. Das hat nichts damit zu tun, das Vertrauen deiner Schwester oder deines Bruders zu missbrauchen. Eine Essstörung ist eine ernste Krankheit und deine Schwester oder dein Bruder braucht dringend Hilfe.
- ➔ Wenn du wütend und ärgerlich bist, sag offen, was du fühlst.
- ➔ Sorge dafür, dass du weiterhin deine Freunde triffst und das tust, was dir Spaß macht. Lass dich nicht von deiner Schwester oder deinem Bruder vereinnahmen.
- ➔ Lass dir die Lust an den Mahlzeiten nicht verderben. Iss, wenn du hungrig bist und höre auf, wenn du satt bist.
- ➔ Lass dich nicht von deiner Schwester oder deinem Bruder bekochen oder füttern.
- ➔ Sage deiner Schwester oder deinem Bruder klar, dass du mit ihr oder ihm nicht über Figur oder Gewicht diskutierst.

**Tipps für
Geschwister**



5.3 Tipps für Freundinnen und Freunde

Was kann man tun, wenn man merkt, dass sich bei der Freundin oder dem Freund alles nur noch um Essen und Gewicht dreht, wenn man eine Essstörung vermutet? Zieh dich nicht zurück. Deine Freundin oder dein Freund braucht Hilfe.

- ➔ Sprich deine Wahrnehmungen aus, einfühlsam und behutsam, aber sachlich und klar. Die meisten Menschen mit Essstörungen lehnen Hilfe erst mal ab. Wenn sie sich aber eingestehen können, krank zu sein, ist das der erste Schritt zur Veränderung.
- ➔ Mach keine Vorwürfe, sondern hör aufmerksam und geduldig zu. Wenn dein Freund oder deine Freundin das Gefühl hat, sich anvertrauen zu können, ist die Chance größer, dass Hinweise auf Beratung und Behandlung nicht sofort abgelehnt werden.
- ➔ Sprich nicht ständig übers Essen, über Rezepte, übers Kochen oder über die Figur.
- ➔ Fordere zu gemeinsamen Aktivitäten auf: Bekannte besuchen, spazieren gehen, ins Kino gehen etc.
- ➔ Weise deine Freundin oder deinen Freund auf spezielle Beratungsstellen, Broschüren, Infomaterial hin. Vielleicht stößt dieses Angebot erst mal auf wenig Interesse. Nicht bedrängen! Besteht aber der Wunsch, in eine Beratung zu gehen, dann solltest du ihn /sie dabei unterstützen.
- ➔ Menschen mit Essstörungen zu helfen, ist nicht leicht und braucht viel Kraft. Beratungsstellen bieten auch Hilfe für Freunde.

**Tipps für
Freundinnen
und Freunde**

Was sollten sie vermeiden?

5.4 Hinweise für Lehrkräfte

Erfahrung einer Lehrerin an einem Berliner Gymnasium

„Ein Mädchen in einer 8. Klasse, in der ich Englisch unterrichte, hat Bulimie. Ich muss ehrlich sagen, ich habe es nicht erkannt. Man merkt einfach nicht, ob die Schüler essen oder nicht essen oder ob sie dünner werden. Aber am Ende des letzten Schuljahres hat mir dieses Mädchen gesagt: ‚Heute war ich beim Arzt und sie haben Bulimie festgestellt.‘ Mein erstes Gefühl: Hilflosigkeit. Oje, was mache ich nun? Ich hatte schon in Zeitschriften und Magazinen darüber gelesen und wusste, was Bulimie ist. Aber ich bin keine Ärztin, keine Psychologin, ich bin einfach Lehrerin. Andererseits fand ich es auch etwas ungewöhnlich, dass das Mädchen mir dies sagte. Ich fragte mich, ob sie nicht vielleicht etwas übertreibt, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Doch überwiegend war: Okay, wenn sie Bulimie hat, dann muss ich etwas tun.

Ich habe darüber mit dem Klassenlehrer gesprochen. Ich wusste, dass er in Kontakt mit den Eltern stand, und ich wusste auch, dass es da auch Probleme gab. Wir haben das Mädchen beobachtet und festgestellt, dass es wenig Selbstbewusstsein hatte. Ich habe das Mädchen unterstützt, indem ich versucht habe, sein Selbstbewusstsein aufzupeppen. Ich habe sie zum Beispiel gelobt oder ihr gesagt, wenn sie etwas Nettes anhatte.

Dann kamen die Sommerferien. In der 8. Klasse hat das Mädchen dann plötzlich eine lange Zeit gefehlt, weil sie in einer Klinik war. Da weder die Eltern noch die neue Klassenlehrerin Bescheid gesagt hatten, habe ich die Eltern angerufen und gefragt, wie es dem Mädchen geht. Da haben sie mir gesagt, wo sie steckt. Ich habe auch Kontakt zu der betreuenden Ärztin bekommen, denn ich wollte wissen, wie ich mit dem Mädchen umgehen sollte. Wie ist ihr Zustand? Wie kann sie mit dem Leistungsdruck, der durch das lange Fehlen entsteht, zurechtkommen? Aufgrund der Situation konnte ich dem Mädchen leider nicht sagen, dass ich mit den Eltern sprechen werde. Wäre sie an der Schule gewesen, hätte ich dies zuerst getan.





Das Mädchen nimmt im Moment wieder am Schulunterricht teil. Sie macht einen stabilen Eindruck. Ich fühle mich, als ob ich nicht viel machen kann, außer dass ich dieses Mädchen seelisch unterstütze und ihr Selbstbewusstsein stärke. Und ich lasse das Thema nicht unter den Tisch fallen, wenn wir alleine miteinander sprechen.

Inzwischen gab es auch eine Fortbildung durch eine Beratungsstelle zum Thema Essstörungen an der Schule. Das war sehr gut. Ich habe verstanden, was das für eine Krankheit ist und was da psychologisch mit dem Menschen passiert. Was machen zum Beispiel Diäten aus, wie kommt man in den Teufelskreis? Das war sehr interessant. Die Fortbildung hat mir auch Mut gemacht, Essstörungen in der Klasse zum Thema zu machen. Das Schöne am Fach Englisch ist, dass man über alles reden kann. Wir haben uns eine Stunde genommen und über das Thema ‚Diät machen‘ gesprochen. Auch ich habe zugegeben, dass ich bereits mehrmals eine Diät gemacht habe. Das Mädchen war während dieser Stunde ebenfalls dabei. Sie hat von sich aus ein bisschen erzählt. Nur ein paar Leute in der Klasse wussten von ihrer Krankheit. Sie wollte erzählen, und in der Klasse war es absolut mucksmäuschenstill. Obwohl es nur eine Stunde war, hat es viel bewirkt. Früher hätte ich mit der Präventionslehrerin gesprochen, sie hat Kontakt zu Kliniken und Psychologen. Doch seit der Fortbildung gehen wir Lehrer offener mit dem Thema um. Der Austausch – wie würdest du das machen – bestärkt mich im Umgang mit dem Mädchen und anderen Schülerinnen und Schülern.“

Essstörung erkennen

Bei Magersucht erkennen Sportlehrerinnen und -lehrer häufig als Erste, dass die Betroffenen immer dünner werden. Oder sie merken, dass sie immer wieder andere Gründe finden, um am Sportunterricht nicht teilzunehmen. Schreitet die Magersucht voran und werden die Betroffenen von der Sucht beherrscht, dann verändert sich auch das Verhalten. Die betroffenen Schülerinnen und Schüler, die im Allgemeinen sehr beliebt sind, ziehen sich zurück, wirken depressiv, reagieren mal aggressiv und sehr impulsiv, dann wieder weinerlich. Doch das hohe Leistungsniveau, das typisch für diese Essstörung ist, halten sie noch sehr lange aufrecht, obwohl sie körperlich immer schwächer werden.

Magersucht

5. Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Was sollten sie vermeiden?

Bulimie Die Bulimie ist für Lehrerinnen und Lehrer schwer zu erkennen. Vielleicht bemerken sie auf einer Klassenreise Essanfälle oder dass sich die Schülerin oder der Schüler erbricht oder Arzneimittel missbraucht. Oder eine Schülerin oder ein Schüler wendet sich vertrauensvoll an sie, weil sie/er bei einer Freundin oder einem Freund Veränderungen bemerkt hat.

Binge-Eating-Störung Auch die Binge-Eating-Störung ist für Lehrerinnen und Lehrer schwer festzustellen. Die Schülerin oder der Schüler ist vielleicht übergewichtig, aber das bedeutet nicht, dass sie oder er auch essgestört ist. Lehrerinnen und Lehrer nehmen aber häufig als Erste Veränderungen im Verhalten wahr. Sie merken, dass sich die Schülerin bzw. der Schüler zurückzieht, eher depressiv wirkt, sich nicht mehr so rege am Unterricht beteiligt und sehr gegensätzlich reagiert. Doch wie sollen sie mit diesem Verdacht umgehen? Die Unsicherheit ist groß. Welche Verantwortung tragen Lehrkräfte – sich selbst, der Schülerin/dem Schüler und den Eltern gegenüber?

Zum Thema der Schule machen

Es gibt für Lehrerinnen und Lehrer wie auch für die Eltern keine Patentrezepte. Aber es hilft der/dem Einzelnen sehr, wenn es für die Schule eine Art „Strategieplan Essstörungen“ gibt. Hierin ist festgelegt, wie die Lehrkräfte auf Verhaltensänderungen, die auf eine Essstörung hinweisen, reagieren bzw. zu welchen Institutionen sie Kontakt aufnehmen sollten. Dieses Konzept kann zum Beispiel regelmäßige Informationsveranstaltungen und einen Elternabend zu diesem Thema für jede Klasse vorsehen. Sinnvoll ist es, Netzwerke mit regionalen Beratungsstellen und Institutionen zu bilden. Der schulpsychologische Dienst kann ebenfalls darin eingebunden sein.

Wichtig Auf jeden Fall sollten Lehrerinnen und Lehrer, wenn sie einen Verdacht haben, nicht abwarten. Essstörungen sind schwere Erkrankungen, und je frühzeitiger sie behandelt werden können, desto besser.

Tipps für Lehrkräfte

→ Informieren Sie sich

Nur wer Bescheid weiß, kann die Auffälligkeiten richtig einordnen. Informieren Sie sich, zum Beispiel über Bücher oder durch eine Weiterbildung, die Beratungsstellen bieten. Auf der Internetseite unter www.bzga-essstoerungen.de bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung viele Informationen. Hier können Sie auch Broschüren für Schülerinnen und Schüler zum Thema bestellen.

Regionale Beratungsstellen oder Zentren für Essstörungen halten ebenfalls Informationsmaterial bereit.

→ Austausch mit Kollegen und Kolleginnen

Wenn Ihnen auffällt, dass eine Schülerin bzw. ein Schüler sehr viel dünner oder dicker wird oder/und sich ihr bzw. sein Verhalten geändert hat, sprechen Sie Kollegen und Kolleginnen an, die ebenfalls in der Klasse sind. Tauschen Sie sich aus und stellen Sie fest, ob sich Ihr Verdacht erhärtet.

→ Schüler bzw. Schülerin ansprechen

Die Lehrkraft, zu dem die Schülerin bzw. der Schüler das meiste Vertrauen hat, sollte sie bzw. ihn ansprechen. Im ruhigen Gespräch unter vier Augen sollten Sie die Betroffene/den Betroffenen mit Ihrer Wahrnehmung konfrontieren. Ist die Schülerin bzw. der Schüler noch nicht volljährig, sagen Sie ihr/ihm, dass Sie mit den Eltern reden werden.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass die Schülerin bzw. der Schüler Ihren Verdacht ablehnt oder andere Erklärungen für das Verhalten liefert. Sagen Sie ihr bzw. ihm, dass Sie mit dieser Reaktion gerechnet haben und dass es nicht leicht sei, sich einzugestehen, krank zu sein. Zeigen Sie Verständnis,



aber machen Sie auch deutlich, dass die Schülerin bzw. der Schüler Ihnen die Sorge nicht nehmen kann.

→ Eltern ansprechen

Nehmen Sie Kontakt zu den Eltern auf. Sprechen Sie über Ihre Wahrnehmungen und machen Sie auf Beratungsstellen aufmerksam. Die Verantwortung für die Gesundheit des Kindes liegt bei den Eltern, deshalb müssen Sie sie informieren. Vielleicht bestärken Sie durch Ihre Wahrnehmung eine Vermutung, die die Eltern bereits haben und helfen Ihnen damit, aktiv zu werden. Motivieren Sie sie, selbst eine Beratung in Anspruch zu nehmen und weisen Sie sie auf Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychologen, speziell geschulte Therapeuten/Therapeutinnen oder auf den schulpsychologischen Dienst hin.

Die Gespräche sind sicherlich nicht immer einfach. Eltern fühlen sich schnell angegriffen, sie befürchten, die Essstörung würde familiäre Probleme öffentlich machen. Wenn Sie sich damit überfordert fühlen, bitten Sie eine Kollegin oder einen Kollegen, das Elterngespräch mit Ihnen zusammen zu führen.



Was sollten sie vermeiden?



Darüber hinaus kann das Thema an Elternabenden aufgegriffen werden. Beratungsstellen in Ihrer Nähe erklären sich sicher bereit, über ihre Arbeit und die Erkrankung zu informieren.

→ **Keine Diagnose stellen**

Auch wenn viele der Auffälligkeiten, die Sie wahrnehmen, zu den beschriebenen Kennzeichen passen, Sie dürfen und können keine Diagnose stellen. Dies kann nur eine Ärztin/ein Arzt, eine Psychologin/ein Psychologe oder eine Psychotherapeutin/ein Psychotherapeut. Wenn Sie mit den Eltern sprechen, weisen Sie darauf hin, raten Sie zum Arztbesuch, um die Auffälligkeiten durch einen Experten oder eine Expertin abklären zu lassen.

→ **Brücken bauen**

Bieten Sie Ihre Unterstützung an, zum Beispiel wenn die/der Betroffene mit den Eltern sprechen will. Es fällt der Schülerin bzw. dem Schüler oft leichter, mit den Eltern zu sprechen, wenn eine dritte neutrale Person dabei ist.

Motivieren Sie die/den Betroffenen zum Besuch einer Beratungsstelle. Bieten Sie an, sie bzw. ihn zur Beratungsstelle zu begleiten, falls es Ihnen möglich ist. Machen Sie ihr bzw. ihm Mut und zeigen Sie Geduld und Zuversicht.

→ **Vorbild sein**

Lehrerinnen und Lehrer sind für Schülerinnen und Schüler Vorbild, auch dann, wenn es auf den ersten Blick anders aussieht. Mädchen berichten

häufig im Rahmen einer Therapie, dass sie sich an ihrer Lehrerin orientiert haben. Deshalb hilft es, die eigene Einstellung zu Figur und Gewicht kritisch zu beleuchten. Wie fühlen Sie sich in Ihrem Körper? Welche Rolle spielt die Figur für Ihr Selbstbewusstsein? Holen Sie sich bei Problemen Hilfe, oder haben Sie den Anspruch, alles allein zu machen? Wie beurteilen Sie dicke und dünne Menschen? Seien Sie ehrlich zu sich selbst. Unterlassen Sie zum Beispiel ironische Bemerkungen über Figur und Gewicht, auch wenn sie über dritte Personen oder über Prominente sprechen.

→ **Kontakt halten**

Überlassen Sie die Behandlung Fachleuten. Doch Sie können die Therapie unterstützen, indem Sie der Schülerin oder dem Schüler anbieten, für Gespräche Zeit und ein offenes Ohr zu haben. Doch konkurrieren Sie nicht mit den Eltern.

→ **Thema „Essstörung“ im Unterricht**

Leider erreicht eine Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen die Betroffenen oft nicht. Sinnvoller ist es, Beratungsstellen in den Unterricht einzubinden. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können entweder in die Schule kommen und Workshops anbieten, oder die Klasse kann die Beratungsstelle besuchen. Eventuell erklärt sich auch eine ehemals Betroffene oder ein ehemals Betroffener bereit, über die Krankheit und ihren Weg hinein und hinaus zu berichten.

5.5 Umgang mit Suizidgedanken

Ein Angst auslösendes Thema ist Selbstmord. Im Zusammenhang mit Essstörungen kommt es bei Betroffenen häufig zu Selbstmordgedanken, manchmal auch zu versuchten Selbstmorden. Die häufigste Todesursache bei Magersucht ist der Suizid.

Suizidgefahr kündigt sich in verschlüsselten Botschaften an wie „Ich weiß nicht mehr, wie es weitergeht“, „Ich weiß nicht, ob ich noch da bin“ oder in Zeichnungen und Kritzeleien, die sich mit dem Tod beschäftigen. Melancholisches Rückzugsverhalten, Abbruch von Kontakten, aber auch das Gegenteil, zum Beispiel über die Stränge schlagen, aufgedreht sein, nach dem Motto „Ist doch sowieso alles egal“, können Hinweise sein.

Psychische Ausnahmezustände können die Suizidgefährdung erhöhen. So kann der Verlust eines nahe stehenden Menschen dazu führen, dass bewährte Strategien, um Probleme zu bewältigen, nicht mehr funktionieren. Die Situation erscheint dann ausweglos. Ergebnis ist der sogenannte Tunnelblick, Zusammenhänge werden nicht mehr wahrgenommen.

Tagebucheintragungen können Hinweise sein. Doch müssen Sie dann eingestehen, dass Sie spioniert haben. Tun Sie dies mit der Begründung, dass Sie in Sorge waren. Riskieren Sie Ärger und Vorwürfe und suchen Sie auf jeden Fall das Gespräch. Vermeiden Sie dabei Vorwürfe. Geben Sie den Betroffenen die Chance, über ihre Fantasien zu sprechen.

Holen Sie sich unbedingt Unterstützung, zum Beispiel bei Fachkräften aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychologie, bei der Telefonseelsorge, bei den Wohlfahrtsverbänden. Die Adressen finden Sie im Telefonbuch. Auch Beratungsstellen können Ihnen weiterhelfen. Bitte bedenken Sie, dass nur ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine Fachkraft aus der Psychiatrie Patienten bzw. Patientinnen einweisen kann, nicht aber ein Psychologe oder eine Psychologin.

Wichtig

Der erste Schritt ist, nicht die Augen zu verschließen. Suchen Sie das Gespräch und sagen Sie klar, dass Sie Hilfe einschalten werden. Falls die Betroffene/der Betroffene Hilfe verweigert, nehmen Sie Kontakt mit einer Beratungseinrichtung auf. Sie gibt Ihnen Adressen von Kriseninterventionsstationen oder Krisenberatungseinrichtungen.

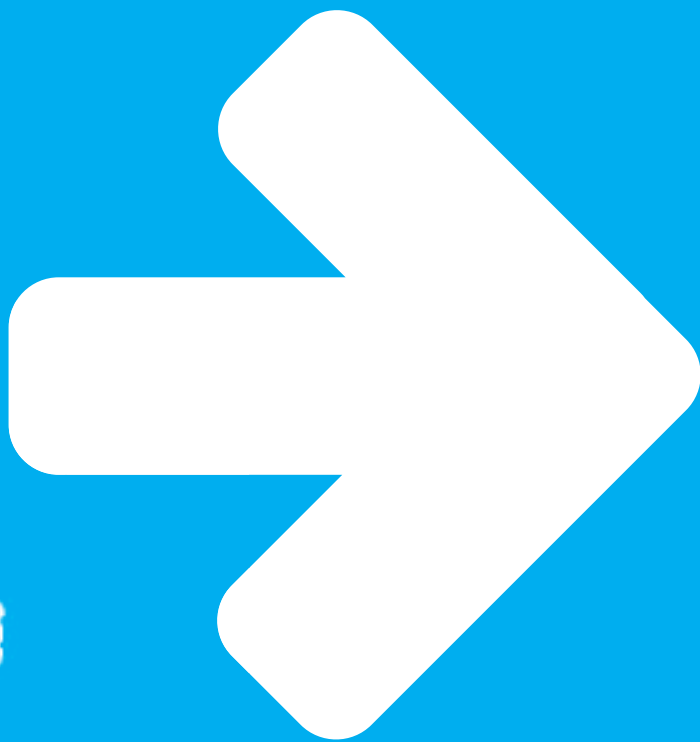
Hilfe bei Essstörungen

6.1 Beratung

6.2 Behandlung

6.3 Therapieformen

6.4 Selbsthilfegruppen für
Betroffene und Angehörige



6.1 Beratung

Eine Beratung ist häufig der erste Schritt, den betroffene Kinder, Jugendliche oder ihre Eltern gehen. Die Beratung kann Menschen mit Essstörungen weiterhelfen, die aus dem Teufelskreis ausbrechen wollen, aber nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Eltern bekommen hier Hilfe, wenn sie das Verhalten ihres Kindes verunsichert und sie nicht einschätzen können, ob es sich um eine Essstörung handelt. Ein Beratungsgespräch ist auch sinnvoll, wenn sie nicht wissen, wie sie sich dem Kind gegenüber verhalten sollen oder wie sie ihr Kind zu einer Beratung oder einer Therapie motivieren können.

Ambulant, telefonisch oder via Internet kann man sich beraten lassen. Egal, für welche Möglichkeit man sich entscheidet: Fachleute sollten beraten – und seriös muss das Angebot sein.

Verschiedene Institutionen und Organisationen bieten ambulante Beratungen für Menschen mit Essstörungen und ihre Angehörigen an. Dazu gehören u. a.

- ➔ spezielle Beratungszentren für Essstörungen
 - ➔ psychosoziale Beratungsstellen für Frauen, Kinder- und Jugendliche
 - ➔ Sucht- und Drogenberatungsstellen
 - ➔ andere psychosoziale Beratungsstellen
 - ➔ Institutsambulanzen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- In vielen Fällen ist die Beratung kostenfrei. Ein Krankenschein ist nicht erforderlich.

Aufgaben der Beratung

In einer guten Beratung werden die Situation abgeklärt, Informationen gegeben und die Motivation zu einer Behandlung eingeschätzt bzw. gefördert.

- ➔ Um die Situation abzuklären, erfasst die Beraterin oder der Berater die Art der Essstörung, den Schweregrad, den seelischen und körperlichen Zustand. Hierzu ist eine ärztliche Untersuchung notwendig. Darüber hinaus stellt die Beraterin bzw. der Berater fest, in welchem Umfeld die bzw. der Betroffene lebt – bei den Eltern, allein, in einer Wohngemeinschaft, ob sie/er zur Schule geht oder in der Ausbildung ist und vieles mehr. In der Beratung wird auch über die persönliche Einschätzung und den Willen zur Veränderung gesprochen.



Eine Beratung ist häufig der erste Schritt in die richtige Richtung.

- ➔ Die Beraterin bzw. der Berater informiert über das Krankheitsbild, über Behandlungsmöglichkeiten und über Selbsthilfegruppen, z. B. für Angehörige.
- ➔ Die Beratungsstelle unterstützt bei der Suche nach Therapieplätzen und hilft bei der Klärung der Kostenfrage. Sie bietet außerdem Hilfe an, um Wartezeiten zu überbrücken.
- ➔ Die Beratungsstelle ist Ansprechpartner in akuten Krisen.
- ➔ Die Beratungsstelle ist im Bereich Vorsorge tätig und klärt z. B. an Schulen über Essstörungen auf.
- ➔ Die Beratungsstelle bietet Nachsorge nach der Therapie an.
- ➔ Angehörige erhalten Beratung und Hilfestellung im Umgang mit einem essgestörten Kind oder Partner bzw. Partnerin.

Das zeichnet eine gute Beratungsstelle aus:

- ➔ Sie muss leicht erreichbar sein.
- ➔ Die Öffnungszeiten sind geregelt und benutzerfreundlich. Es gibt offene Sprechstunden.
- ➔ Man kann Kontakt über Telefon oder E-Mail aufnehmen.
- ➔ Die Beratungsstelle informiert über ihr Angebot und die Ausbildung ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Faltschlätern, Broschüren, im Internet oder in Verzeichnissen von Krankenkassen, Gesundheitsämtern, Berufsverbänden etc.
- ➔ Die Beratungsstelle ist mit anderen Institutionen und Fachleuten vernetzt. Dazu gehören Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte in der Region sowie Kliniken mit dem Behandlungsschwerpunkt Essstörungen.
- ➔ Die Beratung kann kurzfristig in Anspruch genommen werden. Es gibt keine langen Wartezeiten.
- ➔ Es beraten Fachleute (Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen etc.). Sie sind im Bereich Essstörungen besonders geschult und haben in der Beratung von Essgestörten Erfahrung. (Falls die Ausbildung nicht in Faltschlätern oder Informationsbroschüren ersichtlich ist, fragen Sie nach.)
- ➔ Es werden nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige beraten.
- ➔ Die Beratungsstelle hält die Beratung, das Ergebnis der Beratung bzw. der Behandlung und die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten vertraulich schriftlich fest. Die Ergebnisse werden ausgewertet.

**Qualitätsmerkmal
Vernetzung**

Häufig werden in der Beratung die ersten Weichen für die Behandlung gestellt. Deshalb ist es von Vorteil, wenn die Beratungsstelle mit verschiedenen, regional ansässigen Fachärztinnen und -ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Kliniken vernetzt ist. Beratungsstellen können auch als Ansprechpartner während des gesamten Behandlungsverlaufs zur Verfügung stehen. Arbeiten sie in einem Netzwerk, können sie die verschiedenen Angebote koordinieren. In Absprache mit der Beraterin oder dem Berater kann die/der Betroffene dann unter verschiedenen Therapiemethoden auswählen. Auf dem Weg aus einer Essstörung heraus, gibt es viele Aufgaben zu bewältigen. Manchmal gibt es Wartezeiten. Die Beraterin bzw. der Berater kann helfen, die Therapiebausteine



Eine Beratungsstelle in Berlin.

aufeinander abzustimmen und Entscheidungen zu treffen, welcher Weg im Moment sinnvoll ist.

Zurzeit sind zentrale Stellen, die Patientinnen und Patienten von der ersten Beratung bis zur Gesundung begleiten, bundesweit nicht flächendeckend vorhanden. Es gibt jedoch Beispiele der integrierten Gesundheitsversorgung, in denen Kostenträger, niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen sowie spezialisierte Kliniken an einem Tisch sitzen. Weitere Partner werden bei Bedarf hinzugezogen. Im Rahmen dieser Gesundheitsversorgung bauen Beratung, Diagnostik, die individuelle Therapiebegleitung und Nachsorge aufeinander auf und verschiedene Fachbereiche arbeiten miteinander.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat auf ihrer Internet-Seite www.bzga-essstoerungen.de Beratungsstellen aufgelistet. Sie können hier ganz einfach nach einer Beratungsstelle in Ihrer Nähe suchen.

Wie findet man eine ambulante Beratungsstelle?

Auf der Suche nach Beratungsstellen können Ihnen auch weiterhelfen:

- Kliniken
- Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Therapeutinnen und Therapeuten
- Lehrer und Lehrerinnen (z. B. Vertrauenslehrer und -lehrinnen, Schulpsychologen und -psychologinnen)
- Kinder- und Jugend-, Mädchen-, Frauen- oder Suchttelefon
- Telefonbuch
- Webseiten öffentlicher Träger im Internet (z. B. Wohlfahrtsverbände, Jugendverbände)
- Stadtzeitung und Bücher zum Thema

Telefonische Beratung

Der Weg in die Beratungsstelle scheint für manche Menschen erst einmal unüberwindbar. Dann kann eine telefonische Beratung weiterhelfen. Sie ist anonym. Nach einiger Zeit, wenn man Vertrauen aufgebaut hat, kann man sich auch persönlich beraten lassen.

Verschiedene öffentliche Träger, manche Beratungszentren und einige private Anbieter ermöglichen eine Telefonberatung. Wer sich für die Telefonberatung bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder bei einem öffentlichen Träger entscheidet, kann davon ausgehen, dass die Beraterinnen und Berater fachlich geschult sind. Das kann man bei privaten Anbietern nicht voraussetzen.

Achtung Kosten! Für die telefonische Beratung eines öffentlichen Trägers fallen nur die üblichen Telefongebühren an. Private Anbieter berechnen oft eine erhöhte Telefongebühr. Deshalb sollen Sie sich vorher über die entstehenden Kosten informieren. Auf den Internetseiten des Anbieters finden Sie hierzu zum Beispiel Hinweise.

Die Telefonberatung der BZgA: 0221 – 89 20 31

Das anonyme Beratungstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung steht für Fragen rund um Essstörungen, insbesondere in akuten Fällen, zur Verfügung. Hier erhalten Sie eine Erstberatung sowie Adressen, an die Sie sich wenden können. Nicht nur Betroffene, sondern auch Eltern, andere Angehörige, Lehrerinnen, Lehrer oder Partner und Partnerinnen können sich an die die geschulten Beraterinnen und Berater wenden. Die Telefonberatung kann helfen, informieren und Beratungsstellen vermitteln. Sie kann aber keine Diagnose stellen.

Montag bis Donnerstag 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag, Samstag, Sonntag und Feiertage 10.00 – 18.00 Uhr

Recherchieren, mailen, chatten – im Internet sind Jugendliche häufig unterwegs. Auch bei Essstörungen kann es die erste Anlaufstelle sein. Im Netz gibt es nicht nur Informationen, sondern auch die Möglichkeit, sich einfach, unkompliziert und anonym beraten zu lassen: persönlich per E-Mail oder im Austausch in Chatrooms oder Foren. Egal, für was Sie sich entscheiden, ein persönliches Gespräch in einer Beratungsstelle ersetzt die Onlineberatung nicht.

Das große Manko: Leider ist die Qualität des Anbieters im Internet nicht immer sofort ersichtlich. Das heißt, eine fachlich gute Beratung ist nicht garantiert. Lassen Sie sich von der Aufmachung der Seiten nicht täuschen. Auch die Kosten, die bei einer möglichen Beratung oder beim Chat entstehen, sind nicht immer sofort und eindeutig ersichtlich.

Seriöse Internetseiten

- geben immer Tipps, wie man aus der Essstörung aussteigen kann. Beim Chatten darf nicht über das Gewicht oder über Methoden des Abnehmens gesprochen werden. Es dürfen keine Ratschläge zum Abnehmen gegeben werden.
- bieten Chats, die immer von Fachleuten moderiert werden.
- geben klar Auskunft, wer hinter der Webseite steht (z. B. öffentliche Träger, spezialisierte Beratungszentren). Ein Blick auf die Impressumsseite kann weiterhelfen. Wenn Portale Mitglied im Bundesfachverband Essstörungen sind, spricht das für sie.
- zeigen eindeutig, ob und welche Kosten entstehen.

Vorsicht vor sogenannten Pro-Ana-Seiten (Ana steht für Anorexie) oder Pro-Mia-Seiten (Mia steht für Bulimie). Auch hier geht es um Essstörungen. Allerdings wollen diese Seiten die Krankheit fördern und aufrechterhalten.

Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (www.bmfsfj.de) hat unter dem Titel „Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet“ einen Ratgeber für Eltern, Fachkräfte und Provider herausgegeben. Der Ratgeber kann kostenlos auf den Internetseiten des BMFSFJ bestellt werden.

6.2 Behandlung

Wer keine Beratungsstelle für Essstörungen vor Ort hat und auf der Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder Kliniken ist, die sich auf Essstörungen spezialisiert haben, kann sich an folgenden Stellen wenden; sie können sicher weiterhelfen:

- Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen
- Erziehungsberatungsstellen
- Gesundheitsämter
- Kinderärztinnen und -ärzte
- Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater
- Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kinderkliniken
- Krankenkassen
- Psychotherapeutenkammer
- Ärztekammer


Diagnose Essstörung

Am Anfang der Behandlung steht immer eine gründliche Diagnostik. Sie ist wichtig, um die Art und den Schweregrad der Essstörung sowie die Situation der/des Betroffenen bzw. der Familie zu erfassen.

Verschiedene Punkte werden durch Befragung oder Tests geklärt. Dazu gehören Entwicklung der Symptome, Zeitpunkt des Auftretens des auffälligen Essverhaltens, aktuelle Ernährung und Trinkmenge, Kaloriengrenzen, Entwicklung des Gewichts, Methoden, mit denen das Gewicht reduziert wird, Körperschema, Zielgewicht, körperliche Aktivität, Leistungsverhalten, Begleiterscheinungen wie Depressionen, Zwänge oder Ängste, andere Erkrankungen, soziale Bedingungen und vieles mehr.

Außerdem ist eine sorgfältige körperliche Untersuchung unverzichtbar. Sie dient nicht nur dazu, den körperlichen Zustand und ggf. Begleiterkrankungen zu bestimmen, sondern auch Krankheiten oder Abhängigkeiten auszuschließen, die einen Gewichtsverlust verursachen können. Gute Beratungsstellen arbeiten hier z. B. mit der Hausärztin, dem





Hausarzt oder Kinder- und Jugendärztin bzw. dem entsprechenden Arzt oder einer Internistin/einem Internisten Hand in Hand.

Bei dieser Untersuchung werden z. B. Gewicht und Größe festgestellt, Puls und Blutdruck gemessen, die Zähne untersucht, ein Blutbild gemacht und verschiedene Blutwerte wie zum Beispiel Blutzucker, Blutsalze, Leberwerte oder Enzyme der Bauchspeicheldrüse bestimmt. Manchmal kommen Hormone wie Schilddrüsenhormone, Wachstumshormone oder Hormone des Fettgewebes und möglicherweise noch EKG, EEG oder eine Tomografie hinzu. Auch die Messung der Knochendichte kann manchmal notwendig sein, doch ist sie bei Kindern schwierig.

Der Gesundheitszustand, die körperliche und seelische Situation, ist Ausgangspunkt, um die Therapie festzulegen. So kann bei leichtem Krankheitsverlauf eine ambulante Behandlung ausreichen, bei schwereren Krankheitsverläufen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Therapie oder eine therapeutische Wohngruppe empfehlenswert.

Innerhalb der Therapie ergänzen sich verschiedene Bausteine (Module) und greifen ineinander. Fachleute sprechen deshalb in der Behandlung von Essstörungen von einem integrativen oder multimodalen Ansatz. Dabei ist die Psychotherapie der zentrale Pfeiler des Behandlungsprogramms. Ergänzt wird sie durch eine medizinische Behandlung; Ernährungstherapie kommt unterstützend hinzu. Auch andere Therapieformen können in das Behandlungsprogramm eingebaut werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Familie in die Behandlung mit einbezogen.

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen. Deshalb brauchen die Betroffenen meist psychotherapeutische Hilfe, um aus dem Teufelskreis auszubrechen. Allerdings kann das nicht immer freiwillig geschehen, wenn der oder die Betroffene zu verhungern droht. Dies ist bei Magersüchtigen in akuten und extremen Hungersituationen der Fall. Sie müssen diese Situation ausgleichen und beginnen, wieder zuzunehmen. Das Gewicht muss während der ganzen Therapie im Auge behalten und regelmäßig kontrolliert werden. Aber auch eine unfreiwillig begonnene Therapie kann zu einem „guten“ Ende führen.

In der Therapie werden zum Beispiel Gewichtsphobien, Gedanken um Figur und Gewicht, Störung des Selbstwertgefühls, akute oder dauerhafte Konflikte, Krisen im Erwachsenwerden, Beziehungsfähigkeit, depressive Einbrüche oder Schwarzweißdenken behandelt.

Therapie:
Bausteine
ergänzen sich

Schwerpunkt
Psychotherapie

Verschiedene Arbeitsweisen

Es gibt verschiedene psychotherapeutische Richtungen, die unterschiedliche Schwerpunkte in der Erklärung und Behandlung der Essstörung setzen. Sie reichen von analytischer Therapie bis hin zu kognitiver Verhaltenstherapie, einzeln oder in der Gruppe. Beratungsstellen klären über die verschiedenen Methoden auf.

- ➔ Die psychodynamischen Therapierichtungen konzentrieren sich darauf, die Entstehungsbedingungen der Erkrankungen bewusst zu machen.
- ➔ Die Verhaltenstherapie hat zum Ziel, das konkrete Essverhalten, die Einstellung zum eigenen Körper und den Umgang mit dem sozialen Umfeld zu verändern.
- ➔ Die interpersonale Therapie hat die Auswirkungen der Erkrankung im Blick. Sie konzentriert sich darauf, die Beziehungsfähigkeit der Betroffenen zu verbessern.

Die richtige Wahl ...

Welche Therapieform Behandlungserfolg verspricht, hängt auch von den Interessen und der bisherigen therapeutischen Erfahrung der Patientin/des Patienten ab. Sie/er wird schwer zu einer bestimmten Behandlung zu bewegen sein, wenn sie oder er meint, die Methode könne nichts nützen. In solchen Fällen sollte gemeinsam nach anderen Angeboten gesucht werden. Wurden jedoch bereits positive Erfahrungen mit einer bestimmten Methode gemacht, kann man es damit noch einmal versuchen. Darüber hinaus spielen die soziale Situation oder das Alter der Kinder bzw. Jugendlichen bei der Wahl einer Therapieform eine Rolle. Auch wenn es wünschenswert wäre – nicht immer kann man in der Realität zwischen verschiedenen Richtungen wählen. Gerade in kleineren Orten gibt es oft kein entsprechendes Angebot.

Achten Sie bei der Auswahl eines Therapieangebots darauf, dass es von einer Psychotherapeutin oder -therapeuten mit Qualifikation und Erfahrung im Bereich Essstörungen durchgeführt wird. Je schwerer das Kind, der/die Jugendliche erkrankt ist, desto wichtiger ist dies.

Mindestens genauso wichtig wie die Therapierichtung ist die Beziehung zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten. Deshalb sind bei ambulanten Behandlungen sogenannte probatorische Sitzungen sinnvoll. In 4 bis 5 Sitzungen, die von der Krankenkasse bezahlt werden, kann man einen Eindruck von der Therapeutin oder dem Therapeuten und seinem Vorgehen bekommen, bevor man eine Psychotherapie beantragt.

Manchmal stellt man erst im Laufe der Therapie fest, dass „die Chemie“ zwischen Therapeutin/Therapeuten und Patientin/Patienten nicht stimmt. Kommt es über einen längeren

Zeitraum zu keiner Besserung und man ist unzufrieden, dann sollte man sich nicht scheuen, das Angebot bzw. die Therapeutin/den Therapeuten zu wechseln. In diesem Fall sind Beratungsstellen gute Ansprechpartner. Hier kann die aktuelle Situation geklärt und nach neuen Möglichkeiten gesucht werden, die in das Behandlungskonzept passen. Wer keine Beratungsstelle vor Ort hat, kann sich an die oben genannten Stellen wenden.



Die medizinische Behandlung kann die Psychotherapie auf keinen Fall ersetzen. Aber sie ist begleitend in das Therapiekonzept eingebunden und behandelt die körperlichen Folgen der Essstörung. Zu niedrige Kaliumspiegel im Blut, Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Verdauungsprobleme gehören dazu. Auch für eine gleichmäßige, gesunde Gewichtszunahme in akuten Hungerzuständen der Magersucht zu sorgen, gehört zu den Aufgaben der medizinischen Behandlung. Je schwerer die Essstörung ist, desto wichtiger wird die medizinische Betreuung.

Modul
**„Medizinische
Behandlung“**

Bei der Behandlung von essgestörten Kindern und Jugendlichen sollten Eltern eingebunden sein. Dabei geht es nicht darum, die Familie als Ursache für die Erkrankung zu sehen. Vielmehr kann sie helfen, die Krankheit zu überwinden.

Eltern können lernen, mit schwierigen Alltagssituationen besser umzugehen, z. B. wenn das Kind das Essen verweigert, Diät hält, erbricht, sehr viel Sport treibt. Ziel ist es, die Fähigkeit im Umgang mit Auseinandersetzungen und Spannungen zu verbessern. Darüber hinaus können Eltern ihr Kind ggf. im Rahmen der Behandlung unterstützen, an Gewicht zuzunehmen oder das erreichte Gewicht zu halten.

Einbindung der Familie bedeutet nicht zwangsläufig eine Familientherapie. Ist die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern sehr belastet, kann eher eine Familienberatung von Vorteil sein. Dabei finden die Gespräche mit dem kranken Kind oder der/dem kranken Jugendlichen und mit den Eltern getrennt voneinander statt, denn aufgeheizte

Modul
**„Einbindung
der Eltern“**

Gespräche nützen niemandem. Auch in Form von Selbsthilfegruppen können die Eltern in die Behandlung einbezogen sein. Gruppen unter Anleitung einer erfahrenen Moderatorin bzw. eines erfahrenen Moderators sind vorzuziehen. Dabei sind die Gesprächsthemen vorgegeben, man kann z. B. über Schuldgefühle reden, Erfahrungen mit anderen austauschen, die Spannung loslassen.

Modul
„Unterstützende
Ernährungs-
therapie“

Essgestörte Menschen kennen den Kaloriengehalt dieses oder jenes Lebensmittels oft ganz genau, doch über gesunde Ernährung oder Bestandteile der Nahrung wissen sie meistens wenig. In der Ernährungstherapie lernen sie, was zu einer gesunden Ernährung gehört, welche Nährstoffe sie benötigen, wie Speisen zubereitet und ausgetauscht werden können. Die Betroffenen und die Eltern erfahren aber auch, wie der Stoffwechsel im Hungerzustand Körper und Seele beeinflusst.

Wichtig

Die Ernährungstherapie muss speziell auf Essstörungen ausgerichtet und unbedingt in ein Behandlungskonzept eingebunden sein. Eine allgemeine Ernährungsberatung allein bringt nichts und kann ggf. das Problem sogar verstärken. Ist sie mit anderen Maßnahmen vernetzt, kann eine spezielle Ernährungsberatung die Psychotherapie sehr gut unterstützen.

Ein Ernährungs- und Bewegungsprotokoll erfasst anfangs die aktuelle Situation und ist in einer ambulanten Behandlung unerlässlich. Danach wird ein Essensplan mit Haupt- und Zwischenmahlzeiten erarbeitet. Die Beraterin bzw. der Berater bespricht die Essenssituationen, gibt praktische Anleitungen und Verhaltensalternativen. Beim gemeinsamen Essen zeigt sie modellhaft, welche Mengen normal sind und wie eine gesunde Mahlzeit zusammengesetzt ist.

Bei stationären Aufenthalten wird ggf. die Aufnahme der Nahrung überwacht. Regelmäßig wird das Gewicht kontrolliert.

Um Essgestörte zu beraten, sollte die Ernährungsberaterin oder der -berater unbedingt eine Zusatzausbildung und Erfahrung im Bereich Essstörung mitbringen.



Im Verlauf der Therapie können andere Maßnahmen unterstützend hinzukommen. Dazu gehören körperbezogene Therapieangebote wie Entspannung, Übungen zur Wahrnehmung des Körpers oder Tanztherapie. Aber auch Gestalttherapie oder andere kreative Therapien wie Kunst- oder Musiktherapie können sinnvoll sein. Auch diese Therapien sollten nur von Fachkräften durchgeführt werden, die viel Erfahrung im Bereich Essstörungen haben.

Sonstige ergänzende Therapiemethoden

Vor allem im Anschluss einer stationären Essstörungstherapie, aber auch nach einer ambulanten Therapie ist eine Nachsorge sinnvoll. Dazu gehören planmäßige Nachuntersuchungen sowie die Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung. Dadurch soll:

Nachsorge

- ➔ das Wiederauftreten der Erkrankung verhindert werden,
- ➔ der Therapieerfolg aufrecht erhalten werden,
- ➔ frühzeitig mögliche Rückfälle erkannt und effektiv sowie unmittelbar behandelt werden,
- ➔ der bzw. die Betroffene im Umgang mit der Erkrankung im Alltag unterstützt werden,
- ➔ die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Berufsfähigkeit sowie die Begleitung bei der beruflichen Integration gesichert werden,
- ➔ die Wiedereingliederung und der Ausbau des sozialen Netzwerkes gesichert werden.

In der Regel findet die Nachbetreuung heimatnah in Kliniken, therapeutischen Praxen, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen statt. Unter anderem kann die Nachsorge in Form von Fortgeschrittenengruppen, begleitenden Einzelsitzungen je nach Bedarf und Ehemaligentreffs umgesetzt werden. Neue Nachbetreuungsangebote nutzen die vielfältigen Kommunikationstechnologien wie zum Beispiel den Short Message Service (SMS) und das Internet. Der zeitliche Rahmen ist nicht vorgegeben. Die Maßnahmen können sich über Wochen, Monate oder Jahre ausdehnen.

6.3 Therapieformen

Ob die Behandlung ambulant, stationär, in einer Tagesklinik erfolgt oder eine therapeutische Wohngruppe das Beste ist – die Entscheidung muss immer individuell getroffen werden. Sie hängt vom körperlichen und seelischen Zustand des Kindes bzw. der/des Jugendlichen, vom Schweregrad der Essstörung sowie vom Umfeld ab.

Kosten der Behandlung

Wichtig ist, die Übernahme der Behandlungskosten vor Beginn der Therapie zu klären. Die Kosten werden vom Rentenversicherungsträger, der Krankenkasse oder dem Sozialamt getragen. Voraussetzung ist ein ärztlicher Bericht der behandelnden Ärztin/des Arztes, der bestätigt, dass eine Essstörung vorliegt und eine Therapie notwendig ist. Bei einer ambulanten Beratung muss die Therapeutin/der Therapeut eine Kassenzulassung haben. Beratungsstellen für Essstörungen können bei der Klärung der Kostenübernahme behilflich sein.

Therapiewege – Eine Fallgeschichte

Sabine. Sie litt 2 Jahre an Bulimie.

„Mit 19, kurz vor meinem Abitur, ging ich in eine Suchtberatungsstelle und suchte mir zwei Wochen später eine Therapeutin. Die ambulante Therapie war jedoch nicht ausreichend, und so vermittelte mir meine damalige Therapeutin einen Klinikplatz. Direkt nach dem Abitur ging es dann in die Klinik. Und hier fängt meine zweite Zeitrechnung an.

Ein viertel Jahr habe ich dort gelebt, am Anfang noch zaghaft und unsicher, dann immer bewusster und genussvoller. Auf einmal war ich nicht mehr alleine mit meinen Problemen, mit meinen komischen Gedanken, die ich bis dahin ja selbst nicht verstand und für vollkommen irre hielt, mit den gewaltigen Gefühlen, die auf einmal aus mir hervorbrachen. Langsam und mit viel Arbeit an mir, meinem Innenleben, meiner Krankheit entwickelte sich aus dem fressenden Monster, als das ich mich sah, eine junge Frau, die mitten im Leben steht. Auf einmal merkte ich, dass ich gar nicht so komisch bin, ja, dass die Krankheit sogar einen Sinn hat. Als Ausdruck meiner Gefühle und als Antwort auf Konflikte. Wenn auch auf eine ziemlich kranke Art und Weise.





Also machte ich mich daran, mit Hilfe von Therapeuten konkrete Konfliktstrategien zu entwickeln, aktuelle Probleme, die sich aus dem Zusammenleben in der Klinikgemeinschaft ergaben, gesund zu lösen. Meine innere Stimme wahrzunehmen und dieser auch zu folgen, mir zu trauen und mich anzunehmen. Mit offenen Augen sah ich auf einmal, dass nicht das Essen das eigentliche Problem ist, sondern etwas, das tiefer liegt. Ich lernte auszudrücken, was ich zum Kotzen fand, was ich bis dahin in mich hineingefressen hatte. Und dass ich einfach da sein darf, dass ich einfach bin, dass ich einfach so o.k. bin. Ohne etwas dafür leisten zu müssen. Ohne ständig und immer und überall perfekt sein zu müssen. Und dass ich mir auch mal einen Fehler erlauben darf, ohne dass ich dann der Fehler bin. Ich durfte erfahren, wie schön es sein kann, Menschen ganz nah an mich ranzulassen, mich fallen zu lassen, zu vertrauen. Wie schön, tief und bereichernd Kontakt sein kann. Wie erfüllt Stunden, Minuten, Augenblicke sein können. Im Hier und Jetzt, mit mir und mit allem, was da ist.“

Ambulante Behandlung

Ambulante Behandlung bieten Beratungsstellen mit einem besonderen Schwerpunkt für die Behandlung von Essstörungen sowie niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen an.

Die Behandlung kann in Form von Einzel-, Gruppen- oder als Familientherapie durchgeführt werden.

Vorteile der ambulanten Behandlung

- Die Betroffenen bleiben in ihrem gewohnten sozialen Umfeld, z. B. das Kind oder die/der Jugendliche in seiner Familie, bei seinen Freunden etc.
- Sie können das in der Therapie Gelernte sofort im Alltag erproben.
- Die Angehörigen können ohne großen organisatorischen Aufwand einbezogen werden.
- Die Behandlungskosten sind niedriger als bei einer stationären Behandlung.

Grenzen der ambulanten Behandlung

- Besonderes kritisches Untergewicht oder häufiges Erbrechen.
- Es bestehen akute Mangelerscheinungen oder körperliche Gefährdungen.
- Die Gefahr, sich selbst zu töten, ist gegeben.
- Selbstverletzungsverhalten ist ausgeprägt.
- Es kommen andere psychische Erkrankungen hinzu.
- Die Betroffenen sind süchtig oder missbrauchen Medikamente etc.
- Die Lebensumstände sind schwierig.
- Ess- und Kochgewohnheiten sind festgefahren.

Wie lange dauert eine ambulante Behandlung?

Dies legt die Therapeutin bzw. der Therapeut gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten am Anfang fest. In der Regel genehmigen die Krankenkassen auf Antrag 25 Sitzungen. Eine Verlängerung ist möglich.

Eine ambulante Therapie kann einer stationären Therapie auch vorausgehen. Nach einer stationären Therapie ist sie aber unerlässlich. Im Sinne der Nachsorge hilft sie bei der Umsetzung des Gelernten in den Alltag. Leider sind die Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung manchmal lang.

Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen sind ein wichtiger Pfeiler in der Therapie von Essstörungen. Sie werden für Kinder und Jugendliche von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit einem Schwerpunkt für Essstörungen angeboten. Daneben gibt es Suchtkliniken, die auch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen durchführen. Es findet immer ein Vorgespräch statt, hier können sich Eltern und Betroffene über den Ablauf genau informieren.

Auch bei stationärer Behandlung hängt der Erfolg von der Bereitschaft des essgestörten Kindes/Jugendlichen ab, mitzuarbeiten. Die Einweisung ohne Zustimmung des Kindes oder der/des Jugendlichen kann nur mit Genehmigung der Eltern und des Vormundschaftsgerichts erfolgen. Sie sollte nur erwogen werden, wenn der Zustand lebensbedrohlich ist. Ambulante Vorgespräche sind hilfreich, um sowohl die Eltern als auch jeweils

Betroffene von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überzeugen und über den Ablauf zu informieren.

Eine stationäre Behandlung ist erforderlich, wenn

- die Essstörung sehr schwer ist, massives Untergewicht vorliegt und kein Gewicht zugenommen wird oder wenn Essattacken nicht zurückgehen.
- sich der körperliche und seelische Zustand stark verschlechtert.
- andere Beschwerden und Erkrankungen hinzukommen.
- der Alltag nicht mehr bewältigt werden kann.
- ambulante oder tagesklinische Behandlungskonzepte versagen oder es dort keine Fortschritte gibt.
- die Gefahr der Selbsttötung groß ist.
- die Trennung von der Familie notwendig ist.
- die Eltern völlig erschöpft sind.

Vorteile der stationären Behandlung

- Die Betroffenen bekommen Abstand zu ihrem sozialen Umfeld. Das ist von Vorteil, wenn die Situation zu Hause festgefahren ist.
- Die Tagesstruktur ist vorgegeben.
- Verfestigte Gewohnheiten beim Essen, Kochen oder im Bewegungsverhalten lassen sich mit Abstand und in neuer Umgebung leichter ändern.
- Hier arbeitet ein Team von Fachleuten zusammen. Verschiedene Therapieangebote werden kombiniert. Häufig findet Ernährungsberatung und gemeinsames Kochen mit anderen Patientinnen und Patienten statt. Körper- und kreative Therapien können hinzukommen.

In der Regel dauert eine stationäre Behandlung etwa 4 Monate. Sie kann aber auch kürzer sein, manchmal sind längere Aufenthalte notwendig, doch länger als 6 Monate sollte eine stationäre Behandlung nicht dauern. An die stationäre Behandlung sollte sich eine ambulante Behandlung über 12 bis 24 Monate anschließen, da in diesem Zeitraum die Häufigkeit der Rückfälle groß ist. Es ist sinnvoll, rechtzeitig einen ambulanten Behandlungsplatz zu

Wie lange dauert eine stationäre Behandlung?

suchen. Dazu am besten Kontakt zu Beratungsstellen aufnehmen. Auch Selbsthilfegruppen können weiterhelfen.

Teilstationäre Behandlung

Im Unterschied zur stationären Behandlung verbringt das Kind bzw. die/der Jugendliche die Nächte und das Wochenende zu Hause. Tagsüber ist die Patientin/der Patient in der Klinik (Tagesklinik) und verfolgt das Therapieprogramm. So kann man das Erlernte „häppchenweise“ im Alltag erproben. Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt kann die teilstationäre Behandlung den Übergang in den Alltag erleichtern.

In manchen Therapiekonzepten läuten Motivationsphasen Tagklinikphasen ein. Daran schließen sich ambulante Behandlungsphasen an.

Therapeutische Wohngruppen



Therapeutische, auf Essstörungen spezialisierte Wohngruppen nehmen einen wichtigen Platz im Behandlungsangebot ein, doch gibt es zurzeit bundesweit kein flächendeckendes Angebot.

In den Wohngruppen leben Betroffene in Wohngemeinschaften zusammen. Sie verlassen ihr altes soziales Umfeld und haben die Möglichkeit, in neuer Umgebung Eigenverantwortung für sich zu übernehmen und ihr Verhalten zu ändern. Das Wohnen mit Gleichgesinnten erleichtert es, wieder auf andere Menschen zuzugehen.

Man kann den Kontakt zu anderen wieder aufbauen und sich mit ihnen auseinandersetzen. Die Betroffenen werden von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ernährungsberaterinnen und -beratern rund um die Uhr begleitet. In der Zeit, in der sie in der Wohngruppe wohnen, können sie weiter die Schule besuchen, das Studium oder die Ausbildung fortsetzen oder berufstätig sein.

Die Aufenthalte in Wohngruppen dauern etwa ein halbes Jahr. Die Kosten für ärztliche Betreuung und Therapie übernehmen die Krankenkassen, die Betreuung das Jugendamt, das Sozialamt oder der Bezirk. Die Übernahme der Kosten muss aber vorher geklärt werden.

Ein Fallbeispiel:

Ulrike. Sie leidet seit 2 Jahren an einer Essstörung.

„Arbeitskollegen und Eltern stießen mit ihren Warnungen zunächst auf taube Ohren, doch Gespräche mit einer Freundin der Mutter, selbst Psychotherapeutin, halfen Ulrike, sich für eine Therapie zu entscheiden. Sie ging zweimal stationär in die Klinik und zog anschließend nach München in eine intensivtherapeutische Wohngruppe. Dort zieht sie nach zwei Monaten Resümee: „Der Aufenthalt hier ist wichtig für mich, da ich hier genau den Situationen in der Arbeit und im Umgang mit anderen ausgesetzt bin, die meine Krankheit verursacht haben. In der Therapie kann ich lernen, diesen anders zu begegnen. Unterstützung und Rückhalt erfahre ich auch im Zusammenleben mit den WG-Bewohnerinnen. Ich habe erkannt, dass ich meine Probleme langfristig nicht durch Hungern lösen kann. Hätte mir vor einigen Monaten jemand gesagt, dass ich mal in München sitze und gerne auf dieser Welt bin, ich hätte es nicht geglaubt.“

6.4 Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige

Selbsthilfegruppen für Betroffene

Ergänzung zur Therapie

Selbsthilfegruppen können bei der Bewältigung der Krankheit helfen, sie können allerdings die Therapie nicht ersetzen. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann zum Beispiel auf einen stationären Aufenthalt vorbereiten oder wichtige Hilfestellungen bei der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt geben. Wenn man auf einen Therapieplatz längere Zeit warten muss, kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe die Wartezeit überbrücken.



In den Gruppen tauschen sich die Betroffenen aus, informieren sich über Behandlungsmöglichkeiten und unterstützen sich. Das kann z. B. die Motivation stärken, eine Behandlung zu beginnen. Die langfristige, regelmäßige Arbeit in einer Gruppe kann die Beziehungsfähigkeit fördern und eine langsame Verhaltensänderung unterstützen. Es gibt für Menschen mit Essstörungen auch sogenannte „geleitete Gruppen“. Hier werden Themen aus der Gruppe von einer Moderatorin oder einem Moderator gesammelt und bei Bedarf methodisch aufgearbeitet. Darüber hinaus können weitere

Themen von der Leitung selbst angeregt werden. Die Moderatorin oder der Moderator sollte eine therapeutische Fachkraft, eine Sozialpädagogin bzw. ein Sozialpädagoge sein. Im Gegensatz zu den nicht geleiteten Gruppen sind diese Gruppen meistens kostenpflichtig. Auch ist die Teilnahme für einen gewissen Zeitraum verbindlich.

Positive Aspekte einer Selbsthilfegruppe können sein:

- seelische Entlastung
- Entwicklung und Erprobung von alternativen Handlungsweisen
- Hilfestellung für den Alltag
- Aktivierung und Motivation zur Veränderung
- Überwindung von Scham und Heimlichkeit
- Aufbau von Beziehungen
- Austausch mit anderen Betroffenen und gegenseitige Unterstützung
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit

Grenzen der Selbsthilfe bestehen

- bei lebensbedrohlichem körperlichem Zustand
- bei extremem Unter- oder Übergewicht, das eine medizinische Behandlung erfordert
- bei starker Depressivität und akuter Selbsttötungsabsicht
- bei psychotischen Zuständen
- bei ausgeprägtem Missbrauch von Drogen oder Suchtmitteln
- bei starken persönlichen oder familiären Problemen

Da es zahlreiche Selbsthilfegruppen gibt, die nach unterschiedlichen Ansätzen arbeiten, ist es sinnvoll, sich vorher zu informieren. Oft kann man die Gruppe probeweise besuchen, manchmal gibt es auch offene Gruppeninformationsabende.

In Selbsthilfegruppen treffen sich die Menschen freiwillig und bearbeiten gemeinschaftlich und lösungsorientiert Probleme. Die Treffen finden meist regelmäßig, oft wöchentlich statt. Die Mitglieder sind gleichberechtigt; gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe stehen im Vordergrund.

Wichtig: Die Selbsthilfegruppen sollen möglichst unabhängig und finanziell weitgehend neutral gefördert werden. Es wird kein Gewinn erwirtschaftet. Ein Produktverkauf darf nicht stattfinden.

**Das kennzeichnet
eine Selbsthilfe-
gruppe**



Selbsthilfegruppen für Angehörige

Auch für Eltern und Angehörige von essgestörten Kindern gibt es – wenn auch seltener – Selbsthilfegruppen. Sie bieten die Möglichkeit, sich mit anderen Eltern oder Angehörigen auszutauschen – entweder allein oder unter Anleitung einer Therapeutin oder eines Therapeuten. Sie/er sollte langfristige Erfahrung mit Selbsthilfegruppen mitbringen.

Eltern und Angehörige können sich hier mit anderen Gruppenmitgliedern über die eigenen Gefühle und die Probleme, die sich im Umgang mit der Essstörung ergeben, austauschen. Das Empfinden, nicht allein mit der Situation zu sein, kann Eltern entlasten und den Zustand erträglicher werden lassen. Außerdem können in der Gruppe Möglichkeiten erarbeitet werden, anders mit den Betroffenen umzugehen.

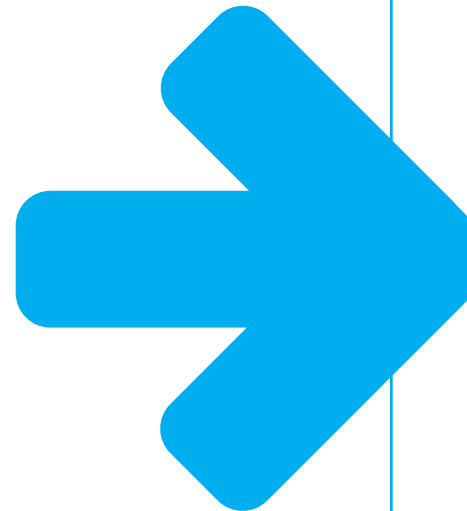
Eltern und Angehörige sollten sich zunächst in der Beratungsstelle beraten lassen und über die Arbeitsweise der Selbsthilfegruppe informieren (siehe oben).

Auf der Suche nach einer Selbsthilfegruppe können Beratungsstellen, Krankenkassen oder spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen, Therapeuten und Kliniken weiterhelfen. Auch über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen NAKOS kann man Selbsthilfegruppen finden.

Wie findet man eine Selbsthilfegruppe?

Anhang

- 7.1 Ergänzende Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- 7.2 Telefonberatung der BZgA zu Essstörungen
- 7.3 Die Initiative „Leben hat Gewicht“



7.1 Ergänzende Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Esstörungen:

Leitfaden für Eltern, Angehörige, und Lehrkräfte

Bestell-Nr.: 35231400

Esstörungen ...

was ist das?

Bestell-Nr.: 35231002

essgestört? übergewichtig?

So findest du Hilfe

Bestell-Nr.: 35231600

Gut-Drauf-Tipp:

„Die heimliche Sucht: Essstörung“

Bestell-Nr.: 35550500

Gut-Drauf-Tipp:

„Immer Ärger mit der Schönheit“

Bestell-Nr.: 35550100

Gut-Drauf-Tipp:

„Gefährliches Ziel: Traumbody“

Bestell-Nr.: 35550800

Alle Materialien zu bestellen bei:
BZgA, 51101 Köln, oder unter www.bzga.de

Weitere Informationen der BZgA zum Thema Essstörungen im Internet unter

www.bzga-essstoerungen.de

(Informationen für Betroffene, Angehörige, Fachleute und allgemein Interessierte; Adressverzeichnis von Beratungsstellen; weiterführende Literatur)

www.bodycheck.bzga.de

(Hier können Jugendliche ihr Essverhalten analysieren und bewerten lassen)

7.2 Telefonberatung der BZgA zu Essstörungen

Telefonnummer: 0221 – 89 20 31

Montag bis Donnerstag: 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag, Samstag, Sonntag und Feiertage: 10.00 – 18.00 Uhr

7.3 Die Initiative „Leben hat Gewicht“



Informationen über die Initiative „Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ finden Sie im Internet unter www.leben-hat-gewicht.de.

Ziel der Initiative ist, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Verbänden, Medizin und Hilfseinrichtungen möchten die Bundesministerien für Gesundheit, für Bildung und Forschung sowie Familie, Senioren, Jugend und Frauen auch für das Thema Essstörungen sensibilisieren. Möglichst viele gesellschaftliche Gruppen werden in die Debatte einbezogen. Damit soll ein Gegengewicht gesetzt werden zu dem verbreiteten Schönheitsideal.

Materialien zur Initiative können kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit (www.bmg.bund.de) angefordert werden.

Porto zahlt
Empfänger


Deutsche Post
ANTWORT

An die
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Referat 1-14
Ostermeier Straße 220
51109 Köln

Was ich Ihnen noch mitteilen möchte:

Der Fragebogen kann auch im Internet unter www.bzga-essstoerungen.de ausgefüllt werden.

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir möchten wissen, wie zufrieden Sie mit dieser Broschüre der BZgA sind. Bitte kreuzen Sie jeweils ein Kästchen an und schreiben Sie uns Ihre Meinung. Vergeben Sie eine Note von 1 sehr gut bis 6 ungenügend:

Mir gefällt die Aufmachung der Broschüre.

1 2 3 4 5 6

Die Inhalte werden durch die Gestaltung unterstützt.

1 2 3 4 5 6

Die Inhalte sind eindeutig und gut zu verstehen.

1 2 3 4 5 6

Ich fühle mich ernst genommen.

1 2 3 4 5 6

Freiwillige Angaben:

männlich weiblich Alter _____

Ich arbeite mit betroffenen Menschen.

Es gibt eine betroffene Person in meinem näheren Umkreis.

Ich bin selber betroffen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!