

Immer Ärger mit dem Essen ...
Esstörungen erkennen und handeln
Ratgeber für Angehörige



Inhalt

Zwischen Macht und Ohnmacht	3	Wie sprechen Sie einen nahestehenden Menschen auf die (vermutete) Essstörung an?	26
Pubertäre Erscheinung, Lebensstil oder Erkrankung?	4	Das können Sie noch tun	28
Der schleichende Beginn – Wie fängt eine Essstörung an?	8	Wer sollte davon wissen? Wen soll ich informieren?	32
Woran erkennen Sie eine Essstörung?	10	Behandlung	33
Was steckt hinter einer Essstörung?	21	Woran erkennen Sie den Heilungsprozess? Der Blick über den Tellerrand...	36
Wann und warum sollten Sie sich Hilfe holen?	24	Woran erkennen Sie einen Rückfall?	36
Was sollten Sie sofort tun und warum? Erkennen Sie eine lebensbedrohliche Situation?	25	Was noch wichtig ist Rat und Hilfe	37 40
		Impressum	47

Legende

 = Fallbeispiel

 = Hinweis/Tipp

 = Info

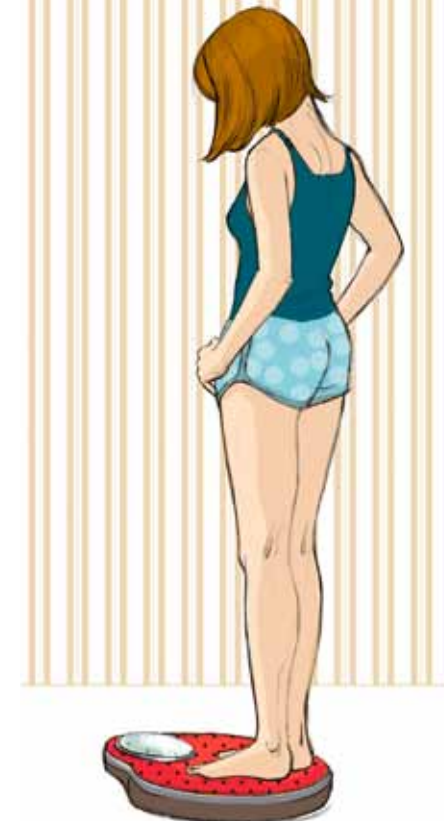
 = Fazit

Zwischen Macht und Ohnmacht

Psychogene Essstörungen wie Magersucht, Ess-Brech-Sucht und psychogene Esssucht (Binge Eating) mit der Folge von Übergewicht sind insbesondere unter Jugendlichen und jungen Menschen weit verbreitet. Besonders Mädchen und junge Frauen sind gefährdet, eine Essstörung zu entwickeln, wobei es inzwischen auch zunehmend Jungen und junge Männer trifft.

Viele Essstörungen nehmen ihren Beginn in der Zeit der Pubertät – einer Umbruchphase im Leben, in der sich Jugendliche an Vorbildern orientieren, nach ihrer neuen, erwachsenen Identität suchen, eine sehr kritische Haltung gegenüber dem eigenen Körper haben und die Hoffnung auf Anerkennung und Erfolg hegen, wenn der Körper perfekt ist.

Sie haben Befürchtungen, dass Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner eine Essstörung entwickelt? Oder Sie haben bereits Gewissheit, dass eine Essstörung vorliegt? Dann nutzen Sie diese Broschüre als erste Hilfestellung, frühzeitig Hilfe einzuleiten und im Gespräch miteinander zu bleiben bzw. ins Gespräch zu kommen.



Unsere praktischen Hinweise können erst einmal Ärger erzeugen und Unruhe schaffen. Sie bringen jedoch etwas in Bewegung und verfestigen die angespannte Situation nicht. Gehen Sie das Risiko ein, dass es anstrengend wird und Sie nicht auf eine sofortige positive Wirkung zählen können. Menschen mit Essstörungen, besonders der Magersucht, sind hartnäckig in der Krankheitsverleugnung. Doch Essstörungen sind auch sehr bedrohlich. Sie dürfen sich nicht einschüchtern lassen. Sie brauchen einen langen Atem und Unterstützung, um diese belastende Situation durchzustehen. Daher ist es sinnvoll, dass Sie sich jemanden an Ihre Seite stellen, der Sie auf diesem Weg begleitet. Das kann eine Beratungsstelle, eine Elterngruppe oder auch eine psychologische Beratung sein.

Pubertäre Erscheinung, Lebensstil oder Erkrankung?

Es ist manchmal schwierig zu erkennen, ob es sich „nur“ um eine pubertäre Reaktion handelt, wenn Jugendliche und junge Erwachsene sich zurückziehen oder aggressiv reagieren, wenn sie z. B. auf ihr verändertes Essverhalten angesprochen werden.

Auch die ständige Auseinandersetzung mit der Figur ist gesellschaftlich gut angesehen und ein kontrolliertes, sehr gesundes Essverhalten sowie viel Sport zu treiben gelten als gesunder Lebensstil. Essstörungen sind jedoch weder nur pubertäre Erscheinungen noch ein Lebensstil – sie sind Krankheiten, die tödlich enden können.

Oftmals ist eine Essstörung im Anfangsstadium für Außenstehende nicht leicht zu erkennen. Denn Essstörungen sind nicht gleichzusetzen mit Ernährungsstörungen. Ernährungsstörungen zeigen sich zwar auch in Mangelerscheinungen z. B. durch Fehlernährung, haben jedoch keinen psychischen Hintergrund. Eine psychogene Essstörung dagegen ist ein komplexes Störungsbild, bei dem innerpsychische Konflikte nicht adäquat gelöst werden können. Die ständige Fixierung der Gedanken auf das Essen bzw. Nicht-Essen und auf den Körper wird zum alles beherrschenden Thema.

Welches Gewicht ist „normal“?

Das Normalgewicht jedes Menschen ist ganz individuell und wird durch unterschiedliche Faktoren, wie beispielsweise Veranlagung und Körperbau geprägt. Es liegt maßgeblich an jedem Einzelnen selbst, ob man das eigene Gewicht als „richtig“ empfindet und sich in und mit seinem Körper wohlfühlt. Zur

Es werden drei Hauptformen gestörten Essverhaltens unterschieden:

› Magersucht

(„Anorexia nervosa“ – kurz „Anorexie“): Hungern bis hin zu lebensbedrohendem Untergewicht.

› Ess-Brech-Sucht

(„Bulimia nervosa“ – kurz „Bulimie“): Ein Kreislauf aus Diätversuchen, Essanfällen und unterschiedlichsten Versuchen, die Folgen der Nahrungsaufnahme wieder ungeschehen zu machen – z. B. durch selbst ausgelöstes Erbrechen, Hungern, exzessiven Sport oder die Einnahme von Abführmitteln, Entwässerungstabletten oder Appetitzüglern.

› Psychogene Esssucht

(„Binge Eating-Störung“ bzw. „Binge eating disorder“ – kurz „Binge Eating“): Anfallsartiges oder ständiges Überessen, das zu Übergewicht bis hin zu massiver Adipositas führen kann.

Die einzelnen Merkmale der drei Erscheinungsformen werden später noch näher beschrieben.

Messung des „normalen“ Körpergewichts gibt es drei gängige Methoden.

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) errechnet sich aus der Körpergröße und dem Gewicht, unterscheidet nicht nach dem Geschlecht und gilt ab 18 Jahren. Er wird in folgende Klassen eingeteilt:

› Untergewicht

BMI unter 18,5.

› Normalgewicht

BMI zwischen 18,5–25.

› Übergewicht

BMI zwischen 25–30.

› Adipositas

BMI über 30.

Beträgt der BMI 17,5 oder liegt er noch darunter, besteht Verdacht auf Magersucht.

Berechnung des Body-Mass-Index:

Körpergröße in Metern mit Körpergröße in Metern malnehmen.

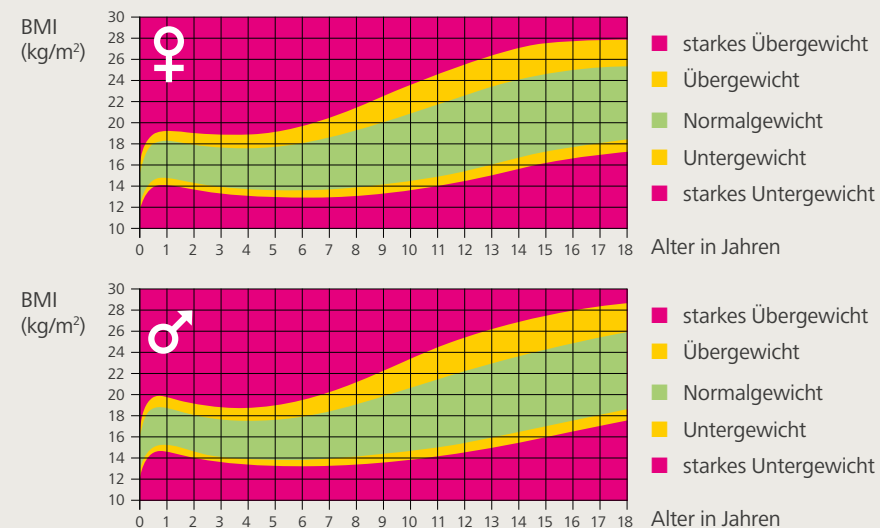
Zum Beispiel bei einer Körpergröße von 1,57 m:
 $1,57 \text{ m} \times 1,57 \text{ m} = 2,4649 \text{ m}^2$

Gewicht in kg durch das errechnete Ergebnis teilen.

Zum Beispiel bei einem Gewicht von 48 kg:
 $48 \text{ kg} : 2,4649 \text{ m}^2 = 19,47 \text{ BMI}$

Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren gelten sogenannte BMI-Wachstumskurven, die Körpergewicht und -größe, Alter und Geschlecht berücksichtigen. Hier lässt sich über den BMI bestimmen, ob ein Kind bzw. ein Jugendlicher untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig oder adipös ist.

Wachstumskurven für Mädchen und Jungen



Quelle: BZgA, Broschüre: „Essstörungen – Was ist das?“ Stand: 05/2010, Seite 10

Taillenumfang

Als Richtwert für das „richtige“ Körpermaß kann bei Erwachsenen auch der Taillenumfang herangezogen werden. Er sollte bei Frauen nicht mehr als 80 cm und bei Männern nicht mehr als 94 cm betragen.

Körperfettanteil

Ebenfalls eine Orientierung bietet der Körperfettanteil. Er wird anhand spezieller Methoden u. a. auch durch die Ärztin bzw. den Arzt bestimmt. Bei Kindern und Jugendlichen z. B. durch die Messung der Hautfaldendicke.

Aus kosmetischer Sicht sind all diese Orientierungswerte, vom BMI über den Taillenumfang bis hin zum Körperfettanteil, sicherlich sehr großzügig gesehen. Tatsache ist aber auch, dass das heute geltende Schlankheitsideal im Untergewichtsbereich liegt.



Was heißt „normal“?

„Es ist mir auf den Magen geschlagen...“



Welches Essverhalten ist noch „normal“?

Es ist normal, Lieblingsmahlzeiten zu haben und zu naschen. Es ist ebenso normal, mal mehr und mal weniger hungrig zu sein, d. h., mal mehr und mal weniger zu essen. Es ist normal, sich auf das Essen zu freuen und es am besten gemeinsam, z. B. mit der Familie oder auch mit Freunden zu genießen. Es ist normal, auf Gefühle für kurze Zeit mit dem Essverhalten zu reagieren: „Es ist mir auf den Magen geschlagen...“

Es ist nicht normal, sehr einseitig und möglichst kalorienfrei zu essen und Süßigkeiten oder Fett rigoros zu vermeiden. Es ist nicht normal, gemeinsamen Esssituationen aus dem Weg zu gehen und lieber allein und heimlich zu essen. Es ist auch nicht normal, jede Nahrungsaufnahme genau zu planen und sich ständig Gedanken darum zu machen oder darüber zu sprechen. Es ist nicht normal, Gefühle mit dem Essen oder Nicht-Essen zu regulieren oder unter Kontrolle zu halten: „Ich esse bzw. hungere, statt zu fühlen...“

„Ich esse bzw. hungere, statt zu fühlen...“



Der schleichende Beginn – Wie fängt eine Essstörung an?

Es gibt verschiedene Ursachen und Auslöser für eine Essstörung. Der Einstieg in die Essstörungen kann vordergründig die Unzufriedenheit mit der Figur sein. Daraus folgen oft Diäten bzw. ein restriktives und eingeschränktes Essverhalten, das dann irgendwann seinen Lauf in Richtung Essstörungen nehmen kann.

Sie sollten daher auf Diätwünsche und das Weglassen von Lebensmitteln oder Mahlzeiten nicht positiv reagieren, sondern Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihren Bruder, Ihre Freundin, Ihren Freund, Ihre Partnerin oder Ihren Partner zu einem regelmäßigen Essverhalten anregen und im Selbstbewusstsein unterstützen. Es ist wichtig zu hinterfragen, was ein paar Kilogramm mehr oder weniger tatsächlich bewirken sollen und welche Konflikte vielleicht wirklich anstehen.

Tipp

Äußern Sie sich wertschätzend und sprechen Sie darüber, was Ihnen an dem anderen gefällt, und das nicht bezogen auf das Äußere oder auf Leistung, sondern auf positive Eigenschaften und Stärken, z. B. im Sozialverhalten. Sagen Sie dies immer wieder sofort, wenn es Ihnen auffällt. Richten Sie Ihr Augenmerk bewusst auf die Stärken und auf positive Verhaltensweisen.

Frau M., 42 Jahre, Mutter von Julia, berichtet:

„Ich habe meine Tochter gern unterstützt, als sie mit 13 Jahren gesünder essen und ein wenig an Gewicht verlieren wollte. Wir haben das als gemeinsames Projekt gesehen. Wir haben Rezepte gelesen und extra dafür eingekauft. Hat anfangs gut funktioniert. Julia nahm ab. Dann hörte es nicht mehr auf, sie wurde immer strenger mit ihrer Nahrungsauswahl. Sie war keinen vernünftigen Argumenten mehr zugänglich. Nach sieben Monaten war sie magersüchtig ...“

Umgang mit dem Schönheitsideal

Für junge Menschen ist es „normal“, sich am gängigen Schönheitsideal zu orientieren. Durch die ständige Konfrontation mit extrem schlanken Mädchen und Frauen in den Medien, durch Berichte über Schönheitsoperationen oder Modelwettbewerbe im Fernsehen wird suggeriert, dass mit einem perfekten Körper ein sorgloses, erfolgreiches Leben verbunden ist. Der Wunsch, zu den

Schönen und Erfolgreichen dazuzugehören, ist verständlich. Doch wenn ich von Natur aus nicht perfekt bin, welchen Preis bin ich bereit, dafür zu zahlen? Und erfüllen sich dann auch meine eigenen Erwartungen?

Jungen und junge Männer sind eher in Richtung „Muskelsucht“ – der sogenannten Biggerexie – gefährdet. Auch hier wird ihnen bevorzugt durch die Medien vorgegeben, wie ein gut trainierter Körper auszusehen hat und wie einfach es doch ist, mit Ausdauer und Disziplin diesen Körper zu erreichen. Und wenn es mit Ausdauer und Disziplin nicht geht, dann werden Aufbaupräparate zu Hilfe genommen.

Erwachsene sollten hier eine kritische Haltung haben und dies auch mit den Jugendlichen und jungen Leuten diskutieren. Was gefällt mir an anderen Mädchen bzw. Jungen? Ist es wirklich nur das Dünnsein oder das Muskelpaket? Welchen Preis zahlen Models oder Bodybuilder dafür, so auszu-sehen?

Ungünstig sind bewundernde Äußerungen über das tolle, schlanke Aussehen von Models oder die Muskeln von Bodybuildern. Ebenso sind abwertende Äußerungen über übergewichtige Menschen kritisch zu sehen. Auch selbstkritische, abwertende Äußerungen über die eigene Figur sind nicht hilfreich und keine gute Art, sich zu solidarisieren.

Stichwort „Biggerexie“

Biggerexie meint eine „Muskelsucht“ bei Jungen, die mit einer Störung der Selbstwahrnehmung verbunden ist. Die Betroffenen schätzen sich selbst als schwächling ein, obwohl sie bereits deutlich Muskeln zeigen. Der zwanghafte Wunsch, den Körper muskulöser zu machen, führt häufig auch zur Einnahme von legal erhältlichen Muskelaufbauprodukten, aber auch von gefährlichen Anabolika. Berufliche bzw. schulische Kontakte und Freizeitaktivitäten werden einem zwanghaften Trainingsplan untergeordnet. Jungen mit Biggerexie zeigen sich nicht leicht bekleidet, sie tragen häufig mehrere Lagen von Kleidung, um muskulöser zu wirken.

Die Rolle der Gleichaltrigen

Mädchen möchten schlank sein, um zur gleichaltrigen Gruppe dazuzugehören, Jungs sportlich. Der Druck in der gleichaltrigen Bezugsgruppe ist sehr groß. Anders zu sein und damit eventuell die Anerkennung der Gruppe zu verlieren, ist eine Bedrohung für Jugendliche und junge Erwachsene. Eltern und Angehörige sollten sich dafür interessieren, was im Freundeskreis besprochen wird.

Sind es Themen ums Abnehmen?



	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8.00					
9.00					
10.00					
11.00					
12.00					
13.00					
14.00	GE	J	GE	J	GE
15.00	WICH	U	WICH	U	WICH
16.00	TE	D	TE	D	TE
17.00	LAUFEN	O	FÜßBALL	O	LAUFEN
18.00	LAUFEN				LAUFEN
19.00					

„Training, Training, Training...“

Woran erkennen Sie eine Essstörung?

Allgemeine Hinweise

Es gibt einige Anzeichen, die bei allen psychogenen Essstörungen sehr früh auftreten:

- › Unzufriedenheit mit der Figur und eventuelle Diätwünsche.
- › Verstärkte Beschäftigung mit den Themen Essen und Figur.
- › Aggressive Reaktionen, wenn das Thema Essen angesprochen wird.
- › Rückzugsverhalten.

Stichwort „Orthorexie“

Orthorexie ist keine Essstörung, kann aber ein Vorbote einer Magersucht oder anderer Essstörungen sein. Es handelt sich dabei um die übertriebene Beschäftigung mit gesunder Ernährung, d. h., zur Nahrungsmittelauswahl und -zubereitung wird auffallend viel Zeit benötigt.

Einladungen zu Freunden, die anders kochen, werden abgelehnt, der Freundeskreis wird danach ausgewählt, ob ähnlich mit Nahrung umgegangen wird. Ein sehr dogmatischer Umgang mit gesunder Ernährung führt zu Kontaktverlusten.

Auffälligkeiten, die auf eine Magersucht hinweisen

Von einer **Magersucht** sind mehr Mädchen als Jungen betroffen. Der Schwerpunkt des Ausbruchs der Erkrankung liegt häufig in Übergangsphasen des Lebens, meist in der Zeit der Pubertät oder – im Falle einer sogenannten Spätanorexie – in der Zeit der Wechseljahre.

Die Magersucht ist durch den auffallenden selbst herbeigeführten Gewichtsverlust in sehr kurzer Zeit gut erkennbar. Sicher wird die Diagnose, wenn trotz Untergewichts der Wunsch bleibt, weiter abzunehmen. Dies ist bedingt durch die gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers – besonders einzelne Körperteile wie Bauch, Po oder Oberschenkel werden als dick empfunden.

Die zeitliche Abfolge vom fleischlosen Essen über das gesunde Essen bis hin zur Einschränkung der Menge ist typisch für die Entwicklung einer Magersucht, ebenso wie die fehlende Krankheitseinsicht und der soziale Rückzug.

- › Achten Sie schon auf die ersten Anzeichen!

Des Weiteren weisen nachfolgende Verhaltensauffälligkeiten bzw. körperliche Veränderungen auf die Entstehung bzw. das Vorhandensein einer Magersucht hin.

Anzeichen einer Magersucht

- › Strikte Ernährungsumstellung auf fettlose, fleischlose und kalorienarme Ernährung sind meist die ersten Schritte.
- › Dazu kommen vermehrte Sportaktivitäten mit Steigerung der Intensität. Damit einher geht eine schnelle Gewichtsabnahme und das Ausbleiben der Menstruation, wenn keine Kontrazeptiva genommen werden.
- › Im Gespräch werden quälende Hungergefühle geleugnet. Auch vor sich selbst wird dies nicht eingestanden. Es wird aber gern über das Essen gesprochen.
- › Es werden Kochbücher gelesen, für andere wird gekocht und gebacken, aber selbst wird nicht oder nur eine kleine Menge davon gegessen.
- › Das Essen wird in sehr kleine Stücke geschnitten und sehr langsam gegessen.
- › Mit der Waage wird mehrmals am Tag das Gewicht kontrolliert.
- › Es wird trotz sichtbarem Untergewicht noch über den „dicken Bauch“ und/oder die „fetten Beine“ geklagt.
- › „Zwiebelartiges“ Kleiden ist beliebt, um den Gewichtsverlust zu kaschieren und weil die Betroffenen viel frieren.
- › Schwierig, aber auch typisch ist die fehlende Krankheitseinsicht: „Ich habe kein Problem ... lässt mich in Ruhe.“
- › Kreislaufprobleme werden manchmal beklagt, aber nicht in Zusammenhang mit dem Gewichtsverlust gesehen.
- › Perfektionismus, beste schulische Leistungen und die Intelligenz der Betroffenen beeindrucken. Sie können sich jedoch selbst nicht daran erfreuen. Schlaf- und Konzentrationsstörungen machen es immer schwerer, Leistung zu bringen.
- › Die extreme Leistungsorientierung kann sich auch in einem ausgeprägten Ordnungssinn, besonderer Sauberkeit und gesteigertem Pflichtbewusstsein gegenüber Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Partnern zeigen.
- › Die Haare werden dünner, die Haut trockener und blass.
- › Es besteht ein starkes Kontrollbedürfnis, nicht nur, was das Essen betrifft.
- › Ausgeprägte Zwangs- und depressive Symptome begleiten die Magersucht häufig. So werden nach und nach regelrechte Essensrituale entwickelt, die auch zwanghaft ablaufen. Das kann sich auf sehr rigide Essenszeiten oder -abläufe beziehen, sich aber auch auf andere Lebensbereiche ausdehnen, z. B. zwanghafter Bewegungsdrang. Depressionen in unterschiedlichen Stadien sind ebenso keine Seltenheit. Sie zeigen sich in gedrückter Stimmung, Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit und Rückzugsverhalten, z. T. auch Selbstmordgedanken.

Frau B., 37 Jahre, Mutter von Katharina, erzählt:

„Katharina ist jetzt 18 Jahre alt. Sie war immer ein sehr aufgewecktes und problemloses Mädchen. Sie war eine gute Schülerin. Sie war nie zickig oder musste ermahnt werden, ihr Zimmer aufzuräumen. Doch dann hörte sie einfach auf zu essen. Kurz vor Weihnachten erklärte sie uns, dass sie kein Fleisch mehr essen möchte. Sehr schnell wurde das, was sie aß, immer ausgewählter und dann immer weniger von der Menge. Im März habe ich endlich gemerkt, dass hier etwas ganz aus dem Ruder geraten ist. Wir haben sie dann immer wieder darauf angesprochen, dass sie doch mehr essen solle. Doch sie hatte eine Mauer um sich, alles prallte an ihr ab. Sie stand einfach auf und ging weg. Wir konnten sie alle nicht mehr erreichen. Auf mich reagierte sie besonders allergisch. Ich weiß gar nicht mehr, wie

ich diese Zeit überstanden habe. Ich hatte ständige Wechselbäder von Verzweiflung und Wut. Dann tat sie mir auch wieder leid, so mager und blass wie sie aussah. Wenn sie dann aber loslegte mit ihrer Wut, dann wirkte sie sehr stark und machte mir Angst. Angst hatten wir alle, nur sie nicht.

Ihr Vater hat erst sehr spät reagiert. Er meinte, das ginge schon so vorbei, die Mädchen spinnen alle mal. Erst als ich mit ihr beim Arzt war und der ein starkes Untergewicht feststellte, hat er es ernst genommen. Inzwischen waren wir mit ihr zusammen in einer Beratungsstelle. Sie kam zwar widerwillig mit, hat dann aber genau zugehört. Die Arztbesuche akzeptiert sie, der Weg in die Psychotherapie ist noch nicht gefunden. Wir sind dabei, sie dafür zu motivieren.“



Eine schwierige Situation für Eltern, Angehörige, Freunde, den

Partner oder die Partnerin: Der Anfang ist oft zögerlich, der erste Schritt sehr wichtig und es muss stets weitergehen.

Die Motivation für eine weitere Behandlung muss mit viel Hartnäckigkeit immer wieder ins kurze Gespräch gebracht werden. Das stößt nicht immer auf Wohlwollen, ist jedoch wichtig: „Ich lasse nicht locker ... ich will nicht, dass du stirbst.“



Zur Diagnose von **Magersucht** wurden offizielle Kriterien festgelegt, die sich im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) sowie in der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10) unter den Ziffern 307.1 sowie F50.0 wiederfinden.

Diagnosekriterien bei Magersucht

- Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem für Alter und Körpergröße erwarteten Gewicht und/oder BMI von 17,5 oder weniger.
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und/oder selbst induziertem Erbrechen, übertriebenen körperlichen Aktivitäten, dem Gebrauch von Abführmitteln, Entwässerungstabletten oder Appetitzüglern.
- Trotz bestehendem Untergewicht extreme Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden, verbunden mit ständigem Wiegen.
- Gestörte Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe und Form des eigenen Körpers.
- Übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung.
- Der Schweregrad des geringen Körpergewichts wird bestritten.
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, Nicht-Essen und mit Kalorien.
- Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen – der sogenannten Amenorrhoe.

Bei der Magersucht wird unterschieden zwischen einer „Anorexia binge-eating/-purging-Typs“, d.h., es können auch Essanfälle mit selbst induziertem Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln (Laxantien) oder Entwässerungsmitteln (Diuretika) auftreten; und einer „Anorexia restriktiven Typs“, d.h., die Magersüchtigen haben keine Essanfälle, erbrechen nicht und benutzen keinerlei Laxantien bzw. Diuretika, um eine weitere Gewichtsabnahme zu erreichen.

Komplikationen und mögliche körperliche Folgeerkrankungen

- Schlafstörungen
- Osteoporose
- Entzündungsanfälligkeit
- gestörte Körpertemperaturregelung
- niedriger Blutdruck, niedrige Herzfrequenz (bedeutet langsamer Herzschlag)
- niedrige Pulsfrequenz
- Kreislaufprobleme, gegebenenfalls mit Schwindel und Ohnmacht
- Konzentrationsschwäche
- Nierenschäden bis hin zu Nierenversagen
- Wassereinlagerungen
- Haarausfall
- trockene Haut
- brüchige Finger- und Zehennägel
- feine Flaumbehaarung der Haut – die „Lanugobehaarung“
- depressive Verstimmung
- Müdigkeit
- Ruhelosigkeit
- hormonelle Verschiebungen
- Ausbleiben der Menstruation
- Wachstumsstörungen
- Magen-Darm-Probleme

DSM-IV
ICD-10
F 50

Esstörungen in der zweiten Lebenshälfte

Wenn eine Magersucht oder eine Bulimie nach dem 25. Lebensjahr entsteht, wird von einer Spätanorexie („Anorexie tardive“) oder einer Spätbulimie („Bulimie tardive“) gesprochen. Auslöser können schwere Krisen im Leben, der veränderte Körper nach der Geburt eines Kindes, jahrelange Diäten oder die Angst vor dem Älterwerden sein.

In einer jugendfixierten Welt wächst die Angst vor dem Älterwerden und der damit verbundene Verlust von Erfolg, Anerkennung und Konkurrenzfähigkeit.

Die Wechseljahre, die wie die Pubertät eine Übergangszeit von einem Lebensabschnitt zum anderen sind, lassen viele Frauen in eine Identitätskrise geraten.

Der Verlust von Attraktivität ist scheinbar durch Fitness, Faltencremes, Anti-Aging-Produkte, Schönheitsoperationen und einen um jeden Preis schlanken und straffen Körper aufhaltbar.

Wie viele Menschen von einer Spätanorexie oder einer Spätbulimie betroffen sind, ist nicht bekannt. Tendenziell leidet ein nicht unerheblicher Teil derer, die in der Pubertät eine Essstörung entwickelt haben, auch noch oder auch wieder im höheren Alter unter der Symptomatik. In diesen Fällen kann es trotz vieler Behandlungsversuche zu einer Chronifizierung gekommen sein, die sich über viele Jahre hinzieht und die körperliche und emotionale Gesundheit sehr beeinträchtigt. Es ist wichtig, dass sich Betroffene, Angehörige und Nahestehende nicht damit abfinden, sondern immer wieder einen Anlauf wagen, Hilfe und Unterstützung einzuschalten. Manchmal ist der Zeitpunkt für eine Behandlungsmethode gekommen, die früher scheinbar nicht weitergeführt hat, aber nun Erfolge erzielen kann. Eine Essstörung kann in jedem Lebensalter und in jeder Lebensphase entstehen, bestehen oder wieder aufleben.



Merkmale, die für eine Bulimie typisch sind

Die Bulimie ist die heimlichste aller Essstörungen und daher schwer zu erkennen. Äußerlich sind Betroffene normalgewichtig, manchmal leicht untergewichtig oder selten leicht übergewichtig. Bulimie ist sehr schambesetzt.

Betroffen sind meistens Mädchen und seltener Jungen. Die Bulimie tritt häufig gegen Ende der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter auf, oft auch nach einer vorangegangenen Magersucht. Eine Bulimie kann aber durchaus auch in der Lebensmitte auftreten – man spricht dann von einer sogenannten Spätbulimie.

Anzeichen einer Bulimie

- › Heimliche Essanfälle, für die extra eingekauft wird, werden meist in Abwesenheit der Eltern, Angehörigen bzw. Partner organisiert und praktiziert.
- › Nach dem Essen wird sofort das Bad bzw. WC aufgesucht. Geräusche werden überdeckt – z. B. mit Wasserlaufen. Durch das Erbrechen kann es zu Zahnschmelzschäden, geplatzten Äderchen in den Augen und geschwollenen Ohrspeicheldrüsen kommen.
- › Es finden sich häufig Spuren und Geruch von Erbrochenem im Bad bzw. WC.
- › Ein unerklärliches Verschwinden von Lebensmitteln aus dem Kühlschrank und den Vorratsschränken ist auffällig, wird jedoch geleugnet: „Ich war das nicht.“
- › Oft kommt es zum Konsum von abführenden Nahrungsmitteln – wie beispielsweise

Leinsamen und/oder Sauerkroutsaft – oder zur Einnahme von Abführtabletten.

- › Kreislaufprobleme treten auf.
- › Vermehrte körperliche Aktivitäten werden angestrebt und zwanghaft durchgeführt.
- › Durch den großen Nahrungsmittelverbrauch kann es zu finanziellen Problemen, Verschuldung, Stehlen von Nahrungsmitteln und sozialem Abstieg kommen.
- › Schulisch bzw. beruflich sind Betroffene meist sehr ehrgeizig, leistungsorientiert und perfektionistisch, doch Schlaf- und Konzentrationsstörungen erschweren das Erreichen guter Leistungen.
- › Durch ein ausgeprägtes Schwarz-Weiß-Denken und wechselhafte Stimmungen werden Beziehungen belastet und schwierig.
- › Bulimie kann in Verbindung mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie autoaggressiven, selbstverletzenden Handlungen – wie z. B. „Ritzen“ der Haut mittels Rasierklinge, Messer oder Schere – auftreten. Eine Persönlichkeitsstörung wie z. B. die Borderline-Störung (siehe Seite 38) tritt nicht selten im Zusammenhang mit der Bulimie auf. Auch Depressionen, die sich durch eine gedrückte Stimmung und Lustlosigkeit ausdrücken können, können eine zusätzliche Belastung sein. Dabei werden depressive Verstimmungen und ein geringes Selbstwertgefühl hinter einer nach außen gezeigten perfekten Fassade versteckt.
- › Mangelnde Impulskontrolle zeigt sich nicht nur in den heimlichen Essanfällen, sondern manchmal auch in exzessivem Alkoholmissbrauch oder sehr schnellem Autofahren.

Herr und Frau T., 48 und 42 Jahre, Eltern von Wolfgang, berichten:

„Unser Sohn Wolfgang ist jetzt 20 Jahre alt. Er lebt in unserem Haus in einer eigenen Wohnung. Deswegen haben wir auch so lange nichts mitbekommen. Er hat seine Schule ganz gut gemacht, hatte viele Freunde. Als er 16 Jahre alt war, habe ich einen Auslandsjob angenommen, meine Frau war dann fast alleinerziehend für einige Jahre. Unsere Tochter, sie ist fünf Jahre jünger als unser Sohn, ist damit ganz gut zurechtgekommen. Auch als meine Frau dann wieder einen Job annahm, ging anfangs noch alles gut. Wolfgang machte dann erste Erfahrungen mit dem Alkohol. Dann kamen Drogen dazu. Wir haben auf ihn eingeredet und die Schule eingeschaltet. Er ging auch mit zu einer Beratungsstelle. Irgendwie hat er dann die Kurve bekommen. Wir dachten, alles wäre wieder in Ordnung. Doch dann, vor einem halben Jahr haben wir mitbekommen, dass er immer nach dem gemeinsamen Essen verschwand.

Er ging dann in seine Wohnung. Seine kleine Schwester erzählte, dass er dort oft kotzt. Sie hat das schon mehrmals mitbekommen. Wenn alle aus dem Haus waren und sie aus der Schule kam, hat sie ihn auf dem Klo gefunden, mit dem Kopf in der Kloschüssel.

Wir konnten gar nichts damit anfangen. Wir haben uns dann im Internet schlau gemacht und den Begriff der Bulimie gefunden. Vieles trifft auf Wolfgang zu: Er hat große Stimmungsschwankungen, ist oft aggressiv, macht sehr viel Sport, ist meist sehr unzufrieden mit sich und der Welt. Und: Er braucht viel Geld. Wir haben dann mal in seiner Wohnung nachgesehen, er hatte Lebensmittelvorräte, die für eine dreiköpfige Familie für eine Woche gereicht hätten.

Wir haben Wolfgang angesprochen und unseren Verdacht geäußert. Er hat alles erst einmal abgestritten. Letztens hat er zugegeben, dass er ein Problem hat. Wir haben ihm Adressen hingelegt, wo er Hilfe finden kann. Vielleicht nutzt er das.“

Bei der Bulimie ist es erst einmal schwierig, Anzeichen zu finden. Und wenn darüber gesprochen wurde, kann es zu vermehrten Heimlichkeiten kommen. Damit ist es schwierig, zu erkennen, ob alles vorbei ist oder nicht. Trotzdem sind Eltern, Angehörige, Freunde und Partner jedoch so lange gefordert, die Betroffenen mit ihren Beobachtungen und Befürchtungen zu konfrontieren, bis Hilfe angenommen wird.

Zur Diagnose von **Bulimie** wurden ebenfalls offizielle Kriterien festgelegt, die sich im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) sowie in der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10) unter den Ziffern 307.51 sowie F50.2 wiederfinden.



Diagnosekriterien bei Bulimie

- › Wiederholte Episoden von Essattacken, in denen große Mengen von vorwiegend hochkalorischen Nahrungsmitteln in sehr kurzer Zeit konsumiert werden – durchschnittlich mindestens zwei Attacken pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten – mit dem Gefühl, das Essverhalten während der Essattacken nicht unter Kontrolle halten zu können.
- › Wiederkehrende Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen wie selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Entwässerungstabletten und/oder übermäßige körperliche Betätigung, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.
- › Krankhafte Furcht, dick zu werden bzw. andauernde, übertriebene gedankliche Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht.

Komplikationen und mögliche körperliche Folgeerkrankungen

- › Elektrolytstörungen
- › Herz-Kreislaufstörungen
- › Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre und Entzündung der Speiseröhre
- › Austrocknung
- › Wassereinlagerungen
- › Durchfälle oder chronische Verstopfungen
- › Nierenschäden
- › Vitaminmangel
- › Müdigkeit
- › Konzentrationsprobleme
- › Schwindel
- › Magenweiterung mit der Gefahr eines Durchbruchs
- › hormonelle Verschiebungen
- › Unregelmäßigkeiten bei der Menstruation
- › Schwellung der Ohrspeicheldrüse
- › Zahnschmelzschäden

Anzeichen einer Binge Eating-Störung

Binge Eating heißt so viel wie anfallartiges, schlingendes, schnelles oder auch ständiges (Über-)Essen. Psychogene Adipositas oder Übergewicht mit psychischen Hintergründen sind ebenfalls Begriffe, die für die Binge Eating-Störung benutzt werden. Die Diagnosehandbücher haben zurzeit keine einheitliche deutsche Bezeichnung für diese „jüngste“ Essstörung.

Das Gewicht allein sagt nichts über das Vorhandensein einer Essstörung aus. Übergewicht verbunden mit Depressionen und Kontrollverlust beim Essen zählen jedoch seit einigen Jahren zu den psychogenen Essstörungen.

Binge Eating findet sich in allen Altersgruppen, vorwiegend jedoch in den mittleren Lebensjahren. Bei Kindern und Jugendlichen finden sich zwar erste Anzeichen, jedoch häufig noch kein ausgeprägtes Krankheitsbild.

Typisch für Menschen mit Binge Eating ist das Essen ohne Hungergefühl und das heimliche Essen, ebenso wie Depressionen, Antriebschwäche und fehlendes Selbstbewusstsein.

Weitere Anzeichen sind

- Immer wieder neue Diätvorsätze.
- Sehr schnelles, schlingendes Essen von großen Mengen.
- Heimliche Essanfälle, ohne dass Gegenmaßnahmen, wie es bei der Bulimie der Fall ist, getroffen werden – manchmal auch nachts, das führt häufig zu deutlichem Übergewicht.

- Schamgefühle nach dem Essen.
- Bewegungsarmut, auch aus Scham und aufgrund körperlicher Folgeerkrankungen wie Atemnot, Gelenkschäden und Kreislaufproblemen.
- Ablehnung des eigenen Körpers, die durch erlebte Diskriminierungen verstärkt wird.
- Minderwertigkeitsgefühle, Hemmungen und auch Kontaktschwierigkeiten.
- Depressionen und gedrückte Stimmungen.
- Gegen sich selbst gerichtete Aggressionen.



Herr S., 29 Jahre, Ehemann von Beate, schildert:

„Wir sind gerade erst zwei Jahre verheiratet. Beate, heute 21 Jahre alt, war damals 19, ich 27 Jahre. Ich habe sie kennengelernt, als sie 18 war und gerade eine Diät hinter sich hatte. Sie gefiel mir, auch wenn sie trotz Diät nicht den Idealmaßen entsprach. Im ersten Ehejahr hat sie nun extrem zugenommen. Dabei isst Sie, wenn wir gemeinsam essen, ganz normal. Ich bin oft nicht zu Hause, vielleicht nutzt sie die Zeit zum Essen? Sie hat keine Arbeit gefunden und sitzt ständig zu Hause. Bewerbungen schreibt sie schon keine mehr, ich glaube, sie hat aufgegeben. Sie hat bis kurz nach der Hochzeit in ihrem erlernten Beruf gearbeitet. Dann ging die Firma pleite.“

Ich traue mich gar nicht mehr, sie auf irgendetwas anzusprechen. Wenn ich ihr Mut machen will, sagt sie, ich verstehe überhaupt nix. Wenn ich ihr wütend sage, dass ich das nicht mehr aushalte, wenn sie wie ein Trauerkloß herumsitzt, dann weint sie. Ich kann es nicht recht machen. Sie lässt mich einfach nicht mehr an sich heran.“



Beate braucht dringend Hilfe. Was auch immer hinter ihrer großen Traurigkeit steckt, eine einfache Lösung wie „Iss doch einfach weniger, dann wirst du glücklicher“ gibt es nicht.

Beate war ein leicht übergewichtiges Kind, das sich viel um die drei jüngeren Geschwister kümmerte. Sie hat den Stress und die Überforderung damit reguliert, dass sie heimlich gegessen hat. Nun hat sie den Stress, keinen Job mehr zu haben und sich wertlos zu fühlen. Sie versucht, sich mit dem Essen zu trösten.

Zur Diagnose von **Binge Eating, psychogener Adipositas** oder **Esssucht** wurden noch keine offiziellen Kriterien festgelegt, da es sich um recht junge Formen der Essstörungen handelt. Allerdings gibt es bereits Vorschläge in den DSM-IV-Kriterien.

Momentan gelten als diagnostische Kriterien

- Wiederholte Episoden von Essanfällen mit Aufnahme einer Nahrungsmenge, die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen und in der umschriebenen Zeitspanne zu sich nehmen würden.
- Mindestens drei der folgenden Kriterien, die auf den Kontrollverlust hindeuten: Sehr viel schnelleres Essen als normal; Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen; Aufnahme großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein; Alleinessen wegen Scham und Peinlichkeit; Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach den Essanfällen.
- Durchschnittlich mindestens zwei Essanfälle pro Woche über mindestens sechs Monate.
- Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme ergriffen und die Essstörung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Magersucht oder Bulimie auf.

Etwa 20–30 Prozent aller übergewichtigen Menschen leiden unter Binge Eating, psychogener Adipositas oder Esssucht. Erreichen sie einen BMI von 30, liegt eine Adipositas vor. Ab einem BMI von 40 handelt es sich um eine Adipositas per magna. Die Adipositas allein bedeutet keine eigenständige Erkrankung, sondern ist eher ein Risikofaktor für andere Erkrankungen.

Komplikationen und mögliche körperliche Folgeerkrankungen

- Störungen des Fettstoffwechsels
- Gefäßverschluss
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Bindegewebschwäche
- orthopädische Beschwerden
- Gelenkschäden
- Zyklusstörungen
- Impotenz



Was steckt hinter einer Essstörung?

Es wird vermutet, dass hinter jeder psychogenen Essstörung ein unbearbeiteter oder nicht adäquat gelöster Konflikt, wie z. B. Schwierigkeiten bei der Ablösung vom Elternhaus, nicht gelebte Trauer in Verlustsituationen oder unterschwellige Ängste vor Verlusten steckt.

Das veränderte Essverhalten zeigt nur die Spitze eines Eisbergs, denn Gründe gibt es viele: gesellschaftliche, familiäre, biologische bzw. genetische. Besonders bei Übergewicht gibt es Hinweise auf eine genetische Disposition. Psychologische Hilfe kann die verdeckten Konflikte sichtbar machen und versuchen, diese durch individuelle Lösungswege zu bewältigen.

Gesellschaftliche Hintergründe

Die Diskrepanz zwischen dem Schönheitsideal und der „Durchschnittsfrau“ bzw. dem „Durchschnittsmann“ wurde in den letzten Jahrzehnten immer größer. Schaufensterpuppen haben heute 10 cm weniger Hüftumfang und 5 cm dünnere Oberschenkel als in den zwanziger Jahren. Und im Jahr 1965 wogen Supermodels „nur“ 8 Prozent weniger als der Durchschnitt der Frauen. Heute sind sie bereits 23 Prozent leichter.

Die Schwierigkeiten, dem modernen oder auch traditionellen Frauen- und Männerbild gerecht zu werden, d. h. schlank und erfolgreich zu sein, stürzen Frauen und Männer heute häufiger als früher in Konflikte, die sie zum Teil nicht lösen können. Auch das Finden der eigenen

Identität in der Pubertät wird schwieriger, umso mehr Erwartungen an sie gerichtet werden. Auf der Suche nach Lösungen für diese Probleme entwickeln einige Frauen bzw. Männer schließlich Essstörungen. Strikte Essregeln vermitteln Struktur, Sicherheit und Selbstbestimmung, auch wenn dies langfristig nicht wegweisend ist.

Familiäre Hintergründe

Werte und Normen sind durchaus für eine Familie sinnvoll. Gute Leistungen in der Schule sind sicherlich wünschenswert. Auch das Einhalten von Absprachen und Verlässlichkeit stützt das Familiengefüge. Doch hoher Leistungsdruck und Perfektionismus unterstützen die Entwicklung einer Essstörung ebenso wie ein hohes Maß an Fürsorglichkeit. Auch liebevolle Überfürsorge verhindert die Entwicklung eigenständiger, unabhängiger Persönlichkeiten. Es ist ein schmaler Grat zwischen Kontrolle und Fürsorge.

Familien, in denen ganz selbstverständlich immer auf die Figur geachtet wird, Diäten oder restriktives Essverhalten zur Tagesordnung gehören, sind ein guter Nährboden für die Entstehung von Essstörungen.



Typische Ursachen einer Magersucht – eine Auswahl

Zentrale Ursache von Magersucht ist meist das verzweifelte Ringen um Eigenständigkeit und Selbstbestimmung. Magersüchtige sind in ihrer Kindheit oft überangepasst, ängstlich und symbiotisch mit ihrer Mutter verbunden und in der Reifungskrise der Pubertät von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber der notwendigen innerpsychischen und persönlichen Selbstbehauptung beherrscht.

Magersucht kann eine Form der Abwehr gegen ängstigende sexuelle Wünsche sein, oder auch eine Weigerung, Frau wie die Mutter bzw. Mann wie der Vater zu werden. Sie kann der erfolglose Versuch sein – angesichts der Aufgaben der Pubertät oder Adoleszenz (spätes Jugendalter) –, wieder in die heile Welt der Kindheit zurückzukehren.

In der Familie haben Magersüchtige als Symptomträger oft die Funktion, ein untergründig konfliktgeladenes Familiensystem zusammenzuhalten. Die gesamte Familie sorgt sich um die Magersüchtige bzw. den Magersüchtigen und weicht anderen Konflikten aus. Häufig sind es unausgesprochene Trennungswünsche der Eltern: „Wegen der Kinder bleiben wir noch zusammen ...“

Typische Ursachen einer Bulimie – eine Auswahl

Als Ursachen von Bulimie sind vor allem ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung und Selbstunsicherheit bekannt. Diese drückt sich darin aus, dass Frauen und Männer, die an einer Bulimie leiden, es nicht gelernt haben, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu differenzieren und gegenüber anderen zu vertreten. Sie fühlen sich stark abhängig und orientiert an den Erwartungen anderer Menschen.

Die familiäre Situation ist häufig geprägt durch große Unsicherheit und ambivalente Bindungen. Konflikte werden vermieden und der Umgang miteinander ist gekennzeichnet durch widersprüchliche Botschaften. Eltern versichern z. B., dass alles in Ordnung ist, streiten aber heftig und häufig, ohne zu Lösungen zu kommen.

Typische Ursachen einer Binge Eating-Störung – eine Auswahl

Das Dicksein hat häufig eine unbewusste Schutzfunktion: beispielsweise die Auflehnung gegen ein erwartetes Rollenverhalten, Angst vor Sexualität, Vermeidung von Konkurrenzsituationen und Konflikten, bei denen es um Abgrenzung und/oder Expansivität geht.

Für viele Esssüchtige fungiert das Essen als „Ersatzpartner“, bei dem sie Trost bei Einsamkeit, Langeweile, Frustrationen und innerer Leere finden. 90 Prozent der übergewichtigen Esssüchtigen sind bereits seit ihrer Kindheit übergewichtig und wurden von den Eltern mit Essen getröstet, beruhigt, stillgehalten, weggeschoben oder belohnt.

In der Geschichte Esssüchtiger finden sich häufig ängstliche Eltern, die ihren Kindern wenig Anregung zu Bewegung gaben und häufig deren Expansionsdrang verhinderten. Auslösend sind oft Verluste, Trennungserlebnisse, Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen, schulischen oder beruflichen Bereich.

Wann und warum sollten Sie sich Hilfe holen?

Viele Gründe sprechen dafür, schnell zu reagieren, auch wenn die bzw. der Betroffene nicht einsichtig ist.

Eltern, Angehörige, gute Freunde und Partner erkennen häufig als Erste, dass etwas nicht stimmt. Sie sollten nicht hoffen, dass es ein vorübergehendes Phänomen ist, sondern so schnell wie möglich handeln und sich Hilfe organisieren. Je länger die Erkrankung andauert, desto länger benötigt die Heilung.

Eine Essstörung hat Folgen für die ganze Familie. Ein entspanntes, gemeinsames Essen ist meist nicht mehr möglich. Geschwister leiden unter der vielen Aufmerksamkeit, die die bzw. der Betroffene bekommt. Dazu kommt, dass besonders bei der Magersucht, die Kinder die Eltern spalten. Ein Elternteil ist der Gute, der andere der Schlechte. Daraus resultieren häufig Eheprobleme.

Essstörungen haben meist Beziehungsprobleme zur Folge. Rückzugsverhalten, depressive Verstimmungen und oft sehr aggressive Reaktionen der Betroffenen belasten das Familienklima.

Essstörungen lösen Ängste aus. Die körperlichen Folgen sind oft bedrohlich, dazu kommen eventuell Begleiterscheinungen wie selbstverletzendes Verhalten oder Suizidgedanken. Essstörungen sind alles in allem ein selbstschädigendes Verhalten.

Mehrfachabhängigkeiten, wie z. B. von stoffgebundenen Süchten wie Alkohol oder Drogen, kommen nicht selten vor. Das kann auch finanzielle Probleme zur Folge haben.



Was sollten Sie sofort tun und warum? Erkennen Sie eine lebensbedrohliche Situation?

Falls Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner körperlich bereits sehr schwach ist, ist der erste Schritt der Weg zur Ärztin bzw. zum Arzt.

Eine verminderte Vitalität erkennen Sie daran, dass Bewegungsabläufe verlangsamt sind, die Stimme immer schwächer wird und bei dem kleinsten Anlass die Tränen fließen.

Bei einem Body-Mass-Index von unter 17 ist der Körper i. d. R. so geschwächt, dass eine medizinische Überwachung und eventuell auch ein Klinikaufenthalt nötig sind. Die Ärztin bzw. der Arzt prüft den Gewichtsverlauf und entscheidet, was zu tun ist.

Treten Sie gegenüber Ihrem Kind, Ihrem Enkelkind, Ihrer Schwester, Ihrem Bruder, Ihrer Freundin, Ihrem Freund, Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner hier empathisch und klar auf und lassen Sie sich nicht auf Versprechungen ein, dass sie bzw. er alles allein hinbekommt. Setzen Sie Fristen und bleiben Sie hartnäckig.

Im Akutfall und bei einer Lebensbedrohlichkeit können internistische oder psychiatrische Kriseninterventionsstationen in Ihrer Nähe eine Erstversorgung vornehmen. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste beim Gesundheitsamt können Sie zur Unterstützung anfragen. Dies ist bei volljährigen Betroffenen, die nicht behandlungswillig sind, manchmal der letzte Ausweg.

Wie sprechen Sie einen nahestehenden Menschen auf die (vermutete) Essstörung an?

Unterstellen Sie keine Gefühle oder Absichten. Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner ist anders als Sie.

Versuchen Sie besser mit Fragen ins Gespräch zu kommen. Achten Sie darauf, dass Sie keine Warum-Fragen stellen, da dies sehr schnell als eine Art Rechtfertigung für ihr bzw. sein Handeln verstanden wird. Man stellt damit sozusagen das Handeln in Frage.

Sagen Sie: „Mir ist aufgefallen, dass... was denkst du dazu? ... wie siehst du das?“ Fragen Sie Ihr Gegenüber nicht aus, bedrängen Sie es nicht.

Im Gesprächsverlauf ist das aktive Zuhören nützlich. Das bedeutet: Sie hören genau zu und geben das Gehörte mit eigenen Worten zurück. Vermeiden Sie dabei unbedingt Bewertungen und Kommentare. Damit stellen Sie sicher, dass Sie alles richtig verstanden haben, aber nicht urteilen. „Ich habe verstanden, dass...“

„Was kann ich für dich tun?“

„Ich bin da für dich.“

„Ich möchte nicht, dass du stirbst.“

Halten Sie Gespräche kurz, sprechen Sie davon, was Sie bemerkt haben, reden Sie von sich, zeigen Sie Ihre Gefühle, Ihre Sorgen. Sagen Sie: „Ich möchte nicht, dass du stirbst.“ Sagen Sie nicht: Ich komme um vor Angst und du bist schuld daran. Machen Sie dabei keinen moralischen Druck. Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner soll nicht dafür sorgen, dass es Ihnen gut geht – dafür sind allein Sie zuständig. Suchen Sie sich Ihre Quellen der Stärke. Holen Sie sich professionelle Hilfe, das ist vorbildlich für die Betroffene bzw. den Betroffenen, die bzw. der keine Hilfe annehmen kann.

Wenn Sie glauben, dass Sie belogen werden, sagen Sie das. Sagen Sie: „Ich glaube nicht, dass das stimmt, was du sagst. Ich vermute, dass deine Essstörung dich zu dieser verzerrten Wahrnehmung bringt.“

Haben Sie keine Angst vor Streit oder Aggression. Sagen Sie, dass es für Sie anstrengend ist, aber dass Sie sich nicht verschrecken lassen. Sie werden gegen die

Essstörung reden und sich nicht auf die Verleugnung einlassen. „Ich werde die Augen nicht verschließen...“

Streiten Sie sich nicht über das Essen. Fragen Sie nicht: Was und wie viel hast du gegessen? Sie bekommen sowieso kein wirkliches Bild davon. Sagen Sie besser: „Ich habe den Eindruck, dass dir das Essen Probleme macht, du machst dir viele Gedanken darum. Ich habe dich lange nicht erlebt, wie du entspannt gegessen hast. Es wäre gut, du würdest mal (mit jemandem) darüber reden.“

Bleiben Sie bei Ich-Botschaften, das verhindert Bewertungen und macht den Zugang leichter: „Ich fühle mich hilflos... ich möchte, dass du mal mit zu einer Beratungsstelle kommst.“

Schlagen Sie vor, einmal die Rollen zu tauschen: „Was würdest du tun, wenn du an meiner Stelle wärst?“

„Ich werde die Augen nicht verschließen...“

„...was denkst du dazu?“

Verena, 16 Jahre, und ihre Mutter, 41 Jahre, kommen ins Gespräch

Verena ist magersüchtig und will alles allein hinbekommen. Sie will nicht darüber sprechen. Ihre Mutter bittet sie darum, ihr zuzuhören und schildert dann ihre Wahrnehmung. Sie spricht darüber, welche Gefühle und Ängste bei ihr ausgelöst werden: „Ich sehe dich, wie du immer weniger wirst, wie du dich verschließt und auf mich wie versteinert wirkst. Das macht mir Angst und Sorge. Sag mir, wie du deine Situation siehst... Was kann ich für dich tun?“

Verena sagt nichts dazu, ihr stehen aber die Tränen in den Augen. Die Mutter reagiert: „Es ist ok, dass du erst einmal nichts dazu sagst, ich danke dir, dass du mir zugehört hast. Ich bin da für dich.“

Immer wieder sucht die Mutter das Gespräch und stützt dies mit Informationsmaterial und dem Vorschlag, zusammen zu einer Ärztin zu gehen. Nach mehrfachen, kurzen Gesprächen ist es ihr gelungen, ihre Tochter zu einem Arztbesuch zu überreden.



Das können Sie noch tun

Ziel Ihrer Handlungen sollte es sein, Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihren Bruder, Ihre Freundin, Ihren Freund, Ihre Partnerin oder Ihren Partner zu einer professionellen Behandlung zu motivieren. Und: Locken Sie sie bzw. ihn wieder ins Leben, indem Sie immer wieder in Erinnerung bringen, wie leben geht: genießen, Krisen bewältigen, entspannen, Freunde treffen ...!

Vorbildfunktion einnehmen

Seien Sie sich im Klaren darüber, dass Sie ein Vorbild waren und noch sind. Überprüfen Sie Ihre eigene Einstellung zum Thema Gewicht bzw. Diäten. Ist es für Sie selbstverständlich, Ihr Essen und Ihr Gewicht zu kontrollieren? Wie gehen Sie mit Konflikten in der Familie um? Können Sie konstruktiv streiten? Wie wertschätzend ist das Familienklima? Wird oft gelobt? Behandeln Sie Ihre Kinder bzw. Enkelkinder altersgemäß? Das sind nur einige Fragen. In einer Eltern- bzw. Angehörigengruppe könnten Sie sich z.B. konstruktiv damit auseinandersetzen.

Problematische Internetkontakte kennen

Sie müssen sich ein Bild darüber machen, welche Internetkontakte Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner hat. Es gibt Internetseiten, die Magersucht und Bulimie verherrlichen und sehr destruktiv sind.

Verbundenheit zeigen

Zeigen Sie Solidarität. Sagen Sie: „Ich bin für dich, aber gegen deine Essstörung.“

Gespräche führen

Bleiben Sie im Gespräch miteinander. Suchen Sie immer wieder den Kontakt, wenn es nicht durch ein Gespräch geht, dann schriftlich. Achten Sie dabei auf kurze, kleine Interventionen, d.h. kurze knappe Gespräche. Bleiben Sie immer echt! Anregungen für Ihre Gespräche finden Sie im vorangegangenen Kapitel.

Konfrontation suchen

Sie tragen dazu bei, dass sich die Erkrankung stabilisiert oder ausweitet, wenn Sie still bleiben und hoffen, dass alles vorübergeht. Sie sollten sich Wissen aneignen und Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihren Bruder, Ihre Freundin, Ihren Freund, Ihre Partnerin oder Ihren Partner immer wieder mit den Krankheitssymptomen konfrontieren.



So lange, bis eine Behandlung einsetzt. Konfrontieren Sie sie bzw. ihn mit Ihren Beobachtungen bezüglich des Essverhaltens und anderer Veränderungen wie z. B. weniger Lachen oder Rückzug. Beschreiben Sie das, was Sie sehen, und versuchen Sie, Bewertungen zu vermeiden.

Konsequent sein

Hören Sie auf, sich um das Essen bzw. Nicht-Essen zu streiten. Das ist die falsche Ebene. Es geht um mehr – um Autonomie und um Macht. Geben Sie die Kontrollillusion auf. Betroffene kontrollieren sowieso, verstärken Sie dies nicht noch. Wenn Sie Veränderungen einleiten, dann kündigen Sie diese

an, begründen Sie diese und bleiben Sie bitte konsequent. Der engste Familienkreis sollte mit Wissen der bzw. des Betroffenen über die Essstörung unterrichtet sein und sich an Handlungsabsprachen halten. Dies gilt besonders für die Großeltern.

Bestehen Sie immer auf die Aufnahme einer medizinischen Behandlung und langfristiger medizinischer Betreuung. Positionieren Sie sich klar, dass psychotherapeutische Hilfe nötig ist. Nutzen Sie wenn möglich regelmäßige Eltern- bzw. Angehörigeneinzelberatungen und eine Eltern- bzw. Angehörigengruppe, um Ihre Handlungsweise zu überprüfen und sich Mut zu holen.

Einige Hinweise speziell zur Magersucht

- › Als Familie können Sie normales Essverhalten vorleben, falls gemeinsame Mahlzeiten nicht mehr möglich sind, essen Sie notfalls getrennt.
- › Betroffene dürfen nur für sich selbst kochen und backen. Die Versorgung anderer Familienmitglieder mit Nahrung hält die Erkrankung aufrecht.
- › Gehen Sie auf keine Extrawünsche bezüglich der Auswahl und Menge der Nahrungsmittel ein. „Light“-Produkte sind verboten.
- › Die Gewichtskontrolle findet bei der Ärztin bzw. beim Arzt statt. Eine Waage ist in Ihrem Haushalt nicht nötig.
- › Unterstützen Sie keine exzessiven sportlichen Betätigungen – z. B. durch Übernahme der Fitnessclub-Gebühren oder Trainerstunden.

Einige Hinweise speziell zur Bulimie

- › Kaufen Sie nur das ein, was Ihre Familie benötigt. Nehmen Sie keine „Bestellungen“ von Betroffenen auf, z. B. auffallend viele Liter Milch oder Mineralwasser.
- › Bewahren Sie die Lebensmittel getrennt auf, richten Sie ein Fach im Kühlschrank für die Betroffene bzw. den Betroffenen ein.
- › Wenn Lebensmittel verschwinden, fordern Sie die Betroffene bzw. den Betroffenen auf, diese innerhalb einer befristeten Zeit vom eigenen Geld wiederzubeschaffen.
- › Bestehen Sie darauf, dass Spuren von Erbrochenem beseitigt werden.
- › Unterstützen Sie keine exzessiven sportlichen Betätigungen – z. B. durch Übernahme der Fitnessclub-Gebühren oder Trainerstunden.
- › Achten Sie auf Ihr Geld und stellen Sie es nicht grenzenlos zur Verfügung.

Beim Binge Eating ist Folgendes nützlich

- › Führen Sie langsames Essen ein. Für alle Familienmitglieder.
- › Jeder füllt seine gewünschte Essensmenge selbst auf seinen Teller. Die zweite Portion gibt es erst nach 20 Minuten.
- › Keine Buffetsituation bei Tisch schaffen.
- › Angenehme Gespräche führen. Schaffen Sie eine entspannte Situation.
- › Beim Fernsehen oder am Computer wird nicht gegessen.
- › Verbieten Sie kein Essen. Erlauben Sie Süßigkeiten und Lieblings Speisen in Maßen (flexible Kontrolle), z. B. einen Schuhkarton in der eigenen Schuhgröße pro Woche mit Süßigkeiten oder einen Liter Cola pro Woche.
- › Bewegen Sie sich gemeinsam.
- › Reden Sie miteinander, nicht übereinander.
- › Trösten und belohnen Sie nicht mit Nahrungsmitteln oder Snacks.
- › Vermeiden Sie diskriminierende Kosenamen wie z. B. „Dickerchen“ oder Kommentare zur Figur.



Wer sollte davon wissen? Wen soll ich informieren?

Erstes Gebot ist: Nichts hinter dem Rücken der bzw. des Betroffenen machen! Behandlerinnen und Behandler, wie Ärzte oder Psychotherapeuten, haben i. d. R. Schweigepflicht und erteilen keine Auskunft. Ausnahme: bei minderjährigen Jugendlichen.



Belastungen besonders bei der Magersucht problematisch sein können. Hier ist ebenfalls zu empfehlen, sich eine ärztliche Bescheinigung über die Belastbarkeit einzuholen.

Sollte Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner von Hänseleien berichten, setzten Sie sich sofort ein. Lassen Sie die Betroffene bzw. den Betroffenen nicht allein damit.

Sie sollten Verwandte oder gute Freunde über den Zustand der bzw. des Betroffenen informieren – allerdings nicht ohne deren bzw. dessen Wissen. Ausnahme: Bei Kindern sollte unbedingt die Mutter bzw. der Vater des Kindes sowie die beste Freundin bzw. der beste Freund des Kindes informiert werden. Wenn Verwandte Sie ansprechen, was mit Ihrem Kind, Ihrem Enkelkind, Ihrer Schwester, Ihrem Bruder, Ihrer Freundin, Ihrem Freund, Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner los sei, fordern Sie sie auf, diese bzw. diesen selbst anzusprechen.

Falls beispielsweise eine Klassenfahrt mit einem anstrengenden Programm ansteht, holen Sie sich die Meinung einer Ärztin bzw. eines Arztes ein und verständigen Sie dann die Schule. Bei Auszubildenden ist es wichtig zu sehen, dass schwere körperliche

Behandlung

Grundsätzlich ist die Behandlung psychogener Essstörungen eine multiprofessionelle Aufgabe. Kompetente Behandlerinnen und Behandler sind Mediziner, Psychotherapeuten, Ernährungsberater und Sozialpädagogen, die Hand in Hand bestmöglich miteinander versuchen, die Essstörung wieder in den Griff zu bekommen.

Adressen von fachkundigen Behandlerinnen und Behaltern können über lokale Beratungseinrichtungen oder auch der BARMER GEK vermittelt werden.

Ambulante Behandlung

Bei der ambulanten Behandlung bleibt der Lebensmittelpunkt das eigene Zuhause. Sie hat den Vorteil, dass soziale Kontakte bestehen bleiben. Bei leichten Krankheitsverläufen ist die ambulante Behandlung immer das erste Mittel der Wahl. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Psychotherapeuten, z. B. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Verhaltenstherapeuten, (Kinder- und Jugend-)Psychiatern und Mediziner ist sinnvoll. Daneben ist die Unterstützung einer Beratungseinrichtung für die Eltern- bzw. Angehörigenarbeit sowie einer betreuten Selbsthilfegruppe empfehlenswert.

Die Medizinerin bzw. der Mediziner ist für die Überwachung des körperlichen Zustandes zuständig, überprüft den Gewichtsverlauf und weist notfalls bei einem lebensbedrohlichen Zustand in eine Klinik ein.



Notfallversorgung

Für die intensivmedizinische Notfallversorgung ist das nächste geeignete Krankenhaus zuständig. Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet i. d. R. über einen Aufenthalt. Es ist jedoch auch möglich, jemanden direkt in die Krisenstation eines Krankenhauses zu bringen, wenn z. B. die Befürchtung eines Suizids besteht oder der körperliche Zustand ein sofortiges Handeln erfordert.

Zwangseinweisungen in Kliniken werden bei Erwachsenen i. d. R. von den Sozialpsychiatrischen Diensten eingeleitet. Bei Kindern und Jugendlichen veranlassen dies die Eltern in Zusammenarbeit mit einem Kinder- und Jugendpsychiater und dem zuständigen Familiengericht. Dies ist bei einer Eigengefährdung in einer lebensbedrohlichen Situation manchmal unumgänglich, wenn die Betroffenen selbst keine Einsicht zeigen und keine Hilfe annehmen möchten.

Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut behandelt die Essstörung und den dahinter liegenden Konflikt meist 1- bis 2-mal wöchentlich für eine Stunde im Rahmen von Gesprächen und Übungen. Die Eltern werden bei Kindern, teilweise aber auch bei jungen Erwachsenen, mit einbezogen.

Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut arbeitet mit der bzw. dem Betroffenen an der Identitätsfindung und dem Selbstbewusstsein. Hier können vertieft die Hintergründe für die Entstehung der Essstörung aufgedeckt werden. Korrigierende Erfahrungen in der Therapie verhelfen zu neuem Bewusstsein und zu veränderten Handlungsweisen. Die Selbstakzeptanz wird gestützt.

Die Hilfe einer spezialisierten Beratungseinrichtung und die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann für Betroffene, Eltern und Angehörige eine wertvolle Unterstützung sein. Hier finden Sie Entlastung, Verständnis und Antworten auf viele alltägliche Fragen.

Eine Ernährungsberatung kann Psychotherapie und medizinische Betreuung ergänzen und die ambulante Behandlung unterstützen.

Stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung von Menschen mit Essstörungen findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in Psychosomatischen Kliniken statt. Eine Behandlung dauert i. d. R. mindestens sechs Wochen. Sie macht nur Sinn, wenn die Betroffenen und die Familie motiviert sind, sich auf eine Behandlung einzulassen. Druck und Zwang sind die schlechtesten Voraussetzungen. Kriterien für einen stationären, psychosomatischen Aufenthalt sind: schwerer Gewichtsverlust, erfolglose ambulante Therapien, chaotische Tagesstrukturen oder Chronifizierung der Erkrankung, die meist nach zwei Jahren Dauer auftritt.



Teilstationäre Behandlung

Die teilstationäre Behandlung kann eine tagesklinische Betreuung oder das Leben in einer Wohngemeinschaft sein. Sie setzt jedoch meist nach einer stationären Behandlung ein.

Es gibt einige Wohngemeinschaften, die sich auf die Betreuung von essgestörten Mädchen und Jungen spezialisiert haben. Hier findet auch eine sozialpädagogische Betreuung statt. Entweder intern oder mit externen Kooperationspartnern.

Hinweis

Die Behandlungskosten von Essstörungen können in die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger wie Krankenkasse, Rentenversicherungsträger oder Sozialhilfeträger fallen. Für die ambulante ärztliche, fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ist grundsätzlich die Krankenkasse zuständig. Hier kann auch die Kostenübernahme für eine Psychotherapie beantragt werden. Bei einer akuten stationären Behandlung im Krankenhaus ist ebenfalls die Krankenkasse Kostenträger. Stationäre, teilstationäre oder auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können hingegen in den Zuständigkeitsbereich des Rentenversicherungsträgers fallen. Zuständiger Leistungsträger für Wohngemeinschaften – für diese ist die Krankenkasse nicht zuständig – kann der Sozialhilfeträger sein.

Bezüglich einer Klärung des zuständigen Kostenträgers stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BARMER GEK bei Bedarf gerne beratend zur Seite.

Das Rehabilitationsmanagement der BARMER GEK hilft zudem im Einzelfall, eine medizinische Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger zu beantragen. Neben Antragsvordrucken halten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Informationsmedien zu bestimmten Kooperationskliniken bereit.

Klinikadressen gibt es außerdem in der „Weissen Liste“, die auf der Internetseite der BARMER GEK unter www.weisse-liste.barmer-gek.de zu finden ist.

Woran erkennen Sie den Heilungsprozess? Der Blick über den Tellerrand ...

Eine Genesung dauert i. d. R. seine Zeit, manchmal eineinhalb Jahre, manchmal länger – vorausgesetzt, eine Behandlung findet statt. Positive Veränderungen sind kleine Schritte, wie z.B. sich für anderes als fürs Essen zu interessieren, sich auch für andere Menschen wieder zu interessieren, Hobbys zu finden, manchmal etwas unbedacht zu naschen, ohne danach in eine Krise zu fallen.

Wenn das gedankliche Kreisen ums Essen immer weniger wird, die Angst vor der Gewichtszunahme nicht mehr die Oberhand hat und das Gewicht bis auf leichte Gewichtsschwankungen – z.B. 1–3 kg durch die Menstruation – beständig ist, ist es vollbracht.

Woran erkennen Sie einen Rückfall?

Eltern, Angehörige, gute Freunde und Partner können einen Rückfall bei der Magersucht oder beim Binge Eating am veränderten Essverhalten und dem verstärkten gedanklichen Kreisen um die Figur erkennen. Bei der Bulimie ist das schwierig. Hier werden eventuell wieder heimliche Essanfälle organisiert.

Belastende Lebenssituationen, dauerhafte Konflikte oder extremer Stress können zu einem Rückfall führen. Wichtig ist, so schnell wie möglich wieder alte Hilfesysteme in Gang zu setzen, d.h. den Kontakt zur ehemaligen Psychotherapeutin oder zum ehemaligen Psychotherapeuten wiederherzustellen, bzw. die Betroffene oder den Betroffenen dazu zu ermutigen, sich wieder in Behandlung zu begeben.



Was noch wichtig ist

„Verlagerung“ von Süchten, Mehrfachabhängigkeit, Mischformen von Essstörungen



Psychogene Essstörungen sind häufig mit einer Gefährdung durch andere Süchte wie Alkohol, Medikamente, Drogen oder dem pathologischen Glücksspiel verbunden.

Bei einer akuten Abhängigkeit von einer stoffgebundenen Sucht wird diese Sucht ambulant vor der Essstörung behandelt. Im stationären Bereich ist es möglich, sowohl die Essstörung als auch eine

andere Abhängigkeit wie z.B. von Alkohol, Medikamenten oder Drogen zu behandeln.

Auch Übergänge von einer Essstörung zur anderen kommen häufig vor. Magersüchtige können bulimisch werden und auch umgekehrt. So gibt es Magersucht mit bulimischen Anteilen – dabei kommt es ab und zu auch zu Essdurchbrüchen – und Bulimie mit anorektischen Anteilen – dabei werden die Essanfälle durch Hungern reguliert. Wichtig ist, dass eine professionelle Behandlung angestrebt wird, egal, wie sich die Essstörung nennt.



Was tun bei selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken?

Wenn Sie erkennen, dass sich Ihr Kind, Ihr Enkelkind, Ihre Schwester, Ihr Bruder, Ihre Freundin, Ihr Freund, Ihre Partnerin oder Ihr Partner selbst verletzt hat, sprechen Sie das unbedingt an. Reagieren Sie besonnen.

Im Akutfall sollten Sie erst einmal die Wunde versorgen und erst später das Gespräch suchen.



Sich selbst Wunden zuzufügen, kann dem Wunsch entspringen, sich zu spüren oder sich zu bestrafen. Es muss nicht die Absicht dahinterstecken, sich umbringen zu wollen.

Im Bereich Essstörungen sind geäußerte Suizidgedanken oder Notizen im Tagebuch, die darauf hinweisen, dass ein Suizidwunsch besteht, nicht selten. Sie sind Ausdruck von großer Belastung und der Hoffnung auf Erlösung.

Sicher ist, dass Sie, wenn Sie Kenntnis davon bekommen, unbedingt professionelle Hilfe einschalten müssen. Das kann eine Ärztin, ein Arzt, eine spezielle Beratungseinrichtung, eine Kriseninterventionsstation im Krankenhaus oder eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut sein.

Weitere Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Essverhalten

Nicht selten treten Depressionen, Ängste, Panikattacken, Zwänge und Persönlichkeitsstörungen zusammen mit Essstörungen auf.

Depressionen zeigen sich u.a. in gedrückter Stimmung, einer Verminderung des Antriebs und der Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt.

Bei Zwangsstörungen besteht für die Betroffene bzw. den Betroffenen ein innerer Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun wie z.B. der Drang, sich ständig waschen zu müssen beim sogenannten Waschzwang.

Die Borderline-Störung – abgeleitet vom englischen Begriff „borderline“ – „Grenzlinie“ – ist eine Persönlichkeitsstörung, die u.a. durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, in der Stimmung und im Selbstbild gekennzeichnet ist. Persönlichkeitsstörungen erschweren eine Behandlung und erfordern eine ausführliche Diagnostik bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin, einem Neurologen (Nervenarzt oder Nervenärztin) oder einer psychiatrischen Ambulanz in einer Klinik.

Oftmals ist eine medikamentöse Behandlung der begleitenden Erkrankungen, z. B. im Falle einer Depression, angezeigt.

Rolle der Medikamente

Da Essstörungen oft von anderen psychischen Erkrankungen begleitet sind, können z. B. eine Depression, Zwänge oder Ängste u. a. auch medikamentös behandelt werden. Bei einer Bulimie kann zusätzlich zu einer Psychotherapie die Verordnung von Medikamenten hilfreich sein, um den inneren Druck, der zu Essanfällen und Erbrechen führt, zu reduzieren. Zugelassen dafür ist z. B. der Wirkstoff Fluoxetin, ein Antidepressivum aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), bei dem in Studien ein solcher Effekt nachgewiesen werden konnte. Fluoxetin macht nicht abhängig und bewirkt keine Persönlichkeitsveränderung.



Rat und Hilfe



Telefonnummern und Internetlinks

› **BARMER GEK** in Kooperation mit dem **Therapienetz Essstörungen**
Sonnenstraße 2/ Stachus
80331 München
Telefon 089 / 720 136-780
beratung@therapienetz-essstoerungen.de
www.therapienetz-essstoerungen.de

Weitere Informationen zum integrierten Versorgungsangebot erhalten Sie in der

› **BARMER GEK**
Regionalgeschäftsstelle München
Arnulfstr. 150
80634 München
Telefon: 0800 332060 38-0*
muenchen@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

*) Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind für Sie kostenfrei.

› **Nummer gegen Kummer e. V.**
– kostenlos, anonym und vertraulich –
Kinder- und Jugendtelefon
0800 / 111 0 333
montags bis samstags von 14 bis 20 Uhr,
Anrufe sind bundesweit kostenfrei
vom Festnetz und Handy
Elterntelefon
0800 / 111 0 550
montags bis freitags von 9 bis 11 Uhr,
dienstags und donnerstags von 17 bis 19 Uhr,
Anrufe sind bundesweit kostenfrei
vom Festnetz und Handy
Oder: www.nummergegenkummer.de

› **TelefonSeelsorge**
Anonym. Kompetent. Rund um die Uhr.
0800 / 111 0 111
0800 / 111 0 222
Anrufe sind bundesweit kostenfrei
vom Festnetz und Handy
Oder: www.telefonseelsorge.de

› **Beratungstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Fragen rund um Essstörungen und Adipositas**
02 21 / 89 20 31
montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr,
freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr,
gängiger Festnetz- und Handytarif, je nach Anbieter
Oder: www.bzga-essstoerungen.de

Zentrale Adressen

› **Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE)**
Pilotystraße 6 / Rgb.
80538 München
Telefon 0 89 / 23 68 41 19
Fax 0 89 / 21 99 73 23
bfe-essstoerungen@gmx.de
www.bundesfachverbandessstoerungen.de

› **ANAD e. V.**
Therapeutische Wohngruppen
Poccistraße 5
80336 München
Telefon 0 89 / 21 99 73-0
Fax 0 89 / 21 99 73-23
montags bis donnerstags von 9 bis 17 Uhr,
freitags von 9 bis 16 Uhr
kontakt@anad.de
www.anad.de

› **Dick & Dünn e. V.**
Beratungszentrum bei Ess-Störungen
Innsbrucker Straße 37
10825 Berlin
Telefon 0 30 / 8 54 49 94
Fax 0 30 / 8 54 84 42
info@dick-und-duenn-berlin.de
www.dick-und-duenn-berlin.de

› **Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen gGmbH**
Hansaallee 18
60322 Frankfurt am Main
Telefon 0 69 / 55 01 76 (Beratungstelefon)
montags und dienstags von 11 bis 12 Uhr,
mittwochs und donnerstags von 14 bis 15 Uhr
Telefon 0 69 / 55 73 62 (Geschäftsstelle)
Telefax: 0 69 / 5 96 17 23
info@essstoerungen-frankfurt.de
www.essstoerungen-frankfurt.de

› **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
oder
Postfach 910152
51071 Köln
nur für schriftliche Medienbestellungen:
51101 Köln (ohne Straße, ohne Postfach)
Telefon 02 21 / 89 92-0
Fax 02 21 / 89 92-300
poststelle@bzga.de (für Anfragen, Mitteilungen)
order@bzga.de (für Bestellungen von Medien und Materialien)
www.bzga.de

› **TIMA e. V.**
Tübinger Initiative für Mädchenarbeit
Weberstraße 8 (im Frauenprojekthaus)
72070 Tübingen
Telefon 0 70 71 / 76 30 06
Fax 0 70 71 / 77 09 74
dienstags und donnerstags von
9.30 bis 11.30 Uhr,
mittwochs von 15 bis 16.30 Uhr
www.tima-ev.de

› **BundesPsychotherapeutenKammer (BPTK)**
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon 0 30 / 27 87 85-0
Fax 0 30 / 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

› **NAKOS**
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Wilmsdorfer Straße 39
10627 Berlin
Telefon 0 30 / 31 01 89 60
Fax 0 30 / 31 01 89 70
dienstags von 9 bis 13 Uhr,
mittwochs von 9 bis 12 Uhr,
donnerstags von 14 bis 17 Uhr,
freitags von 10 bis 13 Uhr
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de



Internetlinks rund um das Thema Essstörungen

› Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Analysiere dein Essverhalten selbst über eine Online-Checkliste. Deine Daten berechnet der Computer und wertet sie aus. Die Ergebnisse kannst du sofort auf dem Bildschirm lesen und auch ausdrucken.

www.bodycheck.bzga.de

› Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Informationen zu Essstörungen für Betroffene, Eltern, Angehörige, Lehr- und Mittlerkräfte mit Fallbeispielen zu Magersucht, Bulimie, Binge Eating und zu Männern mit Essstörungen.

www.bzga-essstoerungen.de

Die BZgA hat unter diesem Link eine umfangreiche Onlinedatenbank eingerichtet.

› Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Das Portal zur Frauengesundheit der BZgA ist ein Wegweiser zu Informationsquellen im Bereich Frauengesundheit. Gerade zu Fragen der Gesundheit bietet das Internet unzählige Informationen. Bei der Suche nach qualitätsgesicherten Angeboten und Antworten ist es oft schwierig, den Überblick zu behalten und zu beurteilen, wie verlässlich die Informationen und Anbieter sind. Hier erleichtert das Portal die Orientierung.

www.frauengesundheitsportal.de

› Hungrig-Online e. V.:

Information und Kommunikation bei Essstörungen mit Adressverzeichnis, Online-Chat, Literatur- und Linkverzeichnis zu Essstörungen.

www.hungrig-online.de

› magersucht.de – Selbsthilfe bei Essstörungen e. V.:

Hilfe zur Selbsthilfe bei Magersucht mit Erfahrungsforum und Online-Beratung.

www.magersucht.de

› NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen:

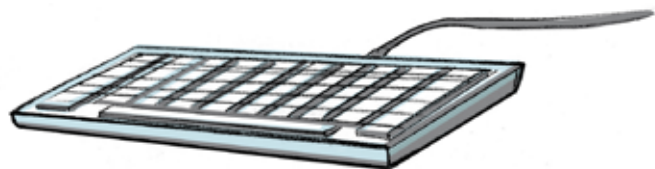
NAKOS Konzepte und Praxis 3: Selbsthilfeunterstützung bei psychogenen Essstörungen. Anregungen für die Selbsthilfeunterstützungsarbeit.

www.nakos.de/site/materialien/fachinformationen/konzepte

› Robert Koch-Institut:

KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

www.kiggs.de



Weitere Broschüren und Literatur

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet kostenlos verschiedene Broschüren zum Thema Essstörungen an. Die Broschüren können online unter www.bzga.de bestellt werden. Oder per E-Mail an: order@bzga.de. Oder per Post an: BZgA, 51101 Köln. Oder per Fax an: 02 21 / 8 99 22 57.

Hier eine Auswahl:

› Essstörungen – Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte

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? Eltern und Lehrkräfte finden hier Tipps und Anregungen, wie sie helfen können, aber erfahren auch, wo ihre Grenzen liegen. Bestellnummer: 35231400

› Essstörungen – Suchtmedizinische Reihe Band 3

Die suchtmedizinische Reihe möchte die verschiedenen ärztlichen und psychosozialen Berufsgruppen bei der Betreuung dieser Patientengruppen unterstützen. Fachleute unterschiedlicher Disziplinen haben für die einzelnen Störungen und Indikationsgruppen praxisnahes und aktuelles Wissen zusammengestellt. In kompakter Form finden Sie hier Informationen über Ihre Möglichkeiten zur Beratung und Behandlung dieser Klientel. Zum anderen werden aber auch die Grenzen deutlich und störungsübergreifend die wesentlichen Hilfsangebote in Beratung, Psychotherapie und Selbsthilfe vorgestellt. Darüber hinaus wird auf weiterführende Literatur verwiesen. Bestellnummer: 33221203

› Essstörungen... was ist das?

Diese Broschüre richtet sich an Betroffene, Angehörige und Multiplikatoren, die Hilfe suchen, sich Sorgen machen oder über Essstörungen aufklären möchten. Anhand von vier Fallbeispielen werden die verschiedenen Essstörungen beschrieben, um bereits Anfänge einer Störung zu erkennen und ihr entgegenwirken zu können. Hilfsangebote runden die Darstellung ab und erleichtern es, professionelle Unterstützung zu bekommen.

Bestellnummer: 35231002

› GUT DRAUF-Tipp:

Die heimliche Sucht: Ess-Störungen

Hier werden kurz und präzise die verschiedenen Krankheitsbilder im Bereich Essstörungen erläutert. Der Bericht einer Betroffenen und Hinweise auf Therapieangebote sind neben Techniken gegen Stress in diesem Heft zu finden. Das Medium richtet sich an 12–16-jährige Jugendliche. Bestellnummer: 35550500

› GUT DRAUF-Tipp:

Gefährliches Ziel: Traumbody

Das Medium geht auf die Tatsache ein, dass immer mehr junge Männer einem Schönheitsideal entsprechen wollen und unter Essstörungen und Biggerexie leiden. Kurz und präzise werden verschiedene Krankheitsbilder beschrieben. Es gibt zudem Hinweise darauf, was man tun kann, um gut drauf zu sein, und wie man cool bleibt, wenn es stressig wird. Das Medium richtet sich an 12–16-jährige männliche Jugendliche. Bestellnummer: 35550800

Weitere Literatur

› **Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen**
Die Programme PriMa, TOPP und Torera zur Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas
 Berger, Uwe
 Kohlhammer Verlag 2008

› **Essstörungen**
Compact Gesundheit aktuell
Ursachen und Risikofaktoren – Hilfe und Unterstützung
 Bundesfachverband Essstörungen (Hrsg.)
 Compact Verlag 2008

› **Essstörungen und die Suche nach Identität**
Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten
 Stahr, Ingeborg; Barb-Priebe, Ingrid; Schulz, Elke
 Juventa Verlag 2009

› **Essstörungen**
Ursachen, Symptome, Therapie
 Cuntz, Ulrich; Hillert, Andreas
 Beck Verlag 2008

› **Essstörungen**
Aufklärung, Beratung, Therapie
 Schuch, Sonja
 Studien Verlag 2009

› **Familientherapie bei Essstörungen**
 Reich, Günter
 Hogrefe Verlag 2003

› **Essstörungen**
Was Eltern und Lehrer tun können
 Baeck, Sylvia
 Balance Buch + Medien Verlag 2007



› **Nimmersatt + Hungermatt**
Essstörungen bewältigen
 Jenker, Marina
 Frauenoffensive Verlag 2007

› **Ess-Störungen für Dummies**
Den Weg zurück ins Leben schaffen
 Schulherr, Susan
 Wiley-Vch Dummies Verlag 2009

› **Essen will gelernt sein**
Ein Arbeits- und Rezeptbuch
 Gerlinghoff, Monika; Backmund, Herbert
 Beltz Verlag 2010

› **Irrtum Übergewicht**
 Hebebrand, Johannes; Simon, Claus P.
 Zabert Sandmann Verlag 2008

› **Ratgeber Magersucht**
Informationen für Betroffene und Angehörige
 Paul, Thomas; Paul, Ursula
 Hogrefe-Verlag 2008

› **„Ich bin müde, kraftlos und herzleer“**
Wie Mütter die Magersucht und Bulimie ihrer Töchter erleben und bewältigen
 Kunze, Renate
 Beltz Verlag 2006

› **Alice im Hungerland**
Leben mit Bulimie und Magersucht
Eine Autobiographie
 Hornbacher, Marya
 Ullstein Tb Verlag 2010

› **Bulimie im Jugendalter**
Ursachen, Folgen, Präventionsmaßnahmen
 Nass, Ina
 Vdm Verlag Dr. Müller 2007

› **Raus damit!**
Bulimie: ein autobiographischer Ratgeber
 Schmidinger, Dolores
 Orac Verlag 2008

› **Das Leben verschlingen?**
Hilfe für Betroffene mit Binge Eating Disorder (Essanfällen) und deren Angehörige
 Munsch, Simone
 Beltz Psychologie Verlags Union 2011

› **Handbuch Essstörungen und Adipositas**
 Zipfel, Stephan; de Zwaan, Martina; Herpertz, Stephan
 Springer Verlag 2008

› **Essstörungen und Persönlichkeit**
Magersucht, Bulimie und Übergewicht – Kinder und Jugendliche im Konflikt zwischen Wollen und Können
 Simchen, Helga
 Kohlhammer Verlag 2010

› **Essstörungen im Fitness- und Freizeitsport**
Untersuchungen zum Ess- und Trainingsverhalten von Mitgliedern in Fitness- und Freizeitanlagen
 Dalhaus, Laura
 Südwestdeutscher Verlag 2011

› **Essstörungen bei Männern**
Akademische Schriftenreihe Band V148166
 Thieme, Anne
 GRIN Verlag 2010

› **Ess-Störungen am Arbeitsplatz**
Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche und Kolleginnen und Kollegen
 Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (nls) (Hrsg.)
 Broschüre 2004
www.nls-online.de



Angebote der BARMER GEK

Auf der Internetseite der BARMER GEK finden sich Broschüren zu weiteren Gesundheitsthemen. Beispielsweise:

- Was dich bewegt – Über die körperliche Entwicklung, Artikel 6042A
- Sechs Kapitel zum Sex – Über Liebe, Lust und Leid beim Erwachsenwerden, Artikel 6042B
- Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs – HPV-Impfung, Artikel 60197
- HPV-Impfung. Gezielt informieren – Bewusst handeln, Artikel 60198
- Körperschmuck – eine Entscheidung fürs Leben?, Artikel 60141
- Alkohol und Gesundheit – Genuss oder Risiko?, Artikel 6037
- Tabak – Rauchfrei ist besser, Artikel 6039
- Drogen – Die Risiken kennen, Artikel 6038
- Kein Stress mit dem Stress, Artikel 6011N

BARMER GEK Teledoktor*

› 0800 45 40 250**

Sie haben Fragen zu Ihrer Gesundheit, zu Medikamenten oder auch Therapien? Medizinische Experten beantworten Ihre Fragen rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche.

Besuchen Sie auch unsere Internetseite

› www.barmer-gek.de

Hier erhalten Sie aktuelle Informationen rund um das Thema Essstörungen.

› www.barmer-gek.de/arztnavi

Finden, bewerten, weiterempfehlen. So finden Sie den Arzt, der zu Ihnen passt!

› www.facebook.com/barmer.gek

Die BARMER GEK Facebook-Fanseite – mit vielen interessanten Angeboten und Downloads für junge Leute und Berufsstarter.

*Näheres zum Teledoktor finden Sie unter www.barmer-gek.de

**Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind für Sie kostenfrei.

Impressum

Herausgeber

BARMER GEK
Postfach: 11 07 04, 10837 Berlin

Verantwortliche Redakteure (jeweils für das gesamte Druckwerk)

Daniela Beerens
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal
Andrea Jakob-Pannier
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal

Konzeption

Daniela Beerens, Andrea Jakob-Pannier
BARMER GEK
Fachbereich Produktentwicklung/
Prävention/Gesundheitsinformation
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal

Text

Sylvia Baeck
Expertin zum Thema psychogene
Essstörungen

Medizinische Prüfung

almeda GmbH

Gestaltung

Näscher und Näscher GbR
Agentur für Werbung und Design

Illustrationen

Sylvia Wolf

Stand: Mai 2013
Alle Internetlinks wurden zuletzt am
03.05.2013 abgerufen.

Webcode: 124127
Diese Broschüre kann auch im Internet
unter www.barmer-gek.de/124127
heruntergeladen werden.

Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Dennoch ist es möglich, dass Inhalte nicht mehr aktuell sind. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Gewähr übernehmen können. Für Anregungen und Hinweise sind wir stets dankbar.

© BARMER GEK 2013
Alle Rechte vorbehalten.

Wenn Kinder, Enkelkinder, Geschwister, eine gute Freundin, ein guter Freund, die Partnerin oder der Partner eine Essstörung entwickeln, stehen Angehörige und vertraute Personen der Situation oft hilflos gegenüber.

Fundierte und praxisnahe Informationen über das Krankheitsbild schärfen die Wahrnehmung und die Sensibilität für das Thema Essstörungen. Sie geben nicht nur Sicherheit im Umgang miteinander, sondern auch Wissen, Mut und Zuversicht, sich den Herausforderungen der Essstörung zu stellen.

Ziel der Broschüre ist es, Handlungsansätze für einen bestmöglichen Umgang mit den Betroffenen aufzuzeigen. Gesprächsanleitungen geben Hilfestellungen, Zugang zu den Erkrankten zu finden. Darüber hinaus werden verschiedene Hilfsangebote vorgestellt.