

Bakkalaureatsarbeit

Autorin: Carina BOANDL

0533830

*Essstörungen –
Anorexia nervosa & Bulimia nervosa*

Medizinische Universität Graz

Ao. Univ. – Prof. Dr. phil. Anna Gries

Institut für Physiologie
Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Physiologie

Datum der Einreichung: August 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz am

Unterschrift:

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Was sind Essstörungen?	6
1.1.1 Anorexia nervosa (Magersucht)	6
1.1.2 Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)	7
1.2 Verbreitung von Essstörungen	8
1.3 Risikogruppen und Faktoren für die Entstehung von Essstörungen.....	9
2. Ursachen und auslösende Faktoren	10
2.1 Soziokulturelle Faktoren	10
2.2 Biologische Faktoren.....	11
2.3 Individuelle, persönlichkeitspezifische Faktoren	12
2.4 Familiäre Faktoren	13
2.5 Sexueller Missbrauch	14
2.6 Auslösende Situationen	15
3. Anorexia nervosa (Magersucht)	15
3.1 Formen der Magersucht	17
3.2 Symptome und Verhaltensweisen	18
3.2.1 Verweigerung der Nahrungsaufnahme.....	18
3.2.2 Rapide Gewichtsabnahme	19
3.2.3 Übersteigertes Leistungsstreben.....	19
3.2.4 Übertriebene Fürsorge für andere	19
3.2.5 Psychische und physische Symptome	20
3.3 Verlauf der Magersucht.....	21
4. Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)	21
4.1 Formen der Bulimie	23
4.2 Symptome und Verhaltensweisen	24
4.2.1 Essanfälle	24
4.2.2 Heimlichkeit oder Hilferuf.....	25
4.2.3 Kompensatorische Verhaltensweisen.....	25
4.2.4 Psychologische Ebene	26
4.3 Verlauf der Bulimie.....	26
5. Folgen einer Bulimie und Anorexie	27
5.1 Folgen für den Körper	27

5.2 Folgen für die Seele.....	28
5.3 Folgen für die Beziehung	29
6. Prävention.....	29
6.1 Primärprävention.....	29
6.2 Sekundärprävention.....	30
6.3 Tertiärprävention.....	30
6.4 Information und Aufklärung	30
6.5 Strategien um Essstörungen möglichst zu verhindern	32
6.6 Maßnahmen bei Verdacht auf eine Essstörung	32
Zusammenfassung.....	34
Literaturverzeichnis.....	36

1. Einleitung

Die meisten Menschen verbinden Schlankheit und Schönheit mit Lebensglück und Zufriedenheit. Wichtig ist aber, dass eine gute Figur nicht automatisch glücklich macht. Viele Menschen, vor allem Mädchen, sind aber leider der Meinung, dass sie gut aussehen und schlank sein müssen, um in der Gesellschaft anerkannt und respektiert zu werden.

Heutzutage wird man ja auch überall, ob Werbung oder Medien, Familie oder Freundeskreis, mit dem Thema des Schlankseins konfrontiert. Somit ist es für viele erstrebenswert, auch einen schlanken Körper zu haben. Um dies zu erreichen, werden Diäten ausprobiert, es wird gehungert, exzessiv Sport betrieben oder andere Methoden eingesetzt, um das Gewicht zu halten oder möglichst schnell zu minimieren.

Viele sind sich nicht bewusst, welche Konsequenzen ihr Handeln haben kann und dass sich aus diesem Verhalten heraus sehr schnell ein gestörtes Essverhalten entwickeln kann.

Was genau sind Essstörungen? Welche Ursachen kann es dafür geben? Welche Symptome und Folgen können auftreten? Gibt es Präventionsmöglichkeiten? Mit diesen Fragen möchte ich mich in meiner Arbeit auseinandersetzen und sie schlussendlich auch beantworten.

Diese Bakkalaureatsarbeit liefert einen kurzen und übersichtlichen Einblick in die Thematik von zwei Arten von Essstörungen: die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa). Es werden die Ursachen beziehungsweise Risikofaktoren, die die Entstehung einer Essstörung begünstigen, die jeweiligen Symptome, der Verlauf der Erkrankung, die Folgen und mögliche Präventionsmaßnahmen beschrieben.

Ziel dieser Arbeit ist es, sowohl in knapper und überschaubarer Form diese beiden Formen der Essstörung in ihrem Erscheinungsbild zu erklären als auch das Beantworten meiner Forschungsfrage, die wie folgt lautet: Welche Faktoren begünstigen die Entstehung einer Magersucht oder Bulimie und welche Auslöser kann es dafür geben?

Ich habe in dieser Arbeit hauptsächlich weibliche Formulierungen verwendet, da der Großteil der Betroffenen, Patienten oder Erkrankte weiblich ist. Die in dieser Arbeit verwendete Methode ist eine Literaturanalyse.

1.1 Was sind Essstörungen?

Schlanksein gilt in unserer Gesellschaft als erstrebenswert. Es gibt kaum jemanden, der sich nicht irgendwann einmal zu dick gefühlt und eine Diät ausprobiert hat. Gerade in verschiedenen Lebensphasen, wie etwa in der Pubertät, kann es zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen kommen und der Wunsch entstehen, abzunehmen.

Essstörungen sind sehr ernst zu nehmende, psychosomatische Krankheiten (Zeeck 2008, S. 13-14). Essgestörte Menschen besitzen, wenn sie sich beispielsweise unwohl fühlen, nicht mehr die Fähigkeit zwischen mehreren Alternativen auszuwählen. Bei einer Essstörung wird somit das Essen als Ersatzmittel für etwas anderes eingesetzt. Sie greifen immer wieder auf das gleiche Verhalten zurück, nämlich auf das Essen und nützen zum Beispiel nicht mehr die Möglichkeit, Kontakt mit anderen aufzunehmen (Kinzl 2004, S. 30).

Die Betroffenen sind in ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Einbindung in die Gesellschaft, in der Beziehung zu anderen Menschen und in ihrem Lebensmut oft deutlich beeinträchtigt. Es besteht die Gefahr, dass die Krankheit durch verschiedene Faktoren aufrechterhalten bleibt und chronisch wird. Somit ist es besonders wichtig, dass eine Essstörung als ein Signal erkannt wird, welches auf gravierende seelische Probleme hinweist. Je früher eine Essstörung erkannt und behandelt wird, umso größer sind die Heilungschancen.

Unter den Begriff Essstörungen fallen vor allem zwei Krankheitsbilder: die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Bulimia nervosa ist das Essverhalten verändert und es wird entweder zuviel oder zuwenig gegessen. Typisch sind eine große Angst vor einer Gewichtszunahme und eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (Zeeck 2008, S. 14).

1.1.1 Anorexia nervosa (Magersucht)

Die Anorexia nervosa ist wahrscheinlich von allen Essstörungen die bekannteste. Der Begriff „Anorexia“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich soviel wie Appetitlosigkeit. Mit dem Zusatz „nervosa“ ist also nervöser Appetitverlust gemeint. Diese Übersetzung ist eigentlich eher irreführend, weil Menschen mit einer Anorexia nervosa nicht wirklich an Appetitlosigkeit leiden. Die Betroffenen versuchen vielmehr Appetit und Hungergefühle zu unterdrücken. Dies führt schlussendlich dazu, dass sie im Laufe der Zeit ihre normalen

Appetit-, Hunger-, und Sättigungsgefühle verlieren. Ursache dafür ist das starke Bestreben, dünn zu bleiben oder zu werden (Vandereycken/Meermann 2003, S. 19).

Eine voll ausgeprägte Anorexie liegt vor, wenn der Betroffene so weit abnimmt beziehungsweise an Gewicht verloren hat, dass das Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem normalen, für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht liegt. Mittels Body-Maß-Index (BMI) kann man den für das Alter und die Größe zu erwartenden normalen Gewichtsbereich berechnen. Ist der BMI kleiner als 17,5, spricht man von Untergewicht.

Weiters empfinden sich Magersüchtige trotz des geringen Körpergewichts als fett. Grund dafür ist, dass sie an einer Körperwahrnehmungsstörung leiden. Sie nehmen sich selbst im Spiegel unförmig dick wahr und fühlen sich in ihrem Körper extrem unwohl (Pauli/Steinhausen 2006, S. 11-12).

1.1.2 *Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)*

Die Bulimia nervosa ist eine zweite sehr bekannte Essstörung und bedeutet wörtlich „Ochsenhunger“.

Menschen, die an einer Bulimie leiden haben Essanfälle, in denen sie die Kontrolle über ihr Essverhalten verlieren. Sie essen innerhalb einer kurzen Zeitspanne eine sehr große Menge, auch wenn sie nicht mehr hungrig sind. Da diese Heißhungerattacken mit starken Schamgefühlen verbunden sind, tun sie dies in der Regel heimlich. Ebenso wie Magersüchtige haben auch Menschen mit einer Bulimie große Angst davor, dick zu sein oder zu werden. Daher kontrollieren die Betroffenen ihr Gewicht nach den Essattacken über selbst induziertes Erbrechen und exzessiven Sport. Gelegentlich verwenden sie auch Abführmittel oder andere Medikamente wie beispielsweise Entwässerungsmittel oder Appetitzügler, um nicht zuzunehmen.

Bei einem Essanfall wird das gegessen, was sonst als ungesund und verboten gilt, wie süße und fetthaltige Speisen. Dazu gehören Pizza, Kuchen, Eis und Pommes. Typisch ist auch der Verzehr ungewöhnlicher Kombinationen wie Pizza und Eis gemeinsam. Bei solchen Essattacken können die Betroffenen manchmal mehr als 5000 Kalorien zu sich nehmen (Zeeck 2008, S. 18-19).

Bulimiker verspüren ebenso wie auch Menschen mit Anorexie eine tief sitzende Unzufriedenheit mit sich selbst und beschäftigen sich ständig mit ihrem Gewicht und ihrer

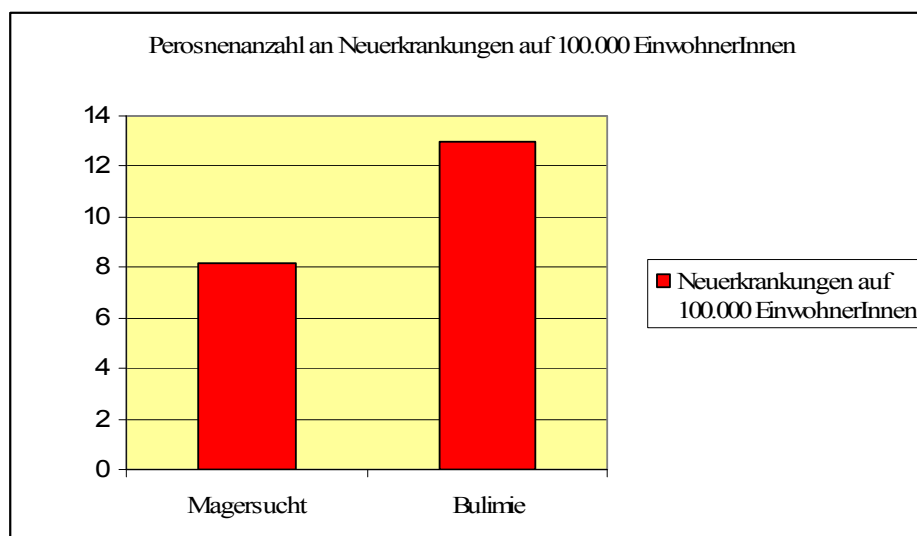
Figur. Da sie aber häufig normalgewichtig sind, fallen die Essprobleme weniger ins Auge als bei Anorexia nervosa (Bryant-Waugh/Lask 2008, S. 27-28).

1.2 Verbreitung von Essstörungen

In westlichen Ländern haben ca. 2-5 % der Frauen im Alter zwischen 14 und 35 Jahren Magersucht und Bulimie. Auf 150.000 bis 200.000 wird die Zahl der Magersüchtigen und Bulimiker in Deutschland geschätzt (Reich 2004, S. 27).

Prinzipiell gibt es zur Verbreitung von Essstörungen nur grobe Schätzungen, da viele der Betroffenen ihre Krankheit verheimlichen. In Österreich erkrankten 200.000 Frauen zumindest einmal im Leben an einer Essstörung. 2500 Frauen sind von einer Magersucht betroffen und 6500 Frauen von einer Bulimie. In Österreich liegt das Verhältnis zwischen Mann und Frau bei ca. 1:10 (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/>, Stand: 8.06.09).

Studien in Holland und in den USA fanden 8,1-8,3 Neuerkrankungen auf 100.000 EinwohnerInnen. Überträgt man diese Daten auf Österreich ergäbe das pro Jahr in etwa 660-675 Neuerkrankungen, bezogen auf Anorexia nervosa. Bei der Bulimie sind es in etwa 975-1.140 Neuerkrankungen (<http://www.sowhat.at/zahlenunddaten.asp#03>, Stand: 11.08.09).



Magersucht beginnt zwischen dem 14. und dem 18. Lebensjahr. Bulimie beginnt meist um das 18. Lebensjahr herum. Natürlich können Essstörungen aufgrund zusätzlicher Faktoren auch früher oder erst im späteren Erwachsenenalter auftreten.

In den letzten 15 Jahren haben die Behandlungsfälle an Essstörungen dramatisch zugenommen. Um dem Behandlungsbedarf gerecht zu werden entstanden somit zahlreiche Spezialambulanzen, Beratungseinrichtungen und Fachkliniken. Essstörungen gehören noch immer zu den ambulant am schlechtesten versorgten seelischen Erkrankungen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sowohl bei der Bulimie als auch bei der Anorexie eine echte Zunahme in der Bevölkerung zu verzeichnen ist. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass beide Erkrankungen nicht mehr übersehen und ernst genommen werden (Reich 2004, S. 27-28).

1.3 Risikogruppen und Faktoren für die Entstehung von Essstörungen

Anorexie tritt vor allem in den höheren Sozialschichten auf. Denn dort sind ein eingeschränktes Essverhalten, unangemessene Sorgen um das Gewicht, ein extremes Schlankheitsideal und eine ausgeprägte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verstärkt zu finden. Das Diätverhalten wird also aus Schlankheitsgründen von diesen Einstellungen gefördert, was wiederum ein wesentlicher Vorläufer von Essstörungen ist.

Im Gegensatz zur Magersucht ist die Bulimie auch in anderen Sozialschichten verbreitet (Reich 2004, S. 29).

Zur größten Risikogruppe für Essstörungen gehören aufgrund des regierenden Schlankheitszwangs, widersprüchlichen Rollenerwartungen und den gesellschaftlichen Erwartungen Frauen, auch wenn Gewichtsprobleme längst schon viele Männer betreffen.

Frauen sind wegen ihres Strebens nach einer guten Figur und Schlankheit weitaus empfänglicher für Diäten und andere Methoden der Gewichtskontrolle (http://www.meduniqa.at/Magazin/Medizin___Gesundheit/Diaeten_und_Esstörungen_-_nicht_mehr_nur_eine_Domaene_der_Frauen/, Stand: 8.06.09).

Neben den Frauen gehören auch Sportler und Sportlerinnen, Ballettschülerinnen, Gymnasiastinnen und Studentinnen zur Risikogruppe (Reich 2004, S. 29).

Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen sind vor allem folgende:

- Ein mangelndes Selbstwertgefühl
- Eine „Umbruchsituation“ wie Trennung oder Pubertät
- Krankhafte Schönheitsideale

- Diätangebote
- Ständige Unterdrückung aggressiver Impulse
- Wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit
- Fehlende Essrituale
- Leistungs- und Anpassungsdruck (Kinzl 2004, S. 31).

2. Ursachen und auslösende Faktoren

In der Regel entstehen Essstörungen durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Hierbei spielen soziokulturelle und biologische Faktoren, die Familie und die Persönlichkeit der Betroffenen eine Rolle. Die Betroffenen, die an einer Essstörung leiden, haben nicht die freie Wahl sie zu praktizieren oder dies zu lassen. Sie ist ein Zeichen von massiven seelischen und zwischenmenschlichen Problemen, für die keine andere Lösung gefunden wird. Bei den Menschen, die an einer Essstörung leiden, muss untersucht werden, welche Faktoren bei der Entstehung eine Rolle gespielt haben, um anschließend auch eine passende Therapie zu finden, denn viele der wirksamen Motive sind unbewusst und somit anderen Personen nicht ohne therapeutische Hilfe zugänglich (Reich 2004, S.32).

2.1 Soziokulturelle Faktoren

In der heutigen Gesellschaft besteht eine beständige Idealisierung der körperlichen Schlankheit und Schönheit. Schlanksein bedeutet Intelligenz, Fitness, gutes Aussehen und somit ist es nicht überraschend, dass hauptsächlich Mädchen und junge Frauen magersüchtig werden. Dabei spielen auch die Medien eine wichtige Rolle. Denn egal ob es sich um eine Werbung für eine Zahnbürste oder ein Luxusauto handelt, dem Artikel steht in den meisten Fällen eine schlanke Dame zur Seite, denn Dicksein wird mit geringerer Leistungsfähigkeit und Intelligenz assoziiert. Seit Jahren erleben Fastenkuren, Diätangebote und nicht dick machende, kalorienarme Lebensmittel einen Aufschwung und sind unübersehbar geworden.

Um diesem Druck des Schlankseins gerecht zu werden unterziehen sich sehr viele Menschen, Männer wie Frauen, ständig irgendwelchen Abmagerungskuren, mit einem meist nicht lang andauernden Erfolg. Dass bereits zwölf- bis fünfzehnjährige Mädchen mindestens eine Abmagerungskur absolviert haben, zeigt wie groß dieser gesellschaftliche Druck ist, eine schlanke Figur zu haben (Gerlinghoff/Backmund 2005, S. 26-27).

Neben dem Schlankeitsdruck spielen vor allem bei den Frauen auch die unterschiedlichen Rollenerwartungen eine wesentliche Rolle. Frauen sollen eine gute Ehefrau, Geliebte, eine gute Mutter und Hausfrau sein. Sie sollen selbstständig und unabhängig sein, sich anpassen können, anderen den Vortritt lassen und durchsetzungsfähig im Beruf sein. All diesen Anforderungen gerecht zu werden, erscheint in manchen Situationen als schwierig. Frauen fühlen sich dann oft überfordert all diese Forderungen gleichzeitig und möglichst perfekt erfüllen zu müssen. Was nicht zu letzt zu einer stetigen Überforderung führt. Vor allem Bulimikerinnen können sich von diesen Anforderungen innerlich schlecht distanzieren und das nach außen dargestellte Bild der Perfektion wird mit einer Essstörung bezahlt (Reich 2004, S.33-34).

2.2 Biologische Faktoren

Vermutlich spielen bei der Entstehung von einem gestörten Essverhalten auch genetische Einflüsse eine Rolle. Da Körpergewicht und Körperbau zu einem großen Teil genetisch bedingt sind, kann bei verschiedenen Menschen die Gewichtszunahme bei gleicher Nahrungsmittelzufuhr unterschiedlich sein.

So genannte Adoptionsstudien bei Zwillingen zeigen, dass Zwillinge, die bei ihren Adoptiveltern aufgewachsen sind, diesen nicht ähneln, sondern ihren leiblichen Eltern.

Frauen unterliegen, im Gegensatz zu den Männern, stärker dem gesellschaftlichen Schlankeitsideal und so scheint bei den Männern die genetische Beeinflussung stärker im tatsächlichen Gewicht zum Ausdruck zu kommen (Reich 2004, S.57).

Neben Adoptionsstudien gibt es noch Familienuntersuchungen und Zwillingsstudien. Diese ergaben für Verwandte ersten Grades von Magersüchtigen ein fünf- bis siebenmal höheres Risiko (im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung) an Bulimie oder Anorexie zu erkranken. Bei einer Untersuchung von eineiigen Zwillingen wurde für das Auftreten von Anorexia nervosa eine Übereinstimmungsrate von 50 Prozent gefunden. Bei zweieiigen Zwillingen war die Übereinstimmungsrate dagegen weniger als 10 Prozent.

Es ist aber wichtig zu erwähnen, dass man aufgrund solcher Mitteilungen keinesfalls darauf schließen darf, dass Essstörungen erbliche Krankheiten seien, um sich aus diesem Grund jeglicher Verantwortung zu entziehen. Es geht um die Prädisposition oder Vulnerabilität, also wie bei anderen psychischen Krankheiten auch um die Anlage eines Menschen zu einer bestimmten Krankheit.

Für die Entstehung einer Essstörung gibt es also keinen einzigen benennbaren biologischen Faktor, obwohl kein Zweifel daran besteht, dass einzelne biologische Prozesse Essstörungen begünstigen oder krankheitsunterhaltend beeinflussen (Gerlinghoff/Backmund 2005, S. 27-28).

2.3 Individuelle, persönlichkeitspezifische Faktoren

Die Entwicklung einer Magersucht oder einer Bulimie wird durch persönliche Merkmale begünstigt. Zu nennen sind vor allem Eigenschaften, die normalerweise wünschenswert wären, nämlich Loyalität, Zuverlässigkeit, Leistungsorientiertheit und Ehrgeiz. Bei Magersüchtigen können Zuverlässigkeit und Loyalität sehr schnell in eine so genannte Überangepasstheit übergehen, da sie ein sehr hohes Maß an Selbstunsicherheit haben.

Magersüchtige entwickeln sich häufig zu Vorzeigekindern, da sie ständig nach Anerkennung und Liebe streben. Auch der Ehrgeiz, stets die Beste zu sein, führt zu beachtlichen Leistungen.

Die später Essgestörte wird von dem Drang zur Perfektion dazu gezwungen, auch den Weg in Krankheit und Symptome zu perfektionieren (Gerlinghoff/Backmund 2005, S. 28-29).

Vor allem bei der Anorexie und Bulimie leiden die Betroffenen häufig unter Selbstwertkonflikten, Perfektionismus, Gefühlen von Macht- und Einflusslosigkeit so wie sozialer Unsicherheit. Sie haben Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle zu deuten, zu erkennen und schließlich auch auszudrücken. Auch Kritik, kleine Fehler und geringe Abweichungen von der Vorstellung wie man aussehen müsste, beeinträchtigen die Stimmung und rufen heftige Selbstkritik hervor. Diese Abweichungen können kaum ertragen werden und wirken sich oft unmittelbar auf das Essverhalten aus, da die Ansprüche an die eigene Person äußerst hoch sind.

Menschen mit einer Essstörung haben oft das Gefühl, dass sie sich nicht durchsetzen oder behaupten können und nicht gehört oder wahrgenommen werden. Sie neigen dazu, ihre eigentlichen Möglichkeiten aufgrund des Perfektionismus und der extrem hohen Maßstäbe die sie sich und anderen setzen zu unterschätzen.

Bei sehr lange vorliegenden und ausgeprägten Essstörungen haben es die Betroffenen oft schwer, Gefühle differenziert wahrzunehmen. Differenzierte Gefühle wie Gereiztheit, Angst, Ekel, Schuld, Furcht, Trauer, Ärger oder Zorn werden oft nur global wahrgenommen. Sie fühlen sich beispielsweise statt ängstlich oder traurig einfach „schlecht“. Oder sie fühlen sich

„angespannt“, anstatt Ärger zu verspüren. Anfangs wird, um bestimmte Gefühle nicht mehr spüren zu müssen, ein gestörtes Essverhalten eingesetzt. Doch je fortgeschrittener die Essstörung, desto schwieriger wird es, die Gefühle überhaupt noch wahrzunehmen.

Magersüchtige fühlen sich im Umgang mit anderen häufig unsicher, abgelehnt und negativ bewertet. Bulimiker überspielen mittels Aktivität oder Geselligkeit diese Unsicherheit. Die Essstörung soll, aufgrund des Bestrebens schlank zu sein, durch das Erbrechen, durch übertriebene sportliche Aktivitäten und über Abmagerung die soziale Unsicherheit bewältigen helfen (Reich 2004, S.50-53).

2.4 Familiäre Faktoren

Neben den bereits genannten Faktoren spielt auch die Familie bei der Entstehung und Bewältigung einer Essstörung eine wesentliche Rolle. Oft ist in den betroffenen Familien das Gleichgewicht zwischen dem Gefühl der Zusammengehörigkeit und Selbstständigkeit, wechselseitiger Bezogenheit, dem Verfolgen eigener Ziele, Wünsche und Interessen gestört. So kann es sich beispielsweise bei einer Magersucht um einen unbewussten Versuch handeln, sich von den Eltern zu distanzieren und abzugrenzen, ohne offen mit diesen darüber zu sprechen. Bei der Bulimie hingegen kann es sich um einen Versuch handeln, sich von den Eltern Zuwendung zu holen, die bisher vermisst wurde.

Jugendliche können durch eine leistungsorientierte Einstellung ihrer Eltern noch stärkere Selbstzweifel bekommen und dies kann die Essstörung verstärken, vor allem dann, wenn sich die Jugendlichen mit einer Magersucht oder Bulimie an die Normen von Gleichaltrigen anzupassen versuchen. Somit ist es besonders wichtig, den Selbstzweifeln der Betroffenen durch eine angemessene Bestätigung und Anerkennung in der Familie entgegenzuwirken.

Auch das Essverhalten innerhalb einer Familie spielt bei der Entstehung einer Essstörung eine Rolle. Haben Mütter eine gestörte Einstellung zum Essen, so kann sich dies auch häufig auf das Essverhalten ihrer Töchter auswirken. Meistens haben Mütter essgestörter Töchter ebenfalls früher als andere begonnen, Diät zu halten und neigen zudem dazu, ihre Töchter zum Abnehmen zu drängen.

In Familien, in denen jemand an einer Essstörung leidet, findet man im Vergleich zu nicht essgestörten Familien eine stärkere Betonung auf Ansehen und Leistung sowie eine stärkere Körperunzufriedenheit. Besonders in Familien von Bulimikerinnen gibt es eine intensive

Auseinandersetzung und häufig kritische oder abwertende Kommentare zu Figur und Gewicht.

Ein weiterer entscheidender Faktor, der zur Entstehung einer Essstörung beitragen kann, ist der Umgang mit Konflikten. In Familien magersüchtiger Patientinnen ist das Bedürfnis nach Harmonie und Schonung oft recht ausgeprägt. Somit wird versucht, offene Konflikte und Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Im Vergleich dazu kann man in Familien bulimischer Patientinnen häufig heftige Äußerungen und offene Konflikte beobachten. In beiden Familien ist der Umgang mit Konflikten nicht richtig und somit kann auch keine Lösung des Problems gefunden werden.

In Familien Essgestörter ist also, wie schon erwähnt, der nach außen gemachte Eindruck sowie Leistung und Perfektion sehr wichtig. Die Betroffenen haben dadurch häufig das Gefühl, ihren eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können und fühlen sich als minderwertig. Sie flüchten in eine Essstörung und streben nach Schlankheit, denn Schlanksein bedeutet für sie, dass man sich im Griff hat, leistungsfähig ist und sich sehen lassen kann (Reich 2004, S.41-49).

2.5 Sexueller Missbrauch

Das Risiko, später an einer psychischen Erkrankung zu leiden, wird durch sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen erhöht. Auch Menschen, die an einer Essstörung leiden, haben in ihrer Kindheit im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung häufiger sexuelle Verletzungen erlitten. Ist es bei den sexuellen Handlungen zum Geschlechtsverkehr gekommen ist das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken besonders groß. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Essstörung zu erkranken durch sexuellen Missbrauch zwar erhöht wird, dieser aber nicht zwangsläufig eine Anorexie oder Bulimie verursacht.

Vor allem dann, wenn es darum geht, die Ursprünge einer Essstörung bei einer Patientin zu verstehen, darf das Thema „Sexueller Missbrauch“ nicht vernachlässigt werden, auch wenn es den Patientinnen häufig schwer fällt, darüber zu sprechen.

Sexueller Missbrauch kommt in allen Sozial- und Gesellschaftsschichten vor. Die Opfer sind vor allem junge Kinder und Mädchen. Diese tun alles dafür, anerkannt und geliebt zu werden und den Erwartungen ihrer Familienmitglieder zu entsprechen. Sie haben keine Möglichkeit,

sich gegen den Täter zu wehren und sind zum Schweigen verdammt (Gerlinghoff/Backmund 2005, S. 32-33).

Essstörungen können helfen, mit diesen Erfahrungen in verschiedener Weise fertig zu werden. So soll beispielsweise, um sexuell nicht anziehend zu sein und um sexuelle Wünsche und Handlungen nicht auf sich zu lenken, eine Abmagerung auf einen vorpubertären Körper eventuell vor einem Missbrauch schützen. Wenn man sich schon sonst nicht wehren kann und keine Macht hat, dann wenigstens über den eigenen Körper (Reich 2004, S.56).

2.6 Auslösende Situationen

Neben den Ursachen einer Essstörung gibt es auch auslösende Faktoren oder Situationen, wie etwa belastende oder lebensverändernde Ereignisse. Zu diesen Ereignissen gehören beispielsweise folgende:

- *Trennungs- und Verlusterlebnisse* wie Internatseintritte, Schulwechsel, das Beenden einer Beziehung.
- *Situationen, die mit Verantwortungsübernahme verbunden sind* wie Studiumsbeginn, Berufseintritt.
- *Situationen, die mit Reifungsanforderungen verbunden sind* wie Eingehen einer sexuellen Beziehung.

Die Betroffenen erkranken also nicht zufällig zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben an einer Essstörung. Es sind meist schwierige Lebenssituationen, die dazu führen und im Augenblick stellt die Essstörung vielleicht die günstige Lösung dar. Sie schafft somit für die Betroffenen einen sozial gesicherten Schutzraum (Kinzl 2004, S. 60-61).

3. Anorexia nervosa (Magersucht)

Bei der Magersucht handelt es sich, wie schon erwähnt, um eine Krankheit, bei der die Betroffenen versuchen, Appetit und Hungergefühle zu unterdrücken. Sie entwickeln eine Angst vor dem Essen und einer Zunahme des Gewichts. Wenn die Störung bereits einige Zeit besteht, ist das auffallendste Merkmal der ausgemergelte, ausgezehrt Körper. Für die Diagnose einer Anorexia nervosa gibt es bestimmte Kriterien (Reich 2004, S.18-20):

Kriterien für die Diagnose einer Anorexia nervosa (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10)	
I.	Starkes Untergewicht (BMI < 17,5 oder das Körpergewicht liegt mindestens 15 Prozent unter dem zu erwartenden Gewicht)
II.	Das Untergewicht ist selbst herbeigeführt
III.	Körperbildstörung
IV.	Hormonelle Störung (u.a. Ausbleiben der Menstruation)
V.	Bei Beginn vor der Pubertät kann die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert sein
Unterformen	a. restriktive Anorexie b. aktive oder bulimische Anorexie

Abb. 1: Kriterien für die Diagnose einer Anorexia nervosa (Zeeck 2008, S.18)

Der Beginn der Magersucht ist schleichend und im Anfangsstadium fällt das verminderte Gewicht eventuell nicht auf. In der Wachstumsphase wird durch die Einschränkung der Kalorienzufuhr, Einschränkung der Nahrungsaufnahme und andere Möglichkeiten wie Hungern, selbst herbeigeführtes Erbrechen, Benutzen von Abführ- und Entwässerungsmittel sowie Appetitzüglern oder durch exzessive sportliche Aktivitäten nicht entsprechend zugenommen. Manche Betroffene ernähren sich auch nur mehr von flüssiger oder breiiger Nahrung. Andere verfolgen bei der Nahrungsaufnahme einen strengen Plan und Regeln.

Die Betroffenen entwickeln eine so genannte Körperbild- oder Körperschemastörung. Das bedeutet, dass sich die Betroffenen unabhängig von ihrem tatsächlichen Gewicht als zu dick erleben und ihren Körper und die eigene Figur nicht mehr realistisch wahrnehmen. Diese Körperschemastörung verstärkt das Bedürfnis, noch weiter abzunehmen.

Magersüchtige sind im Bezug auf ihre Krankheit nicht einsichtig und verleugnen die Bedrohlichkeit ihres Zustandes. Oft verstecken die Betroffenen, um Kritik wegen der Gewichtsabnahme zu entgehen, ihren Körper unter mehreren Schichten von Kleidung.

Weiters setzt bei den betroffenen Mädchen oder Frauen aufgrund des Untergewichts die Regelblutung aus. Handelt es sich um Mädchen vor der Pubertät, setzt die Menstruation erst gar nicht ein. Bei Männern hingegen kommt es zu einem Verlust von sexuellem Verlangen und Potenz.

Kommt es vor der Pubertät zur Magersucht, können entsprechende Entwicklungsschritte verzögert sein. Neben dem Ausbleiben der Regelblutung kann es auch zu einem Wachstumsstopp, fehlender Brustentwicklung oder kindlichen Genitalien kommen.

Atypische Anorexia nervosa:

Von einer Atypischen Anorexia nervosa spricht man nach der ICD-10, wenn nur einige der genannten Kriterien erfüllt sind. Das sind beispielsweise Betroffene, die zwar untergewichtig sind, eingeschränkt essen und eine Körperbildstörung aufweisen, aber einen BMI von 17,5 nicht unterschreiten oder bei denen die Menstruation nicht aussetzt (Reich 2004, S.20-21).

3.1 Formen der Magersucht

Bei der Magersucht unterscheidet man hauptsächlich zwei Formen, nämlich die restriktive und die bulimische oder aktive Anorexia nervosa:

- Restriktiver Typ: bei dieser Form wird das geringe Gewicht fast ausschließlich durch Hungern und Fasten herbeigeführt. In manchen Fällen kommen eine übertriebene sportliche Betätigung und eine ausgeprägte Überaktivität hinzu.
- Bulimischer Typ: bei der bulimischen oder aktiven Form kommt es neben dem Fasten und dem Konsum kalorienarmer Nahrungsmittel auch zu regelmäßig selbst herbeigeführtem Erbrechen und zur Einnahme von Abführmitteln, Entwässerungstabletten oder anderen Medikamenten. Gelegentlich kommen auch Essanfälle vor (Kinzl 2004, S. 41).

Zusätzlich wird zwischen akuter *Pubertätsmagersucht* und *chronischer Magersucht* unterschieden. Akute Pubertätsmagersucht bedeutet, dass die Magersucht akut im Zusammenhang mit der Pubertät auftritt. Grund dafür sind sowohl körperliche als auch hormonelle Veränderungen, die zu einem Unwohlsein im Bezug auf den eigenen Körper führen können. Neben den körperlichen Veränderungen kann es auch zu starken Stimmungsschwankungen und Angst vor dem Erwachsenwerden kommen (Leibold 1992, S.38).

Die chronische Magersucht kann sich in jedem Alter entwickeln, wobei bei fast 1/3 der Patienten die akute Anorexie ins chronische Stadium übergeht (Leibold 1992, S.79).

3.2 Symptome und Verhaltensweisen

Wie bei allen Krankheiten gibt es auch bei der Magersucht spezielle Symptome und Verhaltensweisen. Im Anfangsstadium sind Symptome, wie etwa die Gewichtsabnahme, jedoch eher unspezifisch und noch nicht zu erkennen. Anfänglich gibt es bei den Betroffenen eine übermäßig gedankliche Beschäftigung, sowie eine verzerrte Einstellung zu Essen und Gewicht. Weiters kommt es zum sozialen Rückzug und sie versuchen das Essen in Gesellschaft zu vermeiden (Kinzl 2004, S. 41).

3.2.1 Verweigerung der Nahrungsaufnahme

Die verminderte Nahrungsaufnahme tritt als erstes Symptom der Magersucht ein auf. Anfänglich ist das meiste Motiv, das dazu führt, der Wunsch, dem heutigen Schlankheitsideal näher zu kommen. Im Prinzip ist das nichts Außergewöhnliches, denn heutzutage scheint es fast eher ungewöhnlich, dass jemand der mit seiner Figur unzufrieden ist, keine Diät macht. Jedoch kehren die meisten nach Erreichen des Wunschgewichts zu ihrem gewohnten Essverhalten zurück. Die später an Anorexie Erkrankten hungern aber weiter. Sie wollen immer weiter abnehmen und bestimmen für sich ein neues niedrigeres Gewicht, erreichen dieses und hungern weiter. Die Bewunderung durch die Umwelt sowie ihr Stolz auf die erreichte Leistung spornen sie an, weiterzumachen.

Wie die Nahrungsaufnahme verweigert wird, kann recht unterschiedlich sein. Einige halten sich an Diätvorschläge und andere versuchen es in Eigenregie. Manche essen einfach weniger, andere lassen bestimmte Mahlzeiten ganz ausfallen. Viele versuchen zunächst fett- und kohlenhydratreiche Nahrungsmittel zu reduzieren. Im späteren Verlauf werden diese und noch weitere Esswaren gestrichen und verboten. Übrig bleiben meist nur Obst, Gemüse, Salat und magere Eiweißprodukte.

Magersüchtige entwickeln regelrechte Essensrituale. Das bedeutet, dass sie bestimmte Nahrungsmittel immer auf die gleiche Art und Weise zubereiten. Diese werden immer zur selben Zeit und in derselben Reihenfolge gegessen. Neben den Essritualen ist auch das Essverhalten auffällig. Besonders langsames Essen und langes Kauen sowie endloses Zerkleinern der Nahrung und das Löffeln von Flüssigkeiten sind beliebt (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 38-39).

3.2.2 Rapide Gewichtsabnahme

Durch das Hungern und die eingeschränkte Nahrungsaufnahme kommt es zwangsläufig zur Gewichtsabnahme. Wie schnell das Gewicht verloren wird hängt einerseits davon ab, wie viel Nahrung noch aufgenommen wird. Andererseits spielt natürlich auch das Körpergewicht, das zu Beginn der Magersucht bestand eine wesentliche Rolle sowie das Ausmaß der sportlichen Aktivität. Wann die Gewichtsabnahme ein lebensbedrohliches Ausmaß erreicht hat, lässt sich aufgrund der unterschiedlichen, auch individuellen Umstände wie Stoffwechselfunktionen und die unterschiedlich gute Verwertung der Nahrung nicht allgemein sagen. Fakt ist aber, dass wie schon erwähnt ab einem BMI von kleiner als 17,5 Untergewicht besteht (Leibold 1992, S. 63).

3.2.3 Übersteigertes Leistungsstreben

Neben der gewünschten Gewichtsabnahme ist auch das Erbringen einer Leistung eine wichtige Funktion des Hungerns. Abgesehen von der Hungerleistung strengen sich Magersüchtige auch in der Schule, an der Universität oder am Arbeitsplatz sehr an. Weiters entwickelt ein geringer Prozentsatz der Betroffenen Zwänge. Im Vordergrund stehen Putzzwänge, denn auch hier wird eine sichtbare Leistung erbracht. Magersüchtige leben, da der Zwang zur Steigerung bestehen bleibt und sie keine freie Minute mehr haben, um sich anderweitig zu beschäftigen, vollkommen isoliert in ihrer Hungerwelt. Sie versuchen, ihren immer höher werdenden Leistungsansprüchen gerecht zu werden und hetzen durch den Tag (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 39-40).

Im Vergleich zu normalernährten Menschen bringen Magersüchtige lange Zeit mehr Ausdauer und Energie auf. Irgendwann sind aber aufgrund der Mangelernährung und der Überforderung auch diese Reserven aufgebraucht. Der Körper wird dann nur noch durch den Willen des Patienten zur Höchstleistung gezwungen (Leibold 1992, S. 65).

3.2.4 Übertriebene Fürsorge für andere

Obwohl Magersüchtige ihre eigenen körperlichen Bedürfnisse vernachlässigen, ist ihnen das Wohlergehen der anderen, ihrer Mitmenschen, sehr wichtig. Dieses Symptom der Überbesorgtheit erklärt sich aus verschiedenen Gründen. Da bekanntlich ja vor allem Mütter zur Überbesorgtheit neigen, kann die Magersüchtige dem Vorbild der Mutter folgen.

Durch diese fürsorgliche Art kommt es auf der einen Seite zur Abschwächung der Ängste, die gewissermaßen nach außen abgeleitet werden. Auf der anderen Seite wehrt sich der Betroffene gegen die Überfürsorglichkeit der Mutter, ohne dass es zu einem offenen Konflikt kommt.

Außerdem hilft wahrscheinlich die übertriebene Fürsorge für andere dem Magersüchtigen, nicht ständig an den um die Nahrung kreisenden Gedanken, Hunger und Nahrungsverweigerung zu zerbrechen. Magersüchtige können ihre eigenen Bedürfnisse ableiten und sich außergewöhnlich fühlen, wenn sie jemand anderen zum Essen nötigen (Leibold 1992, S. 66-67).

3.2.5 Psychische und physische Symptome

Natürlich lässt sich der unterernährte Körper die Unterdrückung seiner lebenswichtigen Bedürfnisse nicht einfach so gefallen. Er sendet Signale aus, die jedoch von den Magersüchtigen ignoriert werden, denn genau das bedeutet für den Betroffenen den Sieg und er fühlt sich als etwas Besonderes. Das heißt, dass Magersüchtige den Hunger zwar wahrnehmen und auch darunter leiden, ihm aber nicht nachgeben und „stark“ bleiben. Selbst wenn sich der Körper bereits im Zustand der Auszehrung befindet, werden die Signale des Körpers weiterhin ignoriert (Leibold 1992, S. 67).

Die Unterernährung führt zu den verschiedensten körperlichen Symptomen. Dazu gehört vor allem eine verminderte Körpertemperatur verbunden mit Frieren. Weiters kommt es auch zu einer trockenen Haut, Haarausfall und einem Babyflaum im Gesicht sowie zu einem niedrigen Puls und Blutdruck mit Kollapsneigung. Ebenso kann es auch zu Konzentrationsstörungen, Magen- und Darmbeschwerden wie Völlegefühl und Verstopfung kommen. Wie schon erwähnt kommt es zum Ausbleiben der Regelblutung, was wiederum bei längerem Ausbleiben verbunden mit Unterernährung und Überaktivität zur Osteoporose führen kann. Da Magersüchtige meist keine sexuellen Partnerschaften haben, spielen Störungen der Sexualität keine wichtige Rolle.

Im weiteren Verlauf kommt es mit zunehmender Gewichtsabnahme zu einer ausgeprägten Freudlosigkeit und zu panischer Angst davor normalgewichtig zu sein. Die Betroffenen haben Angst, Gewicht zuzunehmen, isolieren sich sozial und versuchen, emotionalen Austausch zu vermeiden (Kinzl 2004, S. 42-43).

3.3 Verlauf der Magersucht

Wie die Magersucht weiter verläuft kann sehr unterschiedlich sein. Untersuchungen über einen längeren Zeitraum hinweg haben gezeigt, dass Magersucht in knapp der Hälfte der Fälle ausheilt. Ein Drittel der Patienten kann die Anorexie nur teilweise überwinden, das heißt, dass einige Symptome wie beispielsweise kontrolliertes Essverhalten, Fixierung auf Gewicht und Ernährung oder phasenweises Erbrechen bestehen bleiben und die Betroffenen mit diesen Restsymptomen zu leben lernen.

Bei den restlichen zwanzig Prozent verläuft die Krankheit chronisch und der Heilungsprozess gelingt nicht. Die Folgen sind schwere gesundheitliche Schäden und soziale Isolation. Den betroffenen Frauen ist im Erwachsenenalter häufig eine Familiengründung nicht möglich und leider kann eine chronische Magersucht auch zum Tod führen. Es sterben in etwa fünf bis sechs Prozent der Betroffenen an den Folgen ihrer Krankheit.

Bei Patienten, die bereits im Jugendalter an einer Magersucht erkrankten ist der Verlauf häufig besser, als bei später Erkrankten. Die Heilungschancen sind umso besser, je früher die Magersucht als solche erkannt und behandelt wird.

Aber auch bei Betroffenen, die bereits seit Jahren an einer Essstörung leiden, kann eine Besserung oder Heilung einer Anorexie nicht ausgeschlossen werden. Auch wenn es nach so langer Zeit natürlich immer schwieriger wird, die verfestigten Muster aufzugeben (Pauli/Steinhausen 2006, S. 42-43).

4. Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)

Wie schon erwähnt, ist die Bulimie durch Essanfälle, in denen die Patienten die Kontrolle über ihr Essen verlieren, gekennzeichnet. Der Ausdruck „Ess-Brech-Sucht“ ist leicht irreführend, da nicht alle Betroffenen nach dem Essen erbrechen. Das bedeutet, dass zu einer Bulimie nicht unbedingt das Erbrechen gehört, sondern dass zur Gewichtsreduktion auch andere Mittel und Methoden eingesetzt werden.

Ebenso wie bei der Magersucht gibt es bei der Bulimie Kriterien für die Diagnose einer Bulimie nervosa (Reich 2004, S. 22):

Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10)	
I.	Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier nach Essen, Essanfälle mit Kontrollverlust
II.	Ergreifen von Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern (selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln u.a.)
III.	Krankhafte Furcht dick zu werden

Abb. 2: Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (Zeeck 2008, S.18)

Auf der einen Seite leiden die Betroffenen unter Heißhungerattacken, in denen sie in kurzer Zeit vor allem hoch kalorische Nahrungsmengen verschlingen, weil das Gefühl für Sättigung und Hunger oft verloren gegangen ist und auf der anderen Seite besteht diese krankhafte Furcht vor einer Gewichtszunahme. Um dieser Gewichtszunahme entgegenzuwirken setzen die Betroffenen die verschiedensten Methoden ein. Manche erreichen ihren Gewichtsverlust durch selbst induziertes Erbrechen oder Fasten. Andere verwenden Abführmittel, Appetitzügler, Entwässerungsmittel oder leiden an zeitweiligen Hungerperioden. Bei Bulimikern ist die Körperwahrnehmungsstörung weniger stark ausgeprägt (Reich 2004, S. 22-23).

Es gibt bei der Bulimie auch eine Einteilung des Schweregrades nach Feiereis 1989:

Schweregrad 1	<ul style="list-style-type: none"> – Fressanfälle 2-3mal die Woche – Krankheitsdauer mindestens 6 Monate – Keine schweren psychischen Veränderungen – Keine Suizidgedanken – Bereitschaft zur Therapie
Schweregrad 2	<ul style="list-style-type: none"> – Täglich Fressanfälle – Dauer der Erkrankung 1-2 Jahre – Mittelschwere psychische Symptomatologie mit Phasen starker Depressivität und Suizidgedanken – Falls Therapieversuche, bisher keine ausreichenden Erfolge
Schweregrad 3	<ul style="list-style-type: none"> – Täglich mehrere Fressanfälle – Abusus von Medikamenten und/oder Alkohol – Erhebliche Depressivität/Suizidgefahr, großer Leidensdruck, absolute klinische Behandlungsbedürftigkeit

Abb. 3: Schweregrad der Bulimie nach Feiereis 1989 (Tress 1997, S.82).

Atypische Bulimia nervosa:

Wie bei der Magersucht gibt es auch bei der Bulimie eine Atypische Bulimie. Das bedeutet, dass die drei ICD-10 Kriterien nicht vollständig erfüllt sind und die Betroffenen irgendwo dazwischen liegen. So können beispielsweise die Essanfälle nur periodisch zu einem bestimmten Zeitpunkt auftreten und nicht mehrmals wöchentlich oder täglich (Reich 2004, S. 24).

4.1 Formen der Bulimie

Bei der Bulimie unterscheidet man grundsätzlich zwei Formen. Den „Purging-Typ“ und den „Nicht-Purging-Typ“.

- Purging-Typ: Bei diesem Typ gibt es regelmäßige Episoden von Essattacken. Dabei werden große Mengen meist kalorien-, fett- und kohlenhydratreiche Kost verzehrt, die anschließend wieder durch selbst induziertes Erbrechen oder Abführmittel entfernt werden.

- Nicht-Purging-Typ: Hier zeigen die betroffenen Personen andere unangemessene Methoden beziehungsweise Maßnahmen, um der Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Das heißt, es kommt nicht zu einem selbst induzierten Erbrechen oder zur Abführmitteleinnahme, sondern zum Fasten, Hungern oder zu einer übermäßigen körperlichen Aktivität (Kinzl 2004, S. 43).

4.2 Symptome und Verhaltensweisen

Zu den Symptomen und Verhaltensweisen bei einer Bulimie zählen vor allem die Essanfälle beziehungsweise Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen oder anderen Methoden zur Gewichtsreduktion sowie chronisches Diäthalten und körperliche Veränderungen (Kinzl 2004, S. 44).

4.2.1 Essanfälle

Menschen mit Bulimie leiden an regelrechten Heißhungerattacken, in denen sie eine große Menge an verschiedensten Nahrungsmitteln verschlingen. Meist werden Nahrungsmittel gewählt, die sonst eher als tabu gelten wie Kuchen, Schokolade, Eis, Pommes, Pizza, Spaghetti usw.

In der Regel nimmt im Laufe der Krankheit die Häufigkeit von Heißhungerattacken immer mehr zu und schließlich erbrechen einige mehrere Male am Tag. Manche der Betroffenen verwenden ihre gesamte freie Zeit um sich Nahrung zu beschaffen, diese zu verschlingen und im Anschluss daran wieder loszuwerden.

Das Erbrechen nach einem Essanfall beherrschen die meisten bald perfekt und es gelingt ihnen zu erbrechen, wenn sie nur daran denken. Andere schaffen es nur unter großen Qualen und mit dem Gebrauch von Hilfsmitteln wie trinken von Salzwasser oder mechanischer Reizung des Rachens.

Die Heißhungerattacken können sehr unterschiedlich ablaufen. Manche Betroffene planen ihre Essanfälle im Voraus. Andere halten ihre Fressorgien immer zur gleichen Tageszeit ab. Betroffene, die in einer Gemeinschaft mit anderen leben, richten sich nach Zeiten in denen sie ungestört und alleine sind. Um ja nicht entdeckt zu werden, wird die Nahrung in absoluter Hektik und ohne Geschirr und Besteck verschlungen. Nur sehr wenige genießen ihre Essanfälle. Im Anschluss an den Anfall gehen die meisten baden oder duschen, putzen sich

die Zähne, säubern das Bad und ziehen sich frische Kleidung an um alle Spuren zu beseitigen (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 44-46).

4.2.2 Heimlichkeit oder Hilferuf

Die Betroffenen achten peinlich darauf, dass niemand etwas von den Heißhungerattacken erfährt. So gelingt es vielen Bulimikerinnen, das Symptom über Jahre vor den Angehörigen und Freunden zu verstecken. Manche jedoch wollen ihr Erbrechen gar nicht verheimlichen sondern setzen es gezielt als Hilferuf ein. Das bedeutet, dass sie absichtlich innerhalb des Hauses oder der Wohnung erbrechen mit dem Ziel, dass die Angehörigen wahrnehmen, dass sie Hilfe brauchen und in Not sind. Andere wollen das Bild der perfekten Tochter zerstören, weil sie selber wissen, dass sie diesem Bild nicht länger entsprechen können (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 46).

4.2.3 Kompensatorische Verhaltensweisen

Bulimikerinnen wollen trotz der Essanfälle eine Gewichtszunahme vermeiden. Für die Betroffenen gilt, das erreichte niedrige Gewicht zu halten oder noch weiter abzunehmen. Um dies gewährleisten zu können, verwenden die Betroffenen verschiedene Methoden:

- Langes Kauen und anschließendes Ausspucken der Nahrung
- Selbst induziertes Erbrechen
- Missbrauch von Abführmitteln
- Missbrauch von harntreibenden Medikamenten
- Exzessives Hungern im Wechsel mit Essanfällen (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 44).

Weiters kann es bei den Betroffenen zu einer eventuellen Störung der Impulskontrolle kommen. Dazu gehören beispielsweise Ladendiebstähle, Drogenmissbrauch oder selbst verletzendes Verhalten.

Durch das Erbrechen kann es auch zu körperlichen Symptomen kommen. Dazu zählen vor allem Schmerzen in Hals, Speiseröhre und Magen. Weiters kann es zu starken Zahnzerstörungen kommen. Ebenfalls kommt es zum Aussetzen der Regelblutung, zu trockener schuppiger Haut, brüchigen Nägeln, trockenem brüchigem Haar und Haarausfall (<http://www.bulimie-online.de/dossiers/folgen/schaeden.htm>, Stand: 27.06.09).

4.2.4 Psychologische Ebene

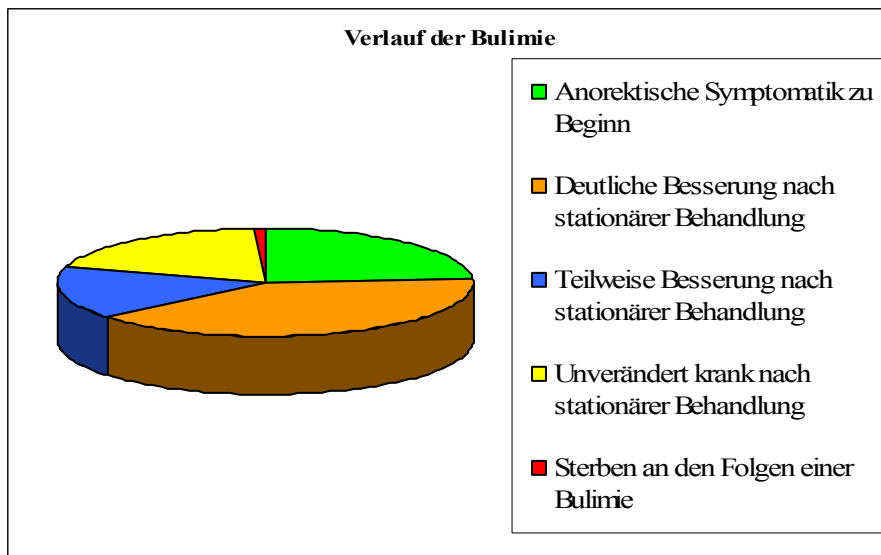
Es ist zu beobachten, dass Menschen mit Bulimie häufig ein verändertes Sozialverhalten, welches mit dem veränderten Essverhalten einhergeht, haben. Die Betroffenen haben große Angst vor einer Ablehnung und ziehen sich immer mehr von der Familie und Freunden zurück. Sie verlieren immer mehr das Interesse an anderen Dingen. Der Mangel an Selbstwertgefühl wird durch diese Isolierung noch weiter verstärkt (http://www.onmeda.de/krankheiten/ess_brech_sucht-symptome-1526-6.html, Stand: 27.06.09).

Wie die Betroffenen ihre Heißhungerattacken und ihr anschließendes Erbrechen empfinden, ist unterschiedlich. Manche erleben das Erbrechen als etwas Gekonntes, für andere ist es eine Art Geheimtipp, den sie für sich behalten um Konkurrenz zu vermeiden. Und wiederum andere lehnen die Essanfälle von Anfang an als etwas Verbotenes und Perverses ab. Manche fühlen sich aufgrund des Kontrollverlustes während der Essattacken als minderwertig und beneiden die, die weiterhin in der Lage sind, ihre Triebe zu kontrollieren (Gerlinghoff/Backmund 2004, S. 47).

4.3 Verlauf der Bulimie

Eine Bulimia nervosa beginnt bei 30 % der Patienten mit einer anorektischen Symptomatik. Ehe der erste Behandlungsversuch unternommen wird, besteht die Bulimie im Durchschnitt bereits fünf Jahre. Der Grund dafür ist, dass die meisten Betroffenen so lange wie möglich versuchen, die Krankheit zu verheimlichen. Nach Abschluss einer stationären Behandlung können etwa 50 % der Betroffenen als deutlich gebessert, das heißt, dass sie nicht mehr die Kriterien eine Bulimie erfüllen und 20 % als teilweise gebessert, das heißt, dass Heißhungerattacken und Erbrechen gelegentlich auftreten, bezeichnet werden. Circa 20 - 30 % der Fälle bleiben unverändert krank. Grund dafür sind meist zusätzliche psychische Störungen wie depressive Symptome oder Angst- und Zwangstörungen.

Circa 1 % stirbt in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren an den Folgen einer Bulimie (http://www.onmeda.de/krankheiten/ess_brech_sucht-verlauf-1526-10.html, Stand: 27.06.09).



5. Folgen einer Bulimie und Anorexie

Je nach Art und Ausmaß der Essstörung können unterschiedliche Folgen für den Körper auftreten. Abhängig sind diese Folgen aber auch davon, ob erbrochen wird oder nicht.

5.1 Folgen für den Körper

In der Regel sind Magersucht und Bulimie mit folgenden körperlichen Folgen und Störungen verbunden:

- *Anfängliche Endorphinausschüttung.* Das Hungern führt zunächst zu einer Ausschüttung von Endorphinen, diese blockieren das Schmerzempfinden und erzeugen eine gehobene Stimmung. Das hält aber nicht dauerhaft an.
- *Störung der Hunger- Sättigungsregulation.* Wie schon erwähnt, ist bei den von einer Essstörung Betroffenen ein normaler Rhythmus dieser Empfindungen nicht mehr vorhanden. Bei kleinen Mahlzeiten kann bereits starke Sättigung empfunden werden und bei einer großen Mahlzeit können weiterhin noch Hungergefühle erlebt werden.
- *Wachstumsstörungen.* Erkranken die Betroffenen bereits in der Pubertät an einer Essstörung, so kann dies mit Wachstumsstörungen, die besonders die Körpergröße, die inneren Organe und den Knochenaufbau betrifft, verbunden sein.
- *Herz- und Kreislaufstörungen.* Durch das Untergewicht kommt es zur Verlangsamung der Herzfunktionen und zu einem Absinken des Blutdrucks. Bei

Magersüchtigen stellen Herz- und Kreislaufstörungen die häufigste Todesursache dar. Es kommt zu kalten, blau eingefärbten Fingern oder Nasenspitzen, erfrorenen Zehen und zu ständigem Frieren.

- *Magen- und Darmbeschwerden.* Bei Bulimikerinnen kann es aufgrund der Essanfälle zu starken Magenschmerzen kommen. Das Erbrechen führt zu einer Übersäuerung des Magens, Reizung und Entzündung der Speiseröhre sowie des Mund- und Rachenraums. Weiters kann es zu Verstopfung und Blähungen kommen (Reich 2004, S. 78-80)

5.2 Folgen für die Seele

In der Regel sind Essstörungen mit anderen seelischen Beeinträchtigungen verbunden. Wenn eine solche Beeinträchtigung nicht wahrgenommen wird, so ist eine Essstörung häufig ein Versuch, mit diesen Störungen fertig zu werden. Im Wesentlichen sind folgende seelische Störungen mit Essstörungen verbunden:

- *Depressionen (affektive Störung).* Diese sind gekennzeichnet durch Interessensverlust, Freudlosigkeit, Müdigkeit, Schuldgefühle, verminderte Energie und Antrieb, negative Zukunftsgedanken, Schlafstörungen und gedrückte Stimmung. Ebenso kommt es bei schweren Depressionen zu Selbstmordgedanken- und Handlungen. Die zweithäufigste Todesursache bei Magersucht ist Selbstmord.
- *Angststörungen.* Angststörungen treten bei allen Formen von Essstörungen auf. Im Vordergrund stehen vor allem soziale Ängste. Die Betroffenen haben Angst, von anderen abgewertet oder verachtet zu werden. Auch spielen Zukunftsängste eine wichtige Rolle. Hinzu kommen Nervosität, Zittern und Herzklopfen.
- *Zwangsstörungen.* Magersüchtige sind häufig von Zwangsstörungen betroffen. Dies äußert sich zum Beispiel in sinnlosem Waschen, Putzen, zwanghaftem Zählen von Kalorien oder stundenlangem Grübeln über das Essen.
- *Borderline-Persönlichkeitsstörung.* Diese Störung findet sich bei ca. 10 % aller essgestörter Patienten. Gekennzeichnet ist diese Störung durch ein hohes Ausmaß von Impulsivität, wie zum Beispiel Aggressivität. Menschen mit Borderline-Störung haben häufig Konflikte und intensive Beziehungen (Reich 2004, S. 83-85).

5.3 Folgen für die Beziehung

Aufgrund einer Essstörung sind zwischenmenschliche Beziehungen oft erheblich beeinträchtigt. Grund dafür ist die ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen. Das Denken der Betroffenen wird oft völlig davon eingenommen, was und wann gegessen wird, wie das Essen vermieden werden kann, wann ungestört erbrochen werden kann usw.

Somit leben Essgestörte in zwei Welten, der Welt der Essstörung und der Welt der anderen Menschen. Wobei sich bei den anderen Menschen nicht alles um das Essen oder auch Nicht-Essen handelt. Magersüchtige und Bulimikerinnen schämen sich und haben Schuldgefühle, spüren, dass andere sie kritisch ansehen und beobachten und ziehen sich immer mehr zurück. Die meisten leiden sehr unter der Abgrenzung und werden durch den mangelnden Austausch noch unsicherer. Es wird immer schwieriger, Kontakte zu knüpfen und beizubehalten. Es kommt zu einer sozialen Isolierung, welche eines der Hauptprobleme bei chronisch Essgestörten ist (Reich 2004, S. 86-87).

6. Prävention

Da Essstörungen in der Regel eine schlechte Prognose haben und die Krankheit auch schwierig zu behandeln ist, ist die Prävention besonders wichtig. Essstörungen gehören ja zu den häufigsten psychischen Krankheiten und aus diesem Grund besteht in der wissenschaftlichen Literatur kein Zweifel an der Notwendigkeit, zumindest die Zahl der Neuerkrankungen zu reduzieren.

Vor einer gezielten Prävention müssen allerdings die Entstehungsmechanismen, die das Auftreten der Krankheit begünstigen, geklärt werden (Gerlinghoff/Backmund 2000, S.103).

Die Prävention bei Essstörungen kann auf drei Ebenen stattfinden: auf der primären, der sekundären und der tertiären Ebene.

6.1 Primärprävention

Die erste Stufe der Prävention ist die Primärprävention, welche hauptsächlich bei chronischen Erkrankungen stattfindet. Kinder und Jugendliche gehören aus zwei Gründen zu der Hauptzielgruppe bei Präventionsmaßnahmen. Zum einen ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, wenn eine Essstörung frühzeitig erkannt wird, höher, diese Störung zu korrigieren und zum anderen ist es bei Kindern und Jugendlichen leichter, ein gesundheitsförderndes Verhalten

längerfristig zu festigen als bei Erwachsenen. Die primäre Prävention, das heißt die Gesundheitsvorsorge, zielt darauf ab, die Umweltrisiken zu reduzieren und die Widerstandkräfte der Risikogruppen zu stärken.

Es muss vor allem den jungen Betroffenen vermittelt werden, dass sie sich nicht über ihre Schlankheit sondern über andere Dinge definieren sollen (Stein-Hilbers/Becker 1998, S.41).

6.2 Sekundärprävention

Sekundärprävention kann als Krankheitsfrüherkennung verstanden werden, wodurch die Chancen auf eine Heilung wesentlich besser sind. Besonders wichtig dabei ist die Aufklärungsarbeit bei Risikogruppen, welche dazu führen kann, dass Essstörungen erst gar nicht auftreten und die Frage, was man tun kann, um den Krankheitsverlauf zu verlangsamen oder zu stoppen (Rosenbrock 2006, S. 95).

Das Ziel der Primär- und Sekundärprävention ist es, Erkrankungen vor dem Auftreten eindeutiger Symptome zu erkennen. Der Unterschied zwischen Primär- und Sekundärprävention ist, dass bei der Sekundärprävention bestimmte Risikogruppen angesprochen werden (Stein-Hilbers/Becker 1998, S.43).

6.3 Tertiärprävention

Unter der tertiären Prävention versteht man die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei bereits aufgetretenen Symptomen. Dazu gehören Maßnahmen wie Rückfallprophylaxe, Pflege, Nachsorge und Rehabilitation (Dannigkeit 2007, S. 25).

6.4 Information und Aufklärung

Im Prinzip müsste man, um eine Essstörung zu verhindern, nur die Risikofaktoren ausschalten. Das bedeutet, dass man selbstunsicheren Kindern Sicherheit gibt, versucht ihnen, möglichst früh zu vermitteln, dass dünne Models nicht so cool sind und dass eine Superfigur nicht automatisch Lebensglück und Zufriedenheit bedeutet. In der wissenschaftlichen Literatur werden einige präventive Maßnahmen beschrieben, doch es gibt noch keine einheitliche Meinung über deren Erfolge. Auch gibt es kritische Stimmen, die der Meinung sind, dass man durch Aufklärungsarbeit manche Jugendliche erst auf den Weg der Essstörung bringt.

Trotzdem spielt gerade bei der Prävention von Essstörungen die Aufklärung eine wichtige Rolle. Es gilt, all diejenigen zu informieren, die potentiell gefährdet sind, aber auch LehrerInnen, Eltern und andere Bezugspersonen.

Wichtig ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit durch Beiträge in Fernsehsendungen, im Rundfunk, aber auch durch verschiedene Bücher über Essstörungen. An Schulen können Vorträge gehalten werden, um Schülerinnen und Schüler über die Erkrankung aufzuklären. Bei solchen Informationsveranstaltungen sollten aber auch immer einige tatsächlich Essgestörte teilnehmen, da diese die eigentlichen Expertinnen ihrer Krankheit sind und ihre individuellen Erlebnisse und Wahrnehmungen viel besser schildern können. Sie sind sehr erfahren im Umgang und im Erleben mit ihrer Krankheit. Vor allem bei Jugendlichen können sie durch ihre Berichte über ihre eigene Erkrankung einen sehr unmittelbaren emotionalen Zugang zur Problematik der Essstörungen vermitteln. Das kann schlussendlich bewirken, dass am Ende einzelne Zuhörer ihre eigene Störung offen legen und um therapeutische Hilfe bitten (Gerlinghoff/Backmund 2000, S.106-107).

Wie schon erwähnt, ist ein gesundes Selbstvertrauen der beste Schutz gegen Essstörungen. Vor allem Kinder und Jugendliche können durch Lob für ihre Fähigkeiten und Eigenschaften ihr Selbstwertgefühl steigern.

Es ist wichtig, offen Konflikte zu führen und den Kindern Grenzen zu setzen, damit diese auch lernen können, für sich selbst Grenzen zu setzen. Durch solche Grenzen gelangen die Jugendlichen zu einer realistischen Selbsteinschätzung und können ihre eigene Identität finden. Sie sollten keine Angst davor haben, mit ihren Eltern, Geschwistern und Bekannten über ihre Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen zu sprechen, auch wenn diese von denen der Eltern abweichen. Das bedeutet, dass Eltern ihren Kindern das Gefühl vermitteln sollten, dass sie ihren eigenen Weg finden und auch gehen dürfen.

Auch das Essverhalten innerhalb einer Familie spielt eine wichtige Rolle. Jugendliche sollten mit geregelten Mahlzeiten und ohne Diäten aufwachsen, denn Diäten können sehr häufig der Einstieg in eine Essstörung sein. Aus diesem Grund sollten Kinder von vornherein über die negativen Auswirkungen von Diäten aufgeklärt werden. Das Essen sollte mit Genuss und Freude verbunden sein und nicht mit dem Gewicht und Äußerlichkeiten (<http://www.anad-pathways.de/de/36/praevention-essstoerung-tipps-fuer-eltern.html>, Stand: 07.08.2009).

6.5 Strategien um Essstörungen möglichst zu verhindern

- Eltern sollten ihr Kind so akzeptieren wie es ist. Das bedeutet, dass man ihm nicht nur dann Zuwendung gibt, wenn es die Anforderungen der Eltern erfüllt.
- Essen sollte nicht ein Zeichen der Versöhnung oder Zuneigung sein. Man sollte also nicht das Sprechen durch das Essen ersetzen. Auch sollten Mahlzeiten nicht mit Funktionen wie Trösten, Ablenkung oder Ruhigstellen verbunden sein.
- Man sollte keine negativen Anmerkungen bezüglich der Figur der Kinder machen (Kinzl 2004, S. 73).
- Wie schon erwähnt, sollte man das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen stärken. Es ist wichtig, dass man ihnen beibringt, dass Fehler zum Leben dazugehören und die Welt deswegen nicht untergeht.
- Auch ist es wichtig, ein gesundes Körperbewusstsein zu fördern, indem man das Kind rechtzeitig über die Veränderungen des Körpers, welche im Laufe des Lebens eintreten, aufklärt.
- Man sollte Kindern beibringen, ein kritisches Medienbewusstsein zu entwickeln, so dass sie auch weibliche und männliche Schlankkeitsideale und Rollenzuweisungen hinterfragen können.
- Weiters können Essstörungen durch die Vorbeugung von Übergewicht verhindert werden. Das bedeutet, dass man schon früh auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie auf regelmäßige Bewegung achten soll, denn Sport und Bewegung bremsen den Appetit und stärken das Selbstbewusstsein.
- Neben der Bewegung und der Ernährung spielt auch die Kommunikation innerhalb einer Familie eine bedeutsame Rolle. Das Kind sollte das Gefühl haben, dass es den Eltern vertrauen und mit ihnen über diverse Probleme sprechen kann. Auch sollte man die Privatsphäre des Kindes sowie seine Individualität und Selbstständigkeit achten und respektieren
(<http://www.vitanet.de/ernaehrung/essstoerungen/vorbeugung>, Stand: 08.08.2009).

6.6 Maßnahmen bei Verdacht auf eine Essstörung

- Als ersten Schritt gilt es, die Betroffenen vorsichtig anzusprechen. Dabei sollte das Essverhalten nicht sofort in den Mittelpunkt gestellt werden. Es muss eine Vertrauensbasis geschaffen werden.

- Man sollte die Betroffenen dazu ermutigen, eine Untersuchung beim Hausarzt durchzuführen (Elektrolytkontrolle, Knochendichtemessung usw.).
- Erst wenn eine Vertrauensbasis und eine einigermaßen gute Gesprächsbasis vorhanden sind, können weitere Informationen gegeben werden wie Bücher und Telefonnummern von Selbsthilfegruppen.
- Das Ziel ist eine psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie.
- Weiters hat sich die Kontaktaufnahme mit Bezugspersonen der Betroffenen, vor allem mit Freunden, als günstig erwiesen.
- Nicht zu vergessen ist, dass man auch sein eigenes Verhalten hinterfragen sollte. Dabei stehen vor allem das eigene Essverhalten oder andere Suchtverhalten im Vordergrund.
- Bemerkt man ein gestörtes Essverhalten, sollte man dies nicht all zu lang tolerieren, denn bei einem bereits stark gestörten Essverhalten ist eine zu hohe oder zu lange Toleranz gefährlich (Kinzl 2004, S. 74).

Zusammenfassung

Essstörungen sind sehr schwere ernstzunehmende psychosomatische Krankheiten, denen man vor allem in der heutigen Zeit sehr viel Aufmerksamkeit schenken sollte.

Vor allem in den Medien hat die Diskussion um Essstörungen in den letzten Jahren stark zugenommen. Dabei spielt vorwiegend der durch Werbung und Medien (wunderschöne schlanke Models) ausgelöste Schlankeitswahn eine bedeutende Rolle. Es wird der Eindruck vermittelt, dass man schlank sein muss, um sich angemessen in die Gesellschaft integrieren zu können. Vor allem junge Mädchen versuchen, sich zunehmend diesem Schlankeitsdruck anzupassen. Die Wahrheit jedoch ist, dass gutes Aussehen allein und eine schlanke Figur nicht automatisch glücklich machen.

Das Streben nach einer guten Figur kann sehr schwerwiegende Folgen haben und nicht zuletzt in eine der beiden bekanntesten Essstörungen, nämlich in die Magersucht oder in die Bulimie führen. Im Vordergrund dieser beiden Essstörungen steht der gestörte Umgang mit dem Essen. Bei der Magersucht kommt es durch eine vollständige Nahrungsverweigerung zu einer starken Gewichtsabnahme. Der Kontakt zum Körper geht verloren und die Betroffenen kapseln sich im Verlauf ihrer Erkrankung immer stärker von ihren Mitmenschen ab.

Bei der Bulimie leiden die Erkrankten an immer wieder auftretenden Essanfällen und damit einhergehendem selbst induziertem Erbrechen. Das Ziel ist ebenfalls die Gewichtsreduktion. Auch hier isolieren sich die Betroffenen zunehmend und ihre Gedanken kreisen nur noch um das Thema Essen. Bei beiden Erkrankungen kann es zu schweren körperlichen Folgen kommen (Legenbauer/Vocks 2005, S. 11-12).

Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema „Essstörungen – Anorexia nervosa & Bulimia nervosa“ ist es mir möglich, meine Forschungsfrage zu beantworten. Es gibt keine klar definierten Ursachen, die zu einer Essstörung führen. Es gibt aber so genannte Faktoren, die die Entstehung einer Essstörung begünstigen können. Dazu gehören soziokulturelle beziehungsweise gesellschaftliche Faktoren, biologische Faktoren, individuelle Faktoren, familiäre Faktoren und der sexuelle Missbrauch.

Zu den soziokulturellen Faktoren zählen vor allem das gesellschaftliche Schlankeitsideal und die veränderte Rollenerwartung an Frauen. Bei den biologischen Faktoren geht man davon aus, dass auch genetische Einflüsse bei der Entstehung einer Essstörung eine Rolle spielen.

Unter individuellen und familiären Faktoren versteht man auf der einen Seite einen Mangel an Selbstwertgefühl oder Selbstunsicherheit und einen Mangel an Wahrnehmungsfähigkeit, die eigenen Körpersignale wie Hunger oder Sättigung zu deuten. Auf der anderen Seite, also

bezogen auf die Familie, können häufig bestimmte Erlebnisse wie Trennung von einem Elternteil, dem Druck, den elterlichen Ansprüchen nicht gerecht zu werden oder fehlende Kommunikation eine Magersucht oder Bulimie begünstigen.

Neben diesen bereits erwähnten Faktoren spielt auch der sexuelle Missbrauch eine Rolle, denn häufig haben Menschen, die an einer Essstörung leiden, in ihrer Kindheit, im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, sexuelle Verletzungen erlitten.

All diese erwähnten Risikofaktoren können zu einer Essstörung führen. Weiters gibt es aber auch noch auslösende Situationen, zu denen vor allem lebensverändernde oder belastende Ereignisse wie Trennungs- und Verlustängste, Situationen, die mit Verantwortungsübernahme oder auch Situationen die mit Reifungsanforderungen verbunden sind, gehören.

Wichtig ist aber, dass immer ein individuelles Erklärungsmodell erarbeitet wird, denn nicht immer treffen alle Faktoren auf den Erkrankten zu. Es gilt Schritt für Schritt herauszufinden, warum die jeweilige Person in eine Essstörung geflüchtet ist, damit man anschließend auch die passende Therapie anwenden kann.

Literaturverzeichnis

1. Bryant-Waugh, Rachel/Lask, Bryan (2008): Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Rat und Hilfe für Eltern, Bern, Verlag Hans Huber
2. Dannigkeit, Nora/Köster, Grit/Tuschen-Caffier, Brunna (2007): Prävention von Essstörungen. Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen, Tübingen, dgvt-Verlag
3. Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert (2005): Ess-Störungen: Ein Ratgeber für Angehörige, München, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG
4. Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert (2004): Wege aus der Essstörung, Stuttgart, Trias Verlag in MVS
5. Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert (2000): Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung, Weinheim und Basel, Beltz Verlag
6. Kinzl, Johann/Kiefer, Ingrid/Kunze, Michael (2004): Besessen vom Essen, Leoben, Kneipp-Verlag GmbH
7. Lebenbauer, Tanja/Vocks, Silja (2005): Wer schön sein will, muss leiden? Wege aus dem Schönheitswahn – ein Ratgeber, Göttingen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
8. Leibold, Gerhard (1992): Magersucht: Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden, Rastatt, Verlagsunion Erich Pabel-Arthur Moewig KG
9. Pauli, Dagmar/Steinhausen, Hans-Christoph (2006): Magersucht. Information für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher, Göttingen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
10. Reich, Günter/Killius, Uta/Götz-Kühne, Cornelia (2004): Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Binge Eating, Stuttgart, Trias Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart
11. Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2. Aufl., Bern, Verlag Hans Huber
12. Stein-Hilbers, M./Becker, M. (1998): „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“. Zur Prävention von Essstörungen, Braunschweig,
13. Tress, Wolfgang (1997): Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin, 2. Aufl., Stuttgart, F.K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH
14. Vandereycken, Walter/Meermann, Rolf (2003): Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen, Bern, Verlag Hans Huber
15. Zeck, Almut (2008): Essstörungen. Wissen was stimmt, Freiburg im Breisgau, Verlag Herder GmbH

Internetquellen:

- <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/>
(Stand: 8.06.09)
- http://www.meduniqa.at/Magazin/Medizin__Gesundheit/Diaeten_und_Esstoeungen_-_nicht_mehr_nur_eine_Domaene_der_Frauen/ (Stand: 8.06.09)
- <http://www.bulimie-online.de/dossiers/folgen/schaeden.htm> (Stand: 27.06.09)
- http://www.onmeda.de/krankheiten/ess_brech_sucht-verlauf-1526-10.html
(Stand: 27.06.09)
- http://www.onmeda.de/krankheiten/ess_brech_sucht-symptome-1526-6.html
(Stand: 27.06.09)
- <http://www.sowhat.at/zahlenunddaten.asp#03> (Stand: 11.08.09)
- <http://www.anad-pathways.de/de/36/praevention-essstoerung-tipps-fuer-eltern.html>
(Stand: 07.08.2009)
- <http://www.vitanet.de/ernaehrung/essstoerungen/vorbeugung> (Stand: 08.08.2009)