

Bachelorarbeit

Medizinische Universität Graz
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Anorexia Nervosa

Maria Barbara Scherz

Geb. 16.09.1989

Lehrveranstaltung:
Pathophysiologie

Betreuerin:

Assoz.-Prof. Dr. Sandra Wallner-Liebmann

Zentrum für Molekulare Medizin
Institut für Pathophysiologie und Immunologie
Medizinische Universität Graz
Heinrichstraße 31a, A-8010 Graz

Abgabe: Graz, November 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 24. November 2012


Maria Barbara Scherz

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	0
Einleitung	3
Geschichtlicher Hintergrund	4
Definition	5
Ätiologie und Epidemiologie	7
Biologische Einflüsse	9
Gesellschaftliche Einflüsse	10
Psychologische Aspekte	10
Zahlen und Fakten	11
Formen und Typen der Anorexia Nervosa	14
Pubertätsmagersucht	14
Magersucht im Erwachsenenalter	16
Klinik und Diagnose	16
Komplikationen und Folgeschäden	18
Auf allgemeinmedizinischem Gebiet	18
Auf internistischem Gebiet	18
Auf dermatologischem Gebiet	19
Auf zahnärztlichem Gebiet	19
Auf HNO-ärztlichem Gebiet	19
Auf endokrinologischem- und gynäkologischem Gebiet	19
Folgen der Pubertätsmagersucht	20
Seelische Folgen der Magersucht	21
Therapie und Behandlung	22
Therapie der klinischen Folgeerkrankungen	23
Therapie seelischer Folgeerkrankungen	24
Das Vier-Phasen-Model des TCE	25
Prognose	27
Schlussfolgerung	28
Quellen	29
Literaturverzeichnis	29
Abbildungen	30
Tabellen	31

Einleitung

Beinahe jede Zeitschrift bildet auf Ihrem Cover eine Frau mit Idealmaßen ab. Die Argumentationen dazu sind meist dieselben- es bringt bessere Verkaufszahlen. Den Konsequenzen darüber sind sich die Herausgeber damit nicht bewusst- ihre Rolle als Vorbilder, sondern nur sie haben nur das Ziel den neuesten Trend zu setzen.

Je öfter man in die Zeitung blickt desto öfter liest man von Mädchen und jungen Frauen die ihre Sucht nach „weniger“ das Leben gekostet hat.

Um zu verstehen, warum junge Frauen und Mädchen aber auch vermehrt Jungen und junge Männer so verhängnisvoll mit ihrem Körper umgehen, habe ich mich entschlossen meine Bachelorarbeit zum Thema Anorexia Nervosa zu schreiben.

Ich möchte aber auch die klinischen Komplikationen, näher betrachten und welche Vergehen. Aus der deutschen Bezeichnung der “Magersucht“ will ich die Sucht, die hinter dieser Krankheit steckt und die Schwierigkeiten der Behandlung körperlicher und seelischer Probleme, deutlich darstellen.

Ich beginne mit dem geschichtlichen Hintergrund von Anorexia Nervosa, um die persistente Problematik der Störung zu erklären. Dies bringt mich dann zur Definition verschiedener Formen von Anorexia und leitet mich zur Epidemiologie und. Ätiologie weiter. Als nächsten Schritt werde ich die Formen der Krankheit beschreiben, wie auch Verlauf, Komplikationen, sowie die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung anorektischer Personen.

Mit einer Prognose über die weitere Entwicklung der Prävalenz und Therapiemöglichkeiten. Mit der Schlussfolgerung schließe ich meine Arbeit ab.

Geschichtlicher Hintergrund

Janssen et.al beschreiben in ihrem Buch, Klinik der Essstörungen, die Anorexia Nervosa als eine historische Kontinuität. Es gibt drei Typen extremen historischen Fastens. Zum ersten wäre das, das Asketisch-mystische Fasten. Diese Art des Fastens tritt bereits im Spätmittelalter auf. Der Hintergrund des Fastens liegt aber nicht im Sinne des Gewichtsverlustes, sondern hat einen religiösen-mystischen Hintergrund und war so Bestandteil einer asketischen Lebensweise.

Vom Sechzehnten bis neunzehnten Jahrhunderts, treten die sogenannten säkularen Fastenwunder auf, diese unterscheiden sich aber deutlich von der heutigen Auffassung der Magersucht.

Der dritte historische Typ ist die Magersucht. Dieser unterscheidet sich von der vorhergegangenen, durch die subjektive Bedeutung von Körper und Gewicht bzw. Körpervolumen. Das Fasten wird als bewusster Prozess zur Beibehaltung des Gewichts gesehen.

Als Syndrom tritt Magersucht, aber auch Bulimie, bereits in den Sechziger- und Siebziger Jahren des Neunzehnten Jahrhunderts auf. Erste Krankheitsberichte über Magersucht stammen von den Franzosen Marcé und Lasègue und dem Italiener Brugnoti.

Zwischen 1880 und dem Ersten Weltkrieg erscheinen erste Arbeiten zum Thema Magersucht, welche auch eine psychologische Betrachtungsweise der Krankheit inne haben. In den Jahren nach 1960 erarbeiteten Mara Selvini Palazzoli und Hilde Bruch, beide Analytikerinnen, einen Weg der heute noch immer geltenden differentialdiagnostischen Kriterien der Magersucht.

Die Entwicklung, wie man mit Nahrung- und Nahrungsmitteln umging und auch heute umgeht, stellt eine wichtige Hintergrundinformation dar. Es lassen sich drei große Veränderungen feststellen. Erstens die Selbstverständlichkeit der Nahrung und dessen Verfügbarkeit, als Folge der Industrialisierung: die Versorgung wurde regelmäßiger und der Hungertod konnte verringert werden, aber auch die Menge der Nahrungsmittel wurde durch den Prozess der Industrialisierung seitens der Landwirtschaft gesteigert und diverse Konservierungsmethoden machten Lebensmittel länger haltbar und dadurch auch transportfähig.

Zweitens die De-ritualisierung der Nahrungsaufnahme: früher wurde das gemeinsame zu sich nehmen von Nahrung als Ritual angesehen, heutzutage erfolgt die Nahrungsaufnahme, je nach sozialer Schicht, sehr unterschiedlich und in vielfältiger Weise. Der Umgang mit Nahrung und anderen Tischgästen ist informeller geworden, so ist

Zeitpunkt und Ort der Nahrungsaufnahme nicht mehr ausschlaggebend, oft wird auch allein gegessen, was heute normal ist, wurde früher als Strafe genutzt. Der Prozess der Deritualisierung lässt sich aber positiv mit Flexibilisierung, Mobilisierung und Individualisierung behaften.

Die dritte historische Veränderung der Nahrungsaufnahme hängt mit den neuartigen Normen dieser zusammen. Der moderne Überfluss an Nahrung eröffnet neue Motive für die Nahrungsaufnahme. So wird heute gemeinsam gegessen um Spaß zu haben, sich die Zeit zu vertreiben oder auch um die Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Dies alles sind normative vermittelte Motive, welche alle als Hintergrund die Gestaltung des eigenen Körpers haben.

Betrachtet man die Geschichte länger zurück, beispielsweise bis in die Gotik, gab es auch dort bereits das Bild des schlanken Körperideals und lässt erkennen, dass diese Form seinen Körper zu gestalten, nicht nur für die heutige Zeit einmalig ist. Die wichtigste historische Innovation findet sich aber nicht in der Körperform, sondern in der Technik diese zu erreichen wieder. In der Geschichte wurde das Korsett, als externer Schlankmacher, verwendet um einem Ideal zu entsprechen- in der heutigen Kultur sind es Diäten.

Dieser Hintergrund kann als Grundlage zum Verständnis, wie Magersucht entstand, gesehen werden. (Janssen et al. 1997. S. 1-5)

Definition

Der Pschyrembel online beschreibt die Definition von Anorexia Nervosa als: *„psychogene Essstörung mit selbst herbeigeführtem Untergewicht von mind. 15 % unterhalb des Normwerts bzw. mit einem Body-Mass-Index [...] von $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$.“* (Pschyrembel Online¹)

Diese Definition ist die Medizinische Betrachtungsweise, bzw. dies sind die Kriterien welche die Person erfüllt bzw. erfüllen muss um als an Anorexia Nervosa erkrankte Person zu gelten und entsprechend der Krankheit behandelt zu werden.

Laut Berlinghoff et al. gehört zum Verlust des Körpergewichts auch die starke Angst vor der Gewichtszunahme bzw. dem Dickwerdens, sowie die gestörte Wahrnehmung des Körpers hinsichtlich Gewicht, Größe oder Form des Körpers dazu (siehe Abb. 1). Ein

weiterer Punkt der Diagnosekriterien ist, dass bei Frauen mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen nach der Menarche aussetzen, sich die Menarche (erste Monatsblutung) verspätet oder was einer primären oder sekundären Amenorrhoe bei der Frau entspricht. (Gerlinghoff et al. 1995. S. 5)

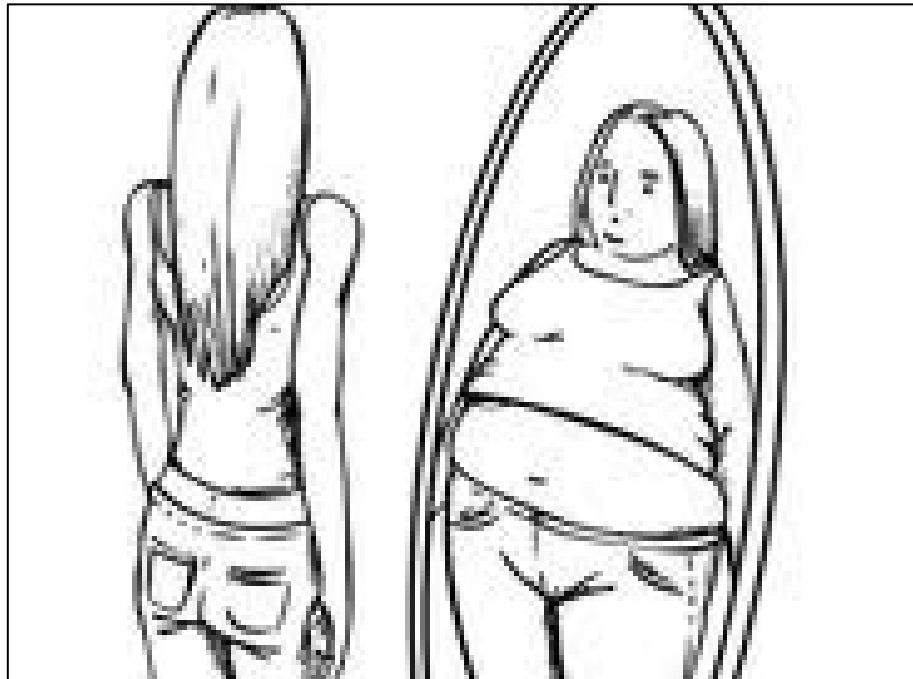


Abbildung 1: Gestörte Körperwahrnehmung (Rhein Ruhr Med. Online)

Feiereis beschreibt aber auch, dass die lateinische Bezeichnung Anorexia Nervosa nicht so zutreffend ist wie die deutsche Bezeichnung Magersucht. (Feiereis 1998. S. 17)

Der klinische Begriff "Anorexie" heißt eigentlich "Appetitlosigkeit", die bei Anorexia Nervosa Patienten nicht beobachtet wird. Der Begriff Anorexia Nervosa beschreibt aber das Folgebild der Kachexie.

Jansen et al. definiert auch eine aktive und klassisch passive-restriktive Form der Magersucht. Bei der klassisch passiv-restriktiven Form der Magersucht erfolgt die Gewichtsabnahme durch intermittierende Nahrungsverweigerung oder extrem kalorienarme Ernährung. Im Vergleich dazu die aktive Form, bei dieser werden auch Laxantien, Diuretika, Appetitzügler oder auch Schilddrüsenhormone zum Verlust von Körpergewicht verwendet. (Jansen et al. 1997. S. 8)

Ätiologie und Epidemiologie

Die Ätiologie für Anorexia Nervosa wird von Pschyrembel folgendermaßen definiert: *multifaktoriell; Krankheitsbeginn meist mit kalorienreduzierter Diät, führt bei genet.-biol. Vulnerabilität in Interaktion mit Umweltfaktoren zur Erkrankung* (Pschyrembel Online³)

oder auch als

komplexe psychosomatische Erkrankung mit Körperschemastörung: verzerrte Körperwahrnehmung, Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Körpergewicht und -gestalt, Furcht vor Gewichtszunahme. Ein schwaches Selbstbewusstsein und Perfektionismus sind Persönlichkeitszüge, die häufig schon vor Ausbruch der Erkrankung vorhanden sind. Patienten mit Anorexia nervosa neigen zu zwanghaftem Verhalten bzw. Perfektionismus in allen Lebensbereichen. Der Hauptgrund für Magersucht ist heute laut der Mehrzahl der Therapeuten in der Familie zu suchen. (Pschyrembel Online¹)

Psychopathologisch steht bei der Anorexia Nervosa die extreme Angst vor einer Gewichtszunahme im Vordergrund, sowie eine daraus resultierende Zentrierung auf das Körpergewicht, welches somit zum Mittelpunkt des Fühlens, Denkens und Handelns wird. In Zusammenhang damit tritt die Störung der Körperwahrnehmung, bzw. Körperschemastörung auf. Der Körper oder auch nur Teile des Körpers werden als zu dick wahrgenommen, wobei dies aber eine Fehleinschätzung der Person ist.

Sozial wirkt sich Anorexia Nervosa in Form von Isolation aus. Anorektische Personen ziehen sich meistens aus dem gesellschaftlichen Leben zurück, da viele gesellige Aktivitäten meist etwas mit Essen zu tun haben. Interessant dabei ist aber, dass sich anorektische Frauen und Männer gerne mit Kochen an sich beschäftigen. Es werden Kochbücher gelesen und für ihre Mitmenschen wird auch gerne festlich und üppig, jedoch ist der Gedanke selbst davon zu essen, für sie eine Qual.

Anorexia Nervosa erkrankte Personen werden meist als Musterschüler beschrieben, die alles konnten und perfekt machten und damit die Erwartungen erfüllten.

Meist sind mit der Anorexia Nervosa auch endokrinologische Auffälligkeiten verbunden. Bei den Frauen kann dies zu Amenorrhoe führen, aber auch Veränderungen des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus oder einen erhöhter Wachstums- und/ oder Cortisolspiegel. (DHS 2004. S. 14-15)

Das Risiko an Anorexia Nervosa zu leiden ist in der Bevölkerung keineswegs gleich verteilt. So treten Essstörungen im Allgemeinen vermehrt in bestimmten Gruppen auf, die Prävalenz dafür, wird von den Variablen Geschlecht, Alter und soziale Schicht stark beeinflusst. So haben Frauen eine Prävalenz von 0,5 bis 1%.

Weiteres ist aus Tabelle 1 auch ersichtlich, dass 95% aller Erkrankten Frauen bzw. Mädchen sind, die zwischen zwölf und dreiundzwanzig Jahre alt sind. Der Erkrankungsgipfel liegt bei vierzehn und achtzehn Jahren und die meisten an Anorexia Nervosa erkrankten Personen, gehören der höheren Mittelschicht an.

Prävalenz	Frauen 0,5-1%
Geschlecht	ca. 95% aller Erkrankten sind weiblich
Alter/ Erkrankungsgipfel	12- 23 / 14 und 18. Jahr
Soziale Schicht	Vor allem: höhere Mittelschicht

Tab 1: Essstörungen- Epidemiologische Risiken (DHS 2004. S.8)

Die Lebenszeit-Prävalenz in westl. Industrieländern liegt bei 0,3–1 % bei Frauen bzw. 0,03–0,1 % bei Männer, der Altersgipfel: liegt zwischen dem zehnten und fünfzehnten Lebensjahr. (Pschyrembel Online³).

Vergleicht man die Werte der DHS mit den Werten von Pschyrembel sind diese fast identisch.

Bestehende gesellschaftliche Rollenbilder der Frau stellen eine große Herausforderung dar: zum einen sollen Frauen weiblich sein, damit ist gemeint, sie sollen lieb, emotional, freundlich, anschmiegsam und ein wenig ängstlich sein. Andererseits wird von einer modernen Frau aber auch Durchsetzungsvermögen, Leistungsfähigkeit und Selbstsicherheit verlangt. (DHS 2004. S. 8-9)

Dieses Spannungsfeld ist extrem belastend und führt häufig in die Anorexia Nervosa, einem Krankheitsbild, das das "Frausein" ausschließt.

Leibold (1992) schreibt, dass der Mensch bereits von der frühesten Kindheit an, den Zwängen und Forderungen der Gesellschaft unterliegt und sich mit diesen auseinandersetzen muss. Der Prozess des Hineinwachsens in die Gesellschaft ist stark von der Erziehung, aber auch der Vorstellung der Gesellschaft, die als Kind gewonnen wird, geprägt. (Leibold 1992. S.45-)

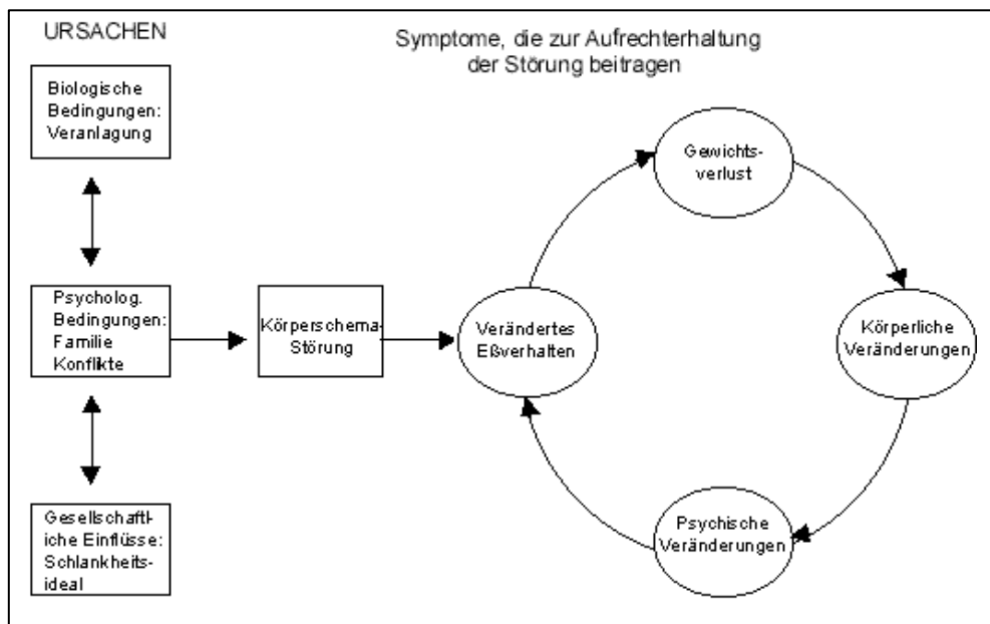


Abb.2: Faktoren die bei der Entstehung von Anorexia Nervosa einwirken (Stangl Online)

Die Ursachen die zu Anorexia Nervosa führen sind vielseitig. Es gibt mehrere Arten die Einflüsse darzustellen, ich habe mich für die Gruppierung in biologische, psychologische und gesellschaftliche Einflüsse entschieden. (Siehe Abbildung 2)

Biologische Einflüsse

Stangl beschreibt bei den biologischen Einflüssen unter anderem auch die genetische Veranlagung. Er gibt folgendes Beispiel dazu: die Wahrscheinlichkeit, dass der eineiige Zwilling einer anorektischen Patientin ebenfalls an Magersucht leidet, liegt etwa bei 50%. Bei zweieiigen Zwillingen hingegen liegt diese Wahrscheinlichkeit bei unter 10%. (Stangl Online)

Zu demselben Schluss kommen auch Janssen et al. (1997. S. 11)

Feiereis meint dazu, dass in Familien mit Erkrankten, Magersucht häufiger vorkommt als in der Durchschnittsbevölkerung. Es können aber keine sicheren Schlüsse auf genetisch determinierende Faktoren gezogen werden. (Feiereis 1998. S. 87-88)

Gesellschaftliche Einflüsse

Im Gegensatz zu Ländern der Dritten Welt, lässt sich in den Industrieländern einerseits ein Überfluss an Nahrungsmitteln in der Gesellschaft feststellen, andererseits lässt sich aber ein immer rigider werdendes Figurdiktat erkennen, dessen Schlankheitsnormen kaum noch erreichbar sind. Attraktivität steht nicht nur mehr für Wohlstand und Erfolg, sondern auch für seelisches Gleichgewicht und Wohlbefinden- doch der Preis dafür liegt sehr hoch. (Janssen et al. 1997. S. 11)

Magersucht ist v. e. in den Industrieländern prävalent, nicht aber in den Ländern der Dritten Welt. Auch die gesellschaftlichen Entwicklungen von Freizeit und Freizeitstress tragen als Faktor zur Steigerung von Anorexia Nervosa Erkrankungen bei, vor allem in der konservativen - bis gehobenen Mittelschicht. (Gerlinghoff et al.1995. S. 20-23)

In den Familien anorektischer Frauen und Männer lässt sich klar das Bild einer ´stark gebunden´ Familie erkennen. Diese interaktionelle bzw. familiendynamische Perspektive zeigt, dass sich die anoreksche Person in der Familie als Ableiter für Spannungen und Konflikte sehen, sich aber auch gleichzeitig als Knotenpunkt für den Zusammenhalt der Familie einsetzen. Das Aufbürden dieser Verantwortung veranlasst Kinder/ Jugendliche sich gegen das Erwachsenwerden zu wehren. (DHS 2004. S. 15-16)

Feiereis (1998) beschreibt auch die pathogenen Einflüsse von Medien, wie zum Beispiel Illustrierte, Reisemagazine aber auch Film und Fernsehen propagieren das Schlankheitsideal. Dadurch steigt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Das Gewichtsbewusstsein wird verstärkt- Diäten und vermehrt bis extreme sportliche Aktivitäten sind die Folge. (Feiereis 1998, S. 91)

Psychologische Aspekte

Psychologische Aspekte der Magersucht sind sehr vielseitig. Für pubertierende Mädchen bietet die Krankheit einen Schutz vor dem Erwachsenwerden. So versteht die

psychoanalytisch-trieb-theoretische Erklärung Anorexia Nervosa als eine Form der Abwehr von sexuellen Wünsche, aber auch als Möglichkeit, die psychosexuellen Entwicklungskrisen der Pubertät zu beenden und in die scheinbar heile Kinderwelt zurück zu kehren. Weiteres werden sexuelle Regungen nicht oder nur vermindert wahrgenommen. Zur Begründung dieser Sichtweise führt, dass durch die Mangelernährung, die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale kaum bis gar nicht stattfindet. Durch diese fehlende Ausbildung wird auch die sexuelle Signalwirkung reduziert. (DHS 2004. S.15)

Abbildung 2 zeigt die Interaktion aller drei Einflussfaktoren. Zuerst beginnt die leidende Person ihr Essverhalten zu ändern, in dem sie fastet. Sie verliert Gewicht und realisiert dabei, dass sie in gewisser Weise autonom ist. Es kommt zu körperlichen Veränderungen, durch welche sich die betroffene Person aus gewissen Zwängen und Normen befreien kann, was ihre Denkweise weiter verändert. Sie fastet weiter und ihr Denken dreht sich nur um den Körper und das Gewicht. Der Kreislauf beginnt.

Zahlen und Fakten

Eine genaue Zahl an Anorexia Nervosa leidenden Personen kann nicht genannt werden, da in vielen Fällen die Krankheit noch nicht diagnostiziert wurde. Um aber einen Anhaltspunkt zu geben, so beläuft sich laut Statista GmbH die Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie für das Jahr 2010, auf rund 6.300 Fälle. (Statista GmbH Online)

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, ist die Häufigkeit von Hinweisen auf Anorexia Nervosa bei Mädchen zwischen elf und siebzehn Jahren mit Werten zwischen 20% und 35% sehr hoch. Laut dieser Abbildung weist jedes vierte bis fünfte Mädchen im Alter von elf und dreizehn Jahren Hinweise auf Essstörungen auf. Den Gipfel mit jedem dritten Mädchen das Hinweise auf eine Essstörung gibt, liegt zwischen vierzehn und sechzehn Jahren.

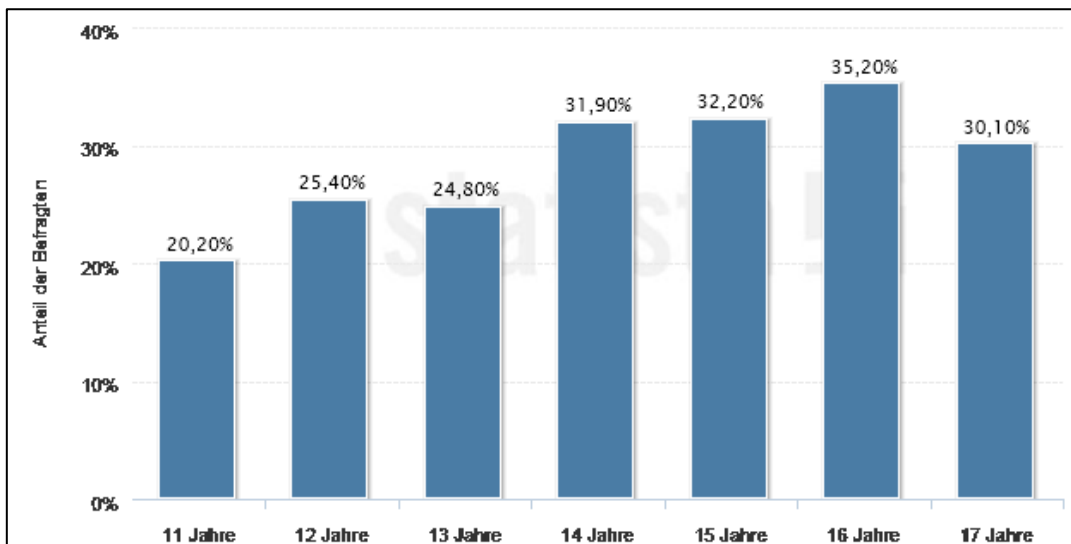


Abb. 3: Häufigkeit von Hinweisen auf Essstörungen bei Mädchen von 11 bis 17 Jahren (Statista GmbH Online)

Bei Jungen nehmen die Hinweise auf Essstörungen mit zunehmendem Alter ab. So gibt es zwar bei den Elf jährigen noch bei jeden Fünften einen Hinweis auf Störungen, bei den Siebzehnjährigen nur bei jedem Achten.

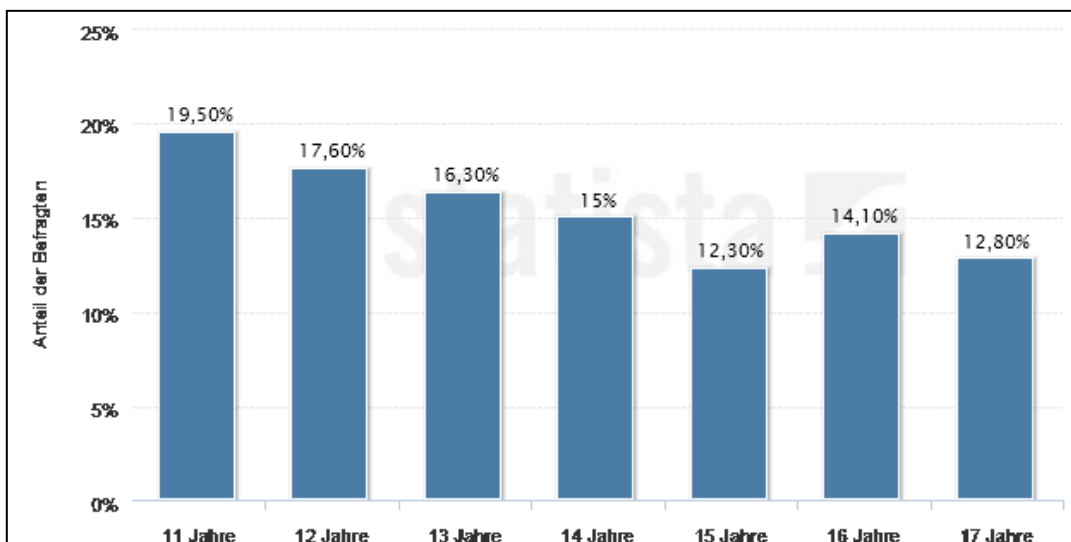


Abb. 4: Häufigkeit von Hinweisen auf Essstörungen bei Jungen von 11 bis 17 Jahren (Statista GmbH Online)

Vergleicht man nun Abbildung 2 und Abbildung 3 miteinander, kann man klar erkennen, dass der Gipfel bei Jungen und Mädchen anders verteilt ist. Bei genauerem Betrachten,

gibt es bei den Jungen im Allgemeinen weniger Hinweise auf Essstörungen als bei Mädchen.

Abbildung 5 zeigt die Anzahl der Todesfälle in Deutschland für die Zeit zwischen 1998 und 2010. So sind im Jahr 2010 82 Personen an diagnostizierter Magersucht in Deutschland verstorben, 1998 „nur“ 33 Personen. Einen Gipfel mit 100 Personen wurde 2008 erreicht. Es lässt sich eine leicht steigende Tendenz erkennen, diese ist aber nicht geradlinig- es lassen sich klare Höhen und Tiefen erkennen.

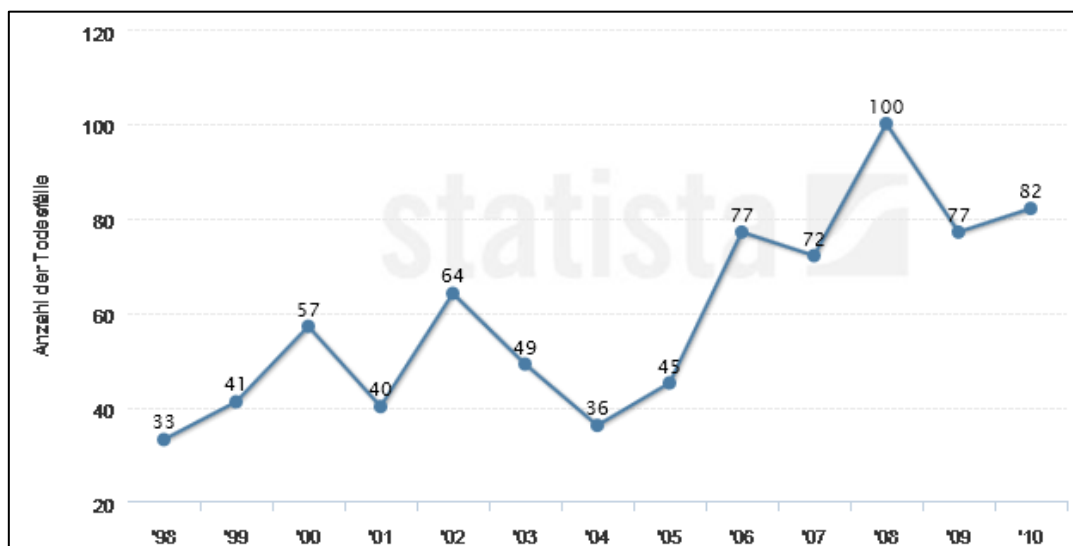


Abb. 5: Todesfälle aufgrund von Essstörungen in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2010 (Statista GmbH Online)

Formen und Typen der Anorexia Nervosa

Bei Anorexia Nervosa, können mehrere Krankheitsbilder bzw. Typen unterschieden werden.

Auf Grund der Erstmanifestation unterscheidet man die Pubertätsmagersucht von der Magersucht im Erwachsenenalter. Beide Formen können sich zur chronischen Magersucht weiterentwickeln.

Eine weitere Unterscheidung bezieht sich auf das Auftreten von Essanfällen und entsprechender Kompensation (Wie zum Beispiel Abführmittel).

Wichtig ist hierbei jedoch, dass die Art und Weise wie Gewicht verloren wird, in der Pubertätsmagersucht wie auch in der chronischen Magersucht auftreten können.

Pschyrembel Online (Schwerpunkt Psychiatrie) trifft eine Einteilung auf Grundlage passiver und aktiver Magersucht und unterscheidet dabei folgende Typen:

- **1. restriktive A. n.:** Gewichtsverlust (u. U. vital bedroht. Kachexie) ausschließl. durch Einschränkung der Nahrungszufuhr u./od. verstärkte körperliche Aktivität;
- **2. A. n. mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden (Purging);**
- **3. A. n. mit bulimischen Attacken (Bulimarexie):** eingeschränkte Nahrungszufuhr unterbrochen durch sog. objektive Essattacken, Gewichtszunahme vermieden durch gewichtsreduzierende Maßnahmen; selten nach vorbestehender Bulimia nervosa. (Pschyrembel Online³)

Pubertätsmagersucht

Definition: „*alte ungenaue Bez. für Anorexia nervosa, denn die Erkrankung beginnt häufig, jedoch nicht immer in der Adoleszenz u. kann weit ins Erwachsenenalter persistieren.*“ (Pschyrembel Online²)

Eine genaue Definition für Pubertätsmagersucht gibt es nicht, da Pubertätsmagersucht eigentlich nur durch den Zeitpunkt des Auftretens, in der Pubertät, gekennzeichnet ist.

DHS (2004) beschreibt, dass Anorexia der Pubertät dieselben diagnostischen Kriterien vorweist, wie bei der erwachsenen Form. Eine exzessive Sorge um Figur und Gewicht stehen im Vordergrund. Durch das extreme Hungern kommt es auch zu einer Verzögerung der pubertären Entwicklung. Weiteres ist auch das Wachstum stark betroffen, der Grad der Beeinträchtigung ist hängt direkt mit Beginn der Erkrankung

zusammen, damit ist gemeint, je früher die Krankheit beginnt- desto gravierender sind die Auswirkungen.

Ausschlaggebend für die Erkrankung ist unter anderem der Druck des Schlankheitsideals. So haben auch schon mehr als ein Drittel der Kinder zwischen sieben und dreizehn Jahren bereits eine Diät gemacht bzw. einen Diätversuch unternommen. (DHS 2004. S. 34)

Stangel schreibt dazu, dass die Magersucht meist in der Pubertät ausgelöst wird, denn zu diesem Zeitpunkt beginnt die Veränderung des Körpers. Mädchen werden zu Frauen. Die Verunsicherungen und Zweifel die diese Veränderung mit sich bringt, wird meist an der äußeren Erscheinung und dem Gewicht festgemacht. Mädchen beginnen unter anderem in ihrem Körper zu leiden und fühlen sich unwohl. Sie beginnen mit einer Diät, die aber so extrem wird, dass diese einst gesunden Mädchen an Magersucht leiden. Aufgenommen werden nur geringe Mengen an Nahrung, meist auch nur Obst und Gemüse. Wichtig für diese ist, dass sie eine möglichst geringe Menge an Kalorien aufnehmen. Dieses Hungern, aber auch die Kontrolle über die Nahrungsmittel kann für die Betroffenen unterschiedliche Bedeutungen haben. Zum einen fühlen sie sich überlegen, da sie stärker sind als ihr Körper, aber auch stolz auf sich selbst, da sie nur gesunde Lebensmittel zu sich nehmen. Dieses Gefühl der Überlegenheit gegenüber anderen wird auch meist durch Ehrgeiz und eine erstaunliche Leitungsfähigkeit in der Schule geprägt. Körpersignale wie Hunger, Müdigkeit oder Kälteempfinden werden entweder fehlgedeutet oder ihnen wird nicht entsprochen. (Stangel Online)

„Pubertätsmagersucht ist kein neurotisches Phänomen wie andere; sie ist etwas Besonderes.“ Für Freunde und Familienangehörige einer Erkrankten, ist es ein bedrohliches und nur schwer nachvollziehbares Verhalten einer/eines Tochter/ Sohnes, Schwester/Bruders oder einer/eines Freundin/Freundes. Die Reaktionen von Angehörigen sind vielseitig- von mitfühlend bis hin zur Bewunderung. Wie kann dieser Mensch soweit kommen, dass er/sie nichts mehr isst und sogar den Tod in Kauf nimmt- mit der Behauptung sich wohl zu fühlen während die Familie um ihr/sein Leben kämpft. (Habermas 1994. S. 14)

Magersucht im Erwachsenenalter

Magersucht im Erwachsenenalter unterscheidet sich nur geringfügig von der Pubertätsmagersucht. Denn auch hier kreisen die Gedanken immer um die Themen Körper und Körpergewicht. Die Reduktion des Gewichtes steht im Vordergrund. Verglichen mit der Pubertätsmagersucht, kommt es hier zu einem vermehrten Einsatz von Laxantien, Diuretika und Appetitzüglern, kurz gesagt liegt im Erwachsenenalter meist eine aktive Magersucht vor. Bei Anorexia Nervosa im Erwachsenenalter kommt allerdings auch vermehrt zu Essanfällen. Die zu sich genommene Nahrung wird aber nach Beendigung des Anfalls sofort wieder erbrochen. (DHS 2004.S. 34)

Klinik und Diagnose

Die Klinik der von Anorexia Nervosa ist gekennzeichnet durch

„extrem langsames u. auffälliges Essverhalten (Meiden kalorienreicher Speisen), Rituale beim Essen; Einengung des Denkens auf Körpergewicht, Kalorienzählen u. Vermeidung einer Gewichtszunahme; häufig nahrungsbezogene Zwangsgedanken u. Zwangshandlungen, z. B. Horten von Nahrungsmitteln, z. T. auch komorbide, nicht essensbezogene Zwangsstörung; exzessive Gewichtskontrolle; Körperschemastörung; blasse, trockene, raue Haut, Haarausfall, Lanugobehaarung, Bradykardie, arterielle Hypotonie, Durchblutungsstörungen der Akren, Akrozyanose, Obstipation, Leukopenie, Wachstumsstopp, Osteopenie u. ggf. Osteoporose; Amenorrhö über mind. 3 aufeinander folgende Zyklen (nicht bei pharmak. Hormonsubstitution), Libidoverlust, ausbleibende Brustentwicklung, Körpergewicht unter 85 % der Norm [...]; bei frühem präpuberalem Beginn ggf. Ausbleiben der Pubertät u. Kleinwuchs; soziale Folgen: zunehmende Vernachlässigung anderer Lebensbereiche bei gleichzeitigem Versuch, in Schule od. Beruf weiter gute Leistungen zu erbringen; soziale Isolation“ (Pschyrembel Online³)

Bei einer zweiten Definition des Klinischen Bildes einer anorektischen Frau zählt Pschyrembel auch erhöhte körperliche Aktivität, die Verwendung von Medikamenten und eine fehlende Krankheitseinsicht dazu. (Pschyrembel Online¹)

Zum einen treten bei an Anorexia Nervosa erkrankten Personen Veränderungen des Stoffwechsels auf. So ist der Transport des Speisebreies durch den Magen stark

verlangsamt, was unter anderem ein Grund für das Sättigungsgefühl sein könnte. Viele andere Faktoren beziehen sich auf zentrale, im Hypothalamus angesiedelte Steuermechanismen für Hunger und Sättigung. Auch das Hormon Cholezystokinin, welches in der Darmschleimhaut produziert wird, verzögert die Magenentleerung und löst als Neurotransmitter ebenfalls das Sättigungsgefühl aus.

Eine weitere Theorie wird in Zusammenhang mit erhöhten Endorphinen gesehen. Da Endorphine unter anderem zu den opiatähnlichen Substanzen zählen, könnte dies eine Erklärung für den suchartigen Charakter der Krankheit geben. Diese Theorie konnte aber nicht vollständig verifiziert werden, es geht aber aus anderen Studien hervor, dass die Gabe von Opiatantagonisten zu einer Verbesserung der Esssymptomatik führt. (Gerlinghoff et al. 1995. S. 13-14)

Diese medizinischen Symptome und Befunde sind meist ausschließlich Folgen der Unterernährung die mit der Ursache der Krankheit meist nichts zu tun haben. Somit ist es die Aufgabe des Arztes, Krankheitszeichen und -befunde zu erkennen, richtig einzuordnen und zu gewichten. Dies ist meist eine große Herausforderung, da anorektische Patienten ihre Symptome leugnen, verharmlosen oder verschweigen.

Um aber tatsächlich eine Anorexia Nervosa feststellen zu können, müssen nicht nur die Folgeerscheinungen des Fastens vorhanden sein, auch ein psychologisches Gespräch soll/ muss mit der/dem anorektischen Patienten/in geführt werden um psychischen Krankheiten wie zum Beispiel Schizophrenie ausschließen zu können. (Gerlinghoff et al. 1999. S. 163-169)

Der klinische Befund besteht somit nicht nur aus der Erhebung der Folgeerkrankungen, sondern auch aus einem strukturiertem diagnostischen Interview und/ oder Fragebögen. (Pschyrembel Online¹)

Sind alle klinischen Erscheinungen vorhanden und können zugleich andere psychologische Krankheiten ausgeschlossen werden, liegt die Diagnose einer Anorexia Nervosa vor.

Komplikationen und Folgeschäden

Die Folgen des Abmagerns sind vielseitig. Zuerst kommt es „nur“ zum Verlust von Fettgewebe und Skelettmuskulatur was den Körper betrifft, andererseits kommt es auch zu Veränderungen der Denkweise und des Seins.

Trotz des enormen Untergewichts scheinen anorektische Personen relativ gesund. Jedoch können gravierende Schäden in allen Bereichen und Gebieten des Körpers im Zusammenhang mit der Anorexie auftreten.

Auf allgemeinmedizinischem Gebiet

- Kachexie
- Hypothermie
- Bradypnoe
- Akrozyanose
- Schlafstörungen
- Osteoporose

Auf internistischem Gebiet

- Kardiovaskuläre Veränderungen: Herztrophie mit Bradykardie und Hypertonie
- Verlangsamter Herzschlag der zu Schwindel und Ohnmachtsanfällen führen kann
- Niedrige Pulsfrequenz
- Nierenschäden
- Hämatologische Unterfunktion mit Anämie und Leukopenie
- Verminderte Nierenkonzentrationsfähigkeit mit Polyurie und Nierenversagen im Extremfall
- Anfälligkeit für Entzündungen
- Immunologische Dysfunktion mit F-Zellenunterfunktion und verminderter Markphagozytose
- Gastrointestinale Veränderungen
- Elektrolytimbalancen
- Periphere Ödeme
- Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin

- Zinkmangel
- Epileptische Anfälle und Dehydratation bei Einschränkung der Trinkmenge

Auf dermatologischem Gebiet

- Atrophie, trockene Haut
- Gelbliche Hautfarbe
- Haarausfall
- Lanugobehaarung
- Oberflächliche Narben am Handrücken
- Liegegeschwüre (im Extremfall)
- Brüchige Finger- und Zehennägel
- Trommelschlegel- Finger

Auf zahnärztlichem Gebiet

- Zahnschmelzerosionen bei häufigen Erbrechen (bei Anorexie mit bulimischen Zügen)

Auf HNO-ärztlichem Gebiet

- Schmerzlose Ohrspeicheldrüsen Schwellung (hervorgerufen durch häufiges Erbrechen)

Auf endokrinologischem- und gynäkologischem Gebiet

- Erhöhter Adrenalin Spiegel
- Amenorrhö bei Frauen bzw. Libido- und Potenzverlust bei Männern
- Änderung des peripheren Schilddrüsenhormon-Metabolismus
- Erhöhter Wachstums- und Cortisol Spiegel.

(Pschyrembel Online¹ und DHS 2004. S. 16-17)

Stangl bezieht auch eine Studie der Columbia University, Center for Eating Disorders mitein, die zeigt, *dass in Abhängigkeit vom Ernährungsstatus sich auch die Gehirnmasse abbaut und nach einer Hungerperiode wieder aufbaut. Man verglich die Gehirnsanbilder von gesunden jungen Frauen mit denen von weiblichen Patienten, die wegen Magersucht stationär in Behandlung waren, und es zeigte sich, dass Frauen, die gerade hungerten, deutlich weniger Gehirnvolumen aufwiesen als ihre gesunden Geschlechtsgenossinnen,*

wobei das Ausmaß der Reduktion von der Dauern des Hungerns abhing. Als die magersüchtigen Frauen also unter dem Einfluss der Therapie wieder normal zu essen begannen, nahm ihr Hirnvolumen wieder zu.“ (Stangl Online)

Aber auch die Gedanken bzw. das Denken anorektischer Personen stellen einen wichtigen Teil der Krankheit dar. Im Mittelpunkt des Denkens steht bei einer Anorexia Nervosa kranken Personen immer das Gewicht und der Gedanke des zu dick seins verbunden mit der Fehleinschätzung des eigenen Körpers. Bei Gedanken an Nahrungsmittel die zu sich genommen werden, steht das Hauptaugenmerk auf die Anzahl der Kalorien die diese Speise enthält.

Folgen der Pubertätsmagersucht

Vor allem die Folgen der Pubertätsmagersucht sind für den weiteren Verlauf des Lebens ausschlaggebend. Für die Schwere der Folgen ist die Dauer der Unterernährung wichtig, daher sollte diese schnell erkannt werden und dementsprechende Behandlungen erfolgen, unter anderem auch deshalb, damit Pubertätsmagersucht nicht in eine chronische Form der Magersucht übergeht.

Zum einen kommt es zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit. Jeder Vorgang im Körper benötigt Energie, die aus der Nahrung gewonnen wird. Das energetische Ungleichgewicht ergibt sich aus der hohen Prävalenz der Hyperaktivität. Die Folge ist ein Zusammenbruch auf Grund schwerer körperlicher Erschöpfung.

Weiteres kommt es zu einer lebensbedrohlichen Adaptierung.

Darmträgheit und Darmentzündungen sind weitere Folgen des Energiesparprogrammes, unter dem der Körper zu funktionieren versucht. Die Folge daraus ist, dass die Ausscheidung von Giftstoffen aus dem Körper nicht ordnungsgemäß abläuft, sondern stattdessen wieder in den Metabolismus eingeschleust werden. Leichte Erscheinungen einer solchen Selbstvergiftung sind Kopfschmerzen, Blähungen, aber auch unreine Haut. Auch die Darmflora leidet unter der Trägheit und wird stark geschädigt.

Das Herz-Gefäß-System, welches den Körper mit Sauerstoff sowie Nähr- und Vitalstoffen versorgt, trotzdem ist früh von den Folgen der Mangelernährung betroffen. Erste Symptome sind in Zusammenhang mit dem Absinken des Blutdruckes festzustellen. Wird dem nicht durch Energiezufuhr entgegengewirkt kommt es zu Herz-Kreislauf-Störungen bzw. zum Zusammenbruch was einen Herzstillstand zur Folge haben kann.

Typisch für die Pubertätsmagersucht ist auch das Ausbleiben der Monatsblutung. Die Ursache dafür hängt einerseits als Folge der Unterernährung, andererseits aber auch als

Folge von seelisch-nervösen- Einflüssen auf das Hormonsystem zusammen. Diese Auswirkung wird von vielen Patienten begrüßt, da dies das Erwachsenwerden stoppt. Zusammenhängend mit den Hormonen, steht Anorexia Nervosa auch der Ausbildung von sekundären Geschlechtsmerkmalen entgegen. Dies macht aber auch deutlich, dass hinter dem Fasten eine massive Angst vor dem Erwachsenwerden steckt.

Auch die bereits oben genannten Folgeerscheinungen treten bei der Pubertätsmagersucht auf. (Leibold 1992. S. 68-74)

Seelische Folgen der Magersucht

Anorexia Nervosa führt zu verschiedenen seelischen und sozialen Störungen, welche im schlimmsten Fall mit einem Suizid enden, bedacht werden muss aber, dass das Suchtverhalten an sich, zu einer langsamen Selbstzerstörung führt.

Der typische Magersüchtige schwankt in seinem Verhalten gegenüber seiner Umgebung zwischen seiner Überbesorgtheit um das Wohlergehen der anderen zum einen, und zum anderen seinem Überlegenheitsgefühl, welches einen Anorektiker arrogant wirken lässt. Aus diesem Grund gestalten sich Beziehungen mit anorektischen Personen meist als sehr schwierig, was unter anderem auch dazu führt, dass sich diese immer mehr zurückziehen und isolieren.

Isolation darf aber nicht nur in Zusammenhang mit dem Verhalten der Suchtkranken gesehen werden, sondern es erklärt sich auch daraus, dass die Erwartungen von den Mitmenschen nicht erfüllt werden. Anorektische Personen fühlen sich auch von ihrer Umwelt missverstanden und unter Druck gesetzt, was Abwehr zur Folge hat.

Das Desinteresse an zwischenmenschlichen Beziehungen ist ein weiterer Grund für die Vereinsamung von Anorexia Nervosa Patienten, denn die Gedanken beschäftigen sich hauptsächlich mit der Sucht. Soziale Isolierung gehört zu den Stressfaktoren, die am schlimmsten auf den Menschen einwirken. Dadurch kann es auch zu weitaus ernsthafteren seelischen Störungen kommen, die unter anderem die Magersucht noch weiter verschlimmern.

Magersüchtige sehen sich den anderen überlegen, da diese ihre körperlichen Bedürfnisse nicht zu beherrschen vermögen. Geben anorektische Personen dem Druck der Umwelt nach und nehmen Nahrung zu sich oder verfallen einer Heißhungerattacke, werden sie von schwerer Scham und Schuldgefühlen geplagt. Reaktion darauf ist weiteres zurückziehen und isolieren von der Menge aber auch noch striktere Nahrungsverweigerung als vorher.

Der Wechsel zwischen Euphorie und Depression ist bei der Magersucht kein seltenes Symptom. Das euphorische Hochgefühl von Magersüchtigen lässt sich einerseits aus biochemischen Veränderungen durch die Mangelernährung erklären, andererseits entsteht Euphorie aber auch aus dem Überlegenheitsgefühl heraus. Das Verhalten gegenüber ihrer Umwelt und Mitmenschen wird aber von launischen Stimmungsschwankungen geprägt. So kann Euphorie binnen weniger Stunden in Depression umschlagen. Depression tritt meist in Zusammenhang mit Scham- und Schuldgefühlen auf- und Magersüchtige ziehen sich noch weiter zurück. In dieser Phase kreisen ihre Gedanken ausschließlich um ihr vermeintliches Versagen und das damit zusammenhängende Gefühl der Minderwertigkeit. In schweren Fällen kann auch depressiver Stupor eintreten, eine Starre in der sich Patienten nicht mehr bewegen oder Anteil am Leben nehmen können. Depressionen müssen aber nicht immer Isolation bedeuten, Depressionen können auch mit Unruhe, Gereiztheit oder körperlichen Beschwerden versteckt verlaufen. Während der depressiven Phase fasst der anorektische Patient auch immer wieder den Gedanken an einen Suizid auf. (Leipold 1992. S. 74-79)

Therapie und Behandlung

Bei der Therapie und Behandlung von Anorexia Nervosa ist es wichtig nicht nur die klinischen Komplikationen und Folgeerscheinungen zu behandeln, sondern sich auch mit den Gedanken und Bewusstsein des Magersüchtigen auseinander zusetzen, und in diesem Bereich auch eine dementsprechende Behandlung durchzuführen.

Nicht außer Acht gelassen werden sollte, dass es Ziel ist, so schnell wie möglich der Magersucht entgegenzuwirken.

Ob die Behandlung auf stationärer oder ambulanter Ebene erfolgt, hängt vom jeweiligen Individuum ab.

Jede Behandlung sollte folgende Ziele beinhalten

- die Förderung der Krankheitseinsicht
- das Verstehen und akzeptieren der Symptomatik als notwendigen Schritt zur Veränderung

- die Aufarbeitung des psychischen und sozialen Hintergrunds, unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte, mit dem Ziel des Verstehens und der Akzeptanz dieser
- das Herausarbeiten eines eigenen Lebensentwurfs, in welchem die jeweiligen Fähigkeiten, Wünsche, Möglichkeiten, Interessen und Zielvorstellungen integriert werden können
- die Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zu Freunden, Partnern und Kollegen
- die Veränderung des konkreten Essverhaltens und Aufgabe von destruktiven Gewichtskontrollmethoden, wie zum Beispiel Erbrechen, die Verwendung von Appetitzüglern oder der Missbrauch von Abführmitteln
- die Gewichtsstabilität und das Wiedereintreten der Menstruation bei Frauen bzw. das Wiedererlangen der Libido bei Männern
- der Abbau von Ritualen im Umgang mit Nahrungsmitteln und die Förderung der Genussfähigkeit
- sowie die Erarbeitung präventiver Maßnahmen für Krisensituationen

(DHS 2004. S. 48)

Therapie der klinischen Folgeerkrankungen

Die Behandlung der klinischen Erkrankungen erfolgt nach Schwere und Ausprägtheit der Krankheit. Generell kann aber gesagt werden, dass ab einem BMI unterhalb von 15 (Jugendliche 14,5) eine stationäre (internistische) Behandlung zur Ernährung notwendig ist.

Begonnen wird gemeinsam mit der an Anorexie erkrankten Person, so wird versucht zusammen mit einer Diätlogin auf die Wünsche betreffend der Nahrung und Lebensmittel einzugehen und die Patienten so zur eigenständigen Gewichtszunahme zu bewegen. Ist dies aber nicht möglich, bzw. leidet die Patientin zu sehr an ihrem Untergewicht oder kommt es zu keiner Steigerung des Körpergewichtes, so ist der nächste Schritt die Zufuhr von hochkalorischen, vollbilanzierter, hochmolekularer Formeldiät mit niedriger Osmolarität unausweichlich. Scheitert auch dieser Versuch der Gewichtssteigerung kommt es zu einer Ernährung mittels Sonde.

Hand in Hand mit der Steigerung des Körpergewichtes geht auch eine medikamentöse Therapie der Begleiterkrankungen einher.

Beruhigungsmittel werden in der stationären Behandlung nur dann empfohlen, wenn die Sondenernährung mit einem Aufstehverbot und völliger Abschirmung von der Außenwelt einhergeht. (Feiereis 1998. S.111-118)

Therapie seelischer Folgeerkrankungen

Anorexia Nervosa gehört zu den selbstvermittelten Erkrankungen, bei denen sich ein intrapsychischer Konflikt in körperlichen Veränderungen manifestiert, dabei lassen sich drei Dimensionen unterscheiden: der körperliche Zustand (Gewicht), das Ess- und Gewichtskontrollverhalten, sowie die Einstellung zum Körper und seinen Funktionen mit Schwerpunkt auf der Nahrungsaufnahme.

Wie auch bei vielen anderen Erkrankungen, sind bei den psychogenen ausgelösten Essstörungen, gewisse Faktoren die das „Fass zum überlaufen“ bringen, denn der eigentliche Grund konstituiert sich in einem lebenslangen Prozess, und nicht nur in der Kindheit. (Janssen et al. 1997. S. 69-70)

Da es mehrere psychotherapeutische Ansätze und Therapien gibt, möchte ich einigen davon nennen, aber nur das Vier-Phasen- Modell des TCE laut Gerlinghoff et al. näher beschreiben.

Zu den psychotherapeutischen Ansätzen gehört:

- die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
- die systematische Familientherapie
- der feministische Therapieansatz
- die Verhaltenstherapie
- Entspannungstherapien und körperorientierte Selbsterfahrungen
- Assoziative Maltherapien
- Gestaltungstherapien
- Musiktherapie
- ...

Allgemein kann auch gesagt werden, dass sich im Bereich der Magersucht die Gruppentherapie durchgesetzt hat.

Das Vier-Phasen-Model des TCE

Das therapeutische Modell des TCE gliedert sich in 4 zeitlich aufeinanderfolgende Phasen: die Motivations-Phase, die Tagklinik-Phase, die Ambulante-Phase und die Selbsthilfe-Phase. Für jede einzelne Phase gilt: so viel professionelle Hilfe wie nötig und so viel Eigenverantwortung wie möglich.

Allen voran geht ein Erstgespräch, dabei wird der pathologische Befund erhoben, die Diagnose erstellt bzw. überprüft, aber auch Informationen vermittelt, die Ausschlusskriterien werden überprüft und es wird eine Vereinbarung für oder gegen die Therapie getroffen.

Entscheidet sich der Patient für eine Therapie, folgt der nächste Schritt- die Motivations-Phase.

- Die Motivations-Phase
 - Ziel dieser Phase ist es, eine Arbeitsbeziehung aufzubauen, die Motivation zu prüfen und gegebenenfalls aufzubauen. Auch die Erwartungen an die Therapie werden geklärt, sowie die Vermittlung und Sammlung von Informationen. Am Ende wird der Therapievertrag unterschrieben, denn nur wenn dieser bewusst unterschrieben ist, ist ein Übergang in die nächste Phase möglich.
 - Diese Phase findet in Gruppen und in sechs aufeinanderfolgenden Wochen statt.

- Die Tagklinik-Phase
 - Ziele: Verhaltensmodifikation, die Analyse der Symptome und des Verhaltens, eine Bedingungs- und Funktionsanalyse sowie die Erarbeitung von Zielen.
 - Die Therapiebausteine in dieser Phase sind: Gesprächstherapie, Ernährungsprogramm, kreative Therapie, Körperwahrnehmungstherapie. Dazu gehören aber auch Entspannungstraining, die Förderung der sozialen Kompetenzen, Selbstdokumentation sowie Familiengruppenveranstaltungen und therapeutische Wohngruppen. Diese Aktivitäten fördern sich gegenseitig im Prozess der Veränderung.
 - Diese Phase ist strikt an einen Stundenplan gebunden. Das soll eine Annäherung an das normale Leben bewirken und den Patienten den bevorstehenden Wiedereinstieg vereinfachen.
 - Die Therapie findet in verschiedenen Gruppen und Gruppengrößen statt.

- Auch hier wird am Ende ein Vertrag abgeschlossen, der/die Patient/in soll mit einer klaren Entscheidung in die nächste Phase gehen, im Bewusstsein der zu erfüllenden Regeln und Bedingungen einer konstruktiven Zusammenarbeit.
- Die Ambulante-Phase
 - Ziele dieser Phase sind die Stabilisierung, die Generalisierung und der Transfer von Veränderungen, sowie eine Rückfallprophylaxe zu erstellen.
 - Therapiebaustein in der Ambulanten-Phase ist die Gesprächspsychotherapie mit ambulanten Patientengruppen. Optional können auch ambulante Familiengruppen, Körperwahrnehmungstherapie, Kunsttherapie oder therapeutische Wohngruppen besucht werden.
 - Wichtig hierbei ist, dass Therapeuten immer mehr Verantwortung an ihre Patienten übergeben- die Patienten empfinden dies als Bereicherung.
 - Treffen zwischen Therapeut und Patient findet in verschieden großen Gruppen und unterschiedlichen Zeiträumen statt.
 - Wie auch in den vorhergehenden Phasen, wird wieder ein Vertrag unterschrieben
- Die Selbsthilfe-Phase
 - Ziel ist es das Selbstkonzept zu stabilisieren, die Beziehungsfähigkeit zu erweitern bzw. zu vertiefen und das Loslösen von der Therapie.
 - Die Familientherapiegruppe mündet in eine Selbsthilfegruppe die unter Supervision stattfindet, dies sind die Bausteine der Therapie in dieser Phase.
 - Diese Phase bildet den letzten Schritt auf dem Weg in ein Leben ohne Krankheit und die Eigenverantwortung des Patienten stärken.
 - Diese Phase findet einmal wöchentlich, in verschieden großen Gruppen statt.

Wichtig bei diesem Konzept ist, dass wenn sich der Patient in einer Phase überfordert fühlt, er/sie in eine vorherige Phase zurückkehren kann.

Bei den Gruppensitzungen wird auch Wert darauf gelegt das Personen aus den verschieden Phasen zusammenkommen und über ihre Problem reden. (Gerlinghoff et al. 1995. S 38-53)

Welches Verfahren zur Verarbeitung seelischer Probleme eingesetzt wird, bzw. welche Kombination, hängt von den Individuen ab.

Prognose

Die Prognose für den Verlauf von Anorexia Nervosa ist vielseitig, Pschyrembel prognostiziert:

„meist langwieriger Krankheitsverlauf mit hoher Rezidiv- und Mortalitätsrate; 5–6 Jahre nach Behandlungsende erfüllen etwa die Hälfte nicht mehr die Kriterien einer Anorexia nervosa, bis zu 40 % erfüllen nach wie vor die vollen Kriterien einer Anorexia nervosa oder einer anderen Essstörung (z. B. Bulimia nervosa); bis zu 16 % sterben im Verlauf der Erkrankung an den Folgen der Anorexie, auch plötzlicher Herztod, oder durch Suizid. Der langfristige Verlauf von adolescenten Anorexie-Patientinnen ist günstiger. Als prognostisch ungünstige Merkmale gelten das Vorliegen von Heißhungeranfällen und Erbrechen, erhöhte psychiatrische Komorbidität bzw. ein höheres Ausmaß sozialer und psychologischer Probleme, ein niedrigerer Body-Mass-Index (Abk. BMI) zu Behandlungsbeginn aber auch bei Entlassung, später Krankheitsbeginn, längere Krankheitsdauer sowie das Vorliegen von körperlichen Folgeschäden. Ein Teil der überlebenden Patienten leidet zeitlebens an chronischen Zuständen wie Osteoporose oder Niereninsuffizienz.“ (Pschyrembel Online¹)

Feiereis (1998) unterscheidet bei der Prognose ob es sich um eine ambulante oder stationäre Therapie gehandelt hat. Reicht eine ambulante Behandlung aus, so wird die Prognose als gut bezeichnet, mit der Einschränkung, dass die Behandlung konsequent fortgesetzt wird- auch nach Erreichen eines Optimalgewichtes. (Feiereis 1998. S. 279)

Stangl prognostiziert folgendes: *„Nach einer Behandlung zeigt sich bei etwa 30% der Patientinnen eine vollständige Besserung, d.h. sie erreichen zumindest annähernd das Normalgewicht und haben regelmäßig ihre Menstruation. Bei 35% lässt sich zwar eine Gewichtszunahme feststellen, der Bereich des Normalgewichts wird allerdings nicht erreicht. Das Krankheitsbild bleibt bei ca. 25% der Betroffenen chronisch bestehen. Etwa 10% sterben infolge der Anorexie. Auch nach einer Gewichtsnormalisierung hält bei vielen Betroffenen die verzerrte Einstellung zu Gewicht und Figur an. Generell sind die Besserungschancen aussichtsreicher, wenn die Erkrankung früh begonnen hat. Bei einem sehr frühen Beginn vor dem 11. Lebensjahr ist die Voraussage dagegen deutlich schlechter“ (Stangl Online)*

Eine klare Prognose, kann nicht gestellt werden, da es auch in diesem Bereich stark von den Individuen abhängt, wie sie Leben gestalten wollen, bzw. gestalten können.

Schlussfolgerung

Solange es zu keinem Umdenken in der Gesellschaft, bezüglich der Vorbilder und des Schlankheitsideales gibt, kann kein erster Schritt gegen Magersucht unternommen werden. Um den Normen zu entsprechen, aber auch um sich von ihnen zu befreien suchen, vor allem junge Mädchen einen Ausweg. Diesen Ausweg scheinen Sie vermeintlich in der Magersucht gefunden zu haben.

In den Schulen und Ausbildungsstätten wird bereits versucht Maßnahmen zur Vorbeugung von Anorexia Nervosa zu schaffen.

Da aber auch der Druck hinsichtlich der Leistung und allen Voraussetzungen für ein scheinbar glückliches Leben, den Normen der gesamten Gesellschaft unterliegt, ist es immer schwer seinen Weg zu gehen. Wichtig ist es daher allen jungen Mädchen und Burschen die Möglichkeit zu geben, selbst zu bestimmen was sie machen wollen und was nicht, dies betrifft jetzt nicht nur die Ausbildung, sondern auch die persönliche Freiheit.

Jeder soll die Wahl für sich selber treffen, ohne dafür von der Gesellschaft dafür verurteilt, bemängelt oder als anderes betrachtet zu werden.

Entscheidend sind Strategien zur Steigerung des Selbstbewusstseins. Mit diesen wichtigen Voraussetzungen gilt es dann seinen persönlichen Lebensweg zu finden.

Quellen

Literaturverzeichnis

1. DHS. (2004) Ess-Störungen. Suchtmedizinische Reihe Band 3. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Auflage 1.10.03.04.
2. Feiereis H., (1998). Magersucht und Freßsucht- Anorexie und Bulimie. Hans Marseille Verlag GmbH, München. Auflage 2.
3. Gerlinghoff M., Backmund H. (1995). Therapie der Magersucht und Bulimie- Anleitung zum eigenverantwortlichen Handeln. Psychologie-Verlag, Weinheim: Beltz.
4. Gerlinghoff M., Backmund H., Mai N. (1999). Magersucht und Bulimie- Verstehen und bewältigen. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel..
5. Habermas T., (1994). Geschichte der Magersucht: Eine medizinspsychologische Rekonstruktion. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
6. Janssen P., Senf W., Meermann R. (1997). Klinik der Eßstörungen- Magersucht und Bulimie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
7. Leibold G., (1992). Magersucht: Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden. Band: Die Gesunde Frau. Moewig Verlag. Rasstatt.
8. Pschyrembel Online¹, Anorexia Nervosa. URL: http://han.medunigraz.at/han/Pschrembel/www.degruyter.com/view/tw/8794700?rsk ey=WjXbZh&result=9&q=&dbq_0=Anorexia+Nervosa&dbf_0=psy-fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=PSCHYKW&searchwithindbid_2=natur-online&searchwithindbid_3=sozmed-online&searchwithindbid_4=tw-online&searchwithindbid_5=hunnius-online&searchwithindbid_6=pflege-online&searchwithindbid_7=ppp-online#title_Definition1. Date: 25.09.2012; Time: 12:45Uhr.
9. Pschyrembel Online², Pubertätsmagersucht. URL: http://han.medunigraz.at/han/Pschrembel/www.degruyter.com/view/ppp/12834792?rskey=aOl6Ja&result=5&q=&dbq_0=Pubert%C3%A4tsmagersucht&dbf_0=psy-fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND. Date: 07.10.2012; Time: 12:45.
10. Pschyrembel Online³, Anorexia Nervosa. URL: <http://han.medunigraz.at/han/Pschrembel/www.degruyter.com/view/kw/4377699?rs>

key=Jj6xRD&result=3&q=&dbq_0=Pubert%C3%A4tsmagersucht&dbf_0=psy-
fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND. Date: 07.10.2012; Time: 14:53.

11. Stangl W. Arbeitsblätter. Magersucht - Anorexia Nervosa. URL:
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/Anorexie.shtml>. Date: 20.10.2012,
Time: 15:40
12. Statista GmbH. Statistiken und Umfragergebnisse zu Magersucht und Essstörungen.
Hamburg. URL: <http://de.statista.com/themen/128/magersucht/#chapter0>; Date:
24.10.2012; Time: 13:33.
- 13.

Abbildungen

1. Abb. 1: Suchan B., Busch M., Schulte D., Grönemeyer D., Herpertz S., Vocks S.: Magersucht - Kernspin zeigt weniger graue Zellen- Reduction of gray matter density in the extrastriate body area in women with anorexia nervosa. In: Behavioral Brain Research, doi: 10.1016/j.bbr.2009.08.035. *Quelle: Informationsdienst Wissenschaft; redaktionell bearbeitet: rrm.* URL: <http://www.rheinruhrmed.de/Meldung/magersucht.php>; Date: 24.09.2012, Time: 15:02
2. Abb. 3: Statista GmbH, 2012. Häufigkeit von Hinweisen auf Essstörungen bei Mädchen von 11 bis 17 Jahren. Hamburg. Quelle: Robert Koch-Institut. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/937/umfrage/essstoerungen-bei-maedchen/>; Date: 24.12.2012, Time: 13:36.
3. Abb. 4: Statista GmbH, 2012. Häufigkeit von Hinweisen auf Essstörungen bei Jungen von 11 bis 17 Jahren. Hamburg. Quelle: RKI. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/938/umfrage/essstoerungen-bei-jungen/>; Date: 24.10.2012, Time: 13:40.
4. Abb. 2: Stangl Online. Magersucht - Anorexia Nervosa. URL:
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/Anorexie.shtml>. Date: 20.10.2012,
Time: 15:50.
5. Abb. 5: Statista GmbH, 2012. Todesfälle aufgrund von Essstörungen in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2010. Hamburg. Quelle: Statistisches Bundesamt. URL:
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/28905/umfrage/todesfaelle-durch-essstoerungen/>; Date: 24.10.2012, Time: 13:45.

Tabellen

1. Tab. 1: DHS. (2004) Ess-Störungen. Suchtmedizinische Reihe Band 3. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Auflage 1.10.03.04.