

Bachelorarbeit

Essstörungen: Ursachen und Folgen von Anorexie und Bulimie

Verfasserin: Barbara Ogris, 1033224

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036
Graz

Studium: Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Begutachterin: Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat. Sandra
Wallner-Liebmann
Institut für Pathophysiologie und Immunologie,
Heinrichstraße 31a, 8010 Graz

Lehrveranstaltung: Pathophysiologie

Abgabe: 17.4.2013

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

Graz, am 17.4.2013

Unterschrift :

Ognis Barbara

Zusammenfassung

Essstörungen gehören zu den psychischen Erkrankungen und sind seit den letzten Jahren ständig im Steigen. Alleine in Österreich wird davon ausgegangen, dass circa 200.000 Frauen einmal im Laufe ihres Lebens unter einer Essstörung leiden.

Laut der WHO gibt es mehrere Arten der Essstörungen, der Fokus der vorliegenden Bachelorarbeit liegt auf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Die Anorexie wird nach der ICD-10 als Erkrankung beschrieben, welche durch einen BMI unter 17,5, einem Gewichtsverlust, der durch Erbrechen oder den Einsatz von Laxantien oder Diuretika herbeigeführt wird, eine Körperschemastörung und endokrine Störungen gekennzeichnet ist. Beim Eintreten der Erkrankung vor der Pubertät kann es Störungen bei den Entwicklungsschritten geben.

Im Gegensatz dazu ist das Gewicht bei der Bulimie laut ICD-10 im Normalbereich, es besteht eine andauernde Gier nach Essen; Fressanfälle kommen häufig vor, auf die ein Kompensationsmechanismus wie Erbrechen oder die Einnahme von Diuretika, selbstinduziertes Erbrechen oder der Gebrauch von Abführmitteln folgt. Es liegt zudem eine krankhafte Angst vor dem Dickwerden vor und in der Vorgeschichte gibt es häufig Episoden von Anorexie.

Die Ursachen von Essstörungen sind oft vielfältig, in den letzten Jahren hat sich das multifaktorielle Erklärungsmodell durchgesetzt, welches aus den prädisponierenden, den auslösenden und den aufrechterhaltenden Faktoren besteht.

Zu den prädisponierenden Faktoren gehören biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren. Zu den biologischen Faktoren zählt man genetische Aspekte, neurobiologische Veränderungen, Serotoninveränderungen und ernährungsphysiologische Faktoren wie Störungen des Hunger- und Sättigungsgefühles. Die soziokulturellen Aspekte spiegeln Normen und Werte einer Gesellschaft wider, ebenso die Einstellungen zum herrschenden Schönheitsideal. Im Bereich der familiären Aspekte hat sich durch diverse Studien erwiesen, dass Familienstrukturen und das Verhalten und die Beziehungen innerhalb einer Familie das Entstehen für Anorexie und Bulimie beeinflussen. Zu den individuellen Aspekten gehören Selbstwertgefühl sowie der eigene Perfektionismus, die Impulsivität aber auch eventuell vorliegende kognitive Aspekte.

Die auslösenden Faktoren sind meist Erlebnisse, die einen Einschnitt im Leben darstellen. Dazu können der Schulabschluss, Auszug aus dem Elternhaus bzw. der Umzug in eine andere Stadt oder auch die Trennung vom Partner/ von der Partnerin zählen.

Sind die ersten zwei Punkte gegeben, so folgen darauf die aufrechterhaltenden Faktoren, die dafür verantwortlich sind, dass eine Essstörung bestehen bleibt. Diese Faktoren umfassen ein gezügeltes Essverhalten, ein großes Ausmaß an Stress mit fehlenden Bewältigungsstrategien sowie Fehler in der Informationsverarbeitung. Bei der Anorexie kommt zu diesen Aspekten noch ein ausgeprägtes Kontrollgefühl hinzu.

Die Ursachen der Anorexie und der Bulimie sind nicht zu unterschätzen, oftmals ergeben sich schwere Komplikationen und Beschwerden auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene: Magersucht und Ess-Brechsucht wirken sich auf beinahe alle Organsysteme aus. Allgemein fällt bei Betroffenen auf, dass sie oft unter Hypothermie und Durchblutungsstörungen sowie einer Körperschemastörung leiden. Das Herzkreislauf-System ist vor allem bei jenen Essgestörten betroffen, die eine starke Mangelernährung aufweisen: bei diesen Personen liegt oft eine Hypovolämie, Hypotonie oder sogar eine Herzmuskelatrophie vor. Die ernährungsbedingten Elektrolytmängel können zudem zu Repolarisationsstörungen führen, aus denen sich lebensbedrohliche Herzarrhythmien bilden können.

Im Skelettsystem erhöht sich beim Vorliegen einer Essstörung das Risiko, im Laufe des Lebens an Osteoporose zu erkranken und eine Fraktur im Oberschenkelknochen oder der Lendenwirbelsäule zu erleiden, massiv.

Schlimme Auswirkungen zeigen sich auch im Verdauungstrakt; Völlegefühl, Diarrhö, Magenschmerzen sowie Darmträgheit mit Obstipationen können sich aufgrund der Essstörung entwickeln. Kommen häufig Fressanfälle vor, so kann dies zu Magendehnungen und im schlimmsten Fall sogar zu Magenrupturen führen. Kommt es im Verlauf der Essstörung häufig zu Erbrechen (als Kompensationsverhalten), so führt dies zu Verätzungen der Speiseröhre und Zahnschmelzerosionen.

Auf dermatologischem Gebiet fallen essgestörte Personen oft durch ihr greisenhaftes Aussehen, hervorgerufen durch trockene und unelastische Haut sowie Haarausfall auf; oft liegen auch eine Blaufärbung der Haut, Akne oder schlechte Wundheilung vor.

Massiv von den Essstörungen ist die Niere betroffen: Durch das Fasten oder die falsche Ernährung entstehen sehr oft Kalium-, Kalzium-, Magnesium- und Phosphatmängel,

welche schwerwiegende Folgen auf den ganzen Körper, besonders aber auf Herz, Muskeln und besonders die Niere haben. Diese Mängel können im Bereich der Niere zu Schädigungen des Nierengewebes führen, was im schlimmsten Fall im Nierenversagen mit letalem Ausgang enden kann.

Gynäkologisch äußert sich die Anorexie durch die Amenorrhö, bei Frauen, die von Bulimie betroffen sind, kommen anovulatorische Zyklen sehr häufig vor.

Das Nervensystem und das Gehirn sind natürlich auch von Essstörungen betroffen: oft zeigen sich hier Vergrößerungen der kortikalen Windungsfurchen und manchmal ist das Gehirn auch verkleinert, was kognitive sowie emotionale Defizite bei Essgestörten erklärt.

Natürlich gibt es auch Komplikationen auf sozialer Ebene: Essgestörte Personen ziehen sich immer weiter zurück, was im schlimmsten Fall in einer totalen Isolation enden kann. Oft kommt es auch durch das mangelnde Verständnis für das Essverhalten oder die Gereiztheit der Betroffenen zu Konflikten, welche den sozialen Rückzug noch verstärken.

Auf psychischer Ebene gehen Essstörungen sehr häufig mit Angststörungen, Zwangsstörungen sowie Phobien einher. Auch Persönlichkeitsstörungen finden sich oft bei Essgestörten, wobei hier die Essstörung eher als Folge daraus zu sehen ist. Suchtverhalten und autoaggressives Verhalten lassen sich auch sehr oft, vor allem bei Bulimikern und Bulimikerinnen beobachten.

Wenn man die schwerwiegenden Folgen von Essstörungen betrachtet, so sieht man, welche Bedeutung einer Therapie zukommt. Aktuell haben sich Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, Familientherapie und Gewichtsnormalisierung und eine Stabilisierung des Körpergewichts als Behandlung durchgesetzt. Eine Pharmakotherapie findet immer als Ergänzung zu den bereits genannten Therapieformen statt.

Von großer Bedeutung ist es bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa jedoch, dass rechtzeitig mit Präventionsprogrammen begonnen wird, um so das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, zu verringern. Programme wie „K.I.C.K“ oder „PriMa“ setzen hier an und sollen helfen, die Ressourcen von Kindern und Jugendlichen rechtzeitig zu stärken. Dazu gehören bei „PriMa“ eine Steigerung des Selbstwertgefühls, Aufklärung über die Gefahr und Folgen von Essstörungen und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Beim Programm „K.I.C.K“ wird vor allem Wert auf die Stärkung von Ressourcen und der Kommunikation, sowie die Förderung von sozialen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien gelegt.

Inhaltsverzeichnis

1) Einleitung	1
2) Methode	2
3) Essstörungen	2
3.1 Definition von Essstörungen	3
3.2 Prävalenz von Essstörungen	3
4) Anorexia nervosa	4
4.1) Verlauf und Charakteristika der Anorexie	5
4.2) Diagnostische Kriterien der Anorexie nach ICD 10 und DSM	6
4.3) Subtypen der Anorexia nervosa	8
4.4) Prognose der Anorexia nervosa	8
5) Bulimia nervosa	9
5.1) Verlauf und Charakteristika der Bulimia nervosa	9
5.2) Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD 10 und DSM	11
5.3) Subtypen der Bulimia nervosa	12
5.4) Prognose der Bulimia nervosa	12
6) Ursachen von Anorexie und Bulimie	13
6.1) Prädisponierende Faktoren	13
6.1.1) Biologische Faktoren	14
6.1.2) Soziokulturelle Faktoren	15
6.1.3) Familiäre Faktoren	16
6.1.4) Individuelle Faktoren	17
6.2) Auslösende Faktoren	18
6.3) Aufrechterhaltende Faktoren	18

7) Unterschied Bulimie und Anorexie	20
8) Körperliche Folgen von Anorexie und Bulimie	21
8.1) Allgemeine Komplikationen und Folgeerscheinungen	21
8.2) Herz-Kreislaufsystem	22
8.3) Skelettsystem	23
8.4) Gastrointestinaltrakt	23
8.5) Haut, Haare und Zähne	24
8.6) Niere, Wasser- und Elektrolythaushalt	25
8.7) Gynäkologische Folgen	26
8.8) Komplikationen im Bereich des Nervensystems	26
9) Psychische Folgen und Komorbidität	27
10) Soziale Folgen	29
11) Therapiemöglichkeiten	30
11.1) Familientherapie	30
11.2) Psychodynamische Therapie	31
11.3) Verhaltenstherapie	31
11.4) Normalisierung des Ernährungsverhaltens und Gewichtszunahme	32
11.5) Pharmakotherapie	33
12) Prävention von Essstörungen	34
13) Diskussion	36
14) Ausblick	38
15) Literaturverzeichnis	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bulimischer (Teufels-) Kreislauf

(<http://www.praxispsychotherapie.de/essstoerungen.html>, 26.2.2013)

Abbildung 2: Multifaktorielles Erklärungsmodell

Berger C.(2008) Anorexie nervosa bei Kindern und Jugendlichen. GRIN Verlag für akademische Texte, München, S.18.

Abbildung 3: Unterschiede zwischen Anorexie und Bulimie

(Csef 1999, S. 400)

Abkürzungsverzeichnis

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSH: Follikelstimulierendes Hormon

ICD-10: International Classification of Diseases 10

LHRH: Luteinisierendes Hormon Releasing-Hormon

LH: Luteinisierendes Hormon

1) Einleitung

Essen zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen und ist überlebensnotwendig. Dennoch gibt es viele Männer und Frauen, die Probleme mit der Nahrungsaufnahme haben und an einer Essstörung leiden. Als Essstörungen werden Phänomene bezeichnet, bei denen die Menge der aufgenommenen Nahrung und das daraus resultierende Körpergewicht als krankhaft gelten. Essstörungen zählen zu den psychischen Störungen und können viele Ursachen haben (Habermas 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.4).

Obwohl immer mehr Männer an einer Essstörung erkranken, ist doch zu sagen, dass Essstörungen eher zu den frauenspezifischen Erkrankungen zählen und die Erkrankungsrate in den letzten Jahren massiv angestiegen ist.

Vor allem das von der Gesellschaft propagierte Schönheitsideal der schlanken Frau hat dazu geführt, dass viele Mädchen und Frauen eine Essstörung entwickelt haben. Dennoch ist zu sagen, dass Essstörungen meist nicht nur eine Ursache haben, sondern großteils multifaktoriell bedingt sind; diese Faktoren, die aus familiären, genetischen, individuellen und soziokulturellen Aspekten bestehen, sind zusammen zum größten Teil als Ursache für Essstörungen zu sehen (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.54).

Es ist schwierig, genaue Daten zur Häufigkeit von Essstörungen zu bekommen, das Institut „Suchtprävention“ geht aber davon aus, dass in Österreich circa 200.000 Frauen einmal während ihres Lebens von Essstörungen betroffen sind. Zudem weisen circa 5000 Mädchen zwischen 15 und 20 Jahren einzelne Symptome einer Essstörung auf und sind daher besonders gefährdet, auch an dieser zu erkranken

(<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/> , 16.12.2012).

Essstörungen haben massive Auswirkungen auf Körper und Seele und sollten deshalb nicht unterschätzt werden. Oft leiden die Betroffenen auch noch Jahre später - nach erfolgreicher Therapie - an den körperlichen Folgen der Erkrankung und haben noch immer Probleme mit einer „gesunden“ bzw. normalen Nahrungsaufnahme (Cuntz, Hillert 2008, S.78; Quadflieg, Fichter 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.50).

Im Zuge dieser Bachelorarbeit sollen zwei Arten der Essstörungen, die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa näher beleuchtet werden. Zu Beginn werden allgemeine Aspekte

von Essstörungen besprochen, diese definiert und die Prävalenz dieser Erkrankungen aufgezeigt.

Der nächste Abschnitt setzt sich mit den Erkrankungen genauer auseinander: es werden die klinische Einteilung nach der ICD 10 und DSM, die Subtypen sowie die Verlaufsformen und Prognose von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa genauer erklärt.

Danach sollen die Ursachen dieser zwei Formen der Essstörung mithilfe des multifaktoriellen Modells erklärt und daraufhin auf die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der beiden Erkrankungen eingegangen werden.

Der letzte Teil der Arbeit befasst sich noch kurz mit den Therapiemöglichkeiten und auch der Prävention der Erkrankungen.

Ziel dieser Arbeit soll die Beantwortung folgender Frage sein: Welche Ursachen führen zum Entstehen von Anorexie und Bulimie und welche Folgen haben Anorexia nervosa und Bulimia nervosa?

2.) Methode

Diese Arbeit stützt sich auf aktuelle Literatur, die in umgehender Recherche in der Bibliothek und im Internet gefunden wurde. Es wurden sowohl Fachbücher, als auch Ratgeber und Artikel aus Fachzeitschriften zum Schreiben dieser Arbeit herangezogen.

3) Essstörungen

Essstörungen sind in der heutigen Gesellschaft zu einem ernstzunehmenden Thema geworden; immer mehr Menschen, vor allem Frauen leiden darunter. In den letzten Jahren kam es zu einem zunehmenden Interesse an Essstörungen, was man vor allem an den vielen wissenschaftlichen Arbeiten darüber und der zunehmenden Beachtung durch die diversen Medien beobachten kann (Gerlinghoff, Backmund et al. 2007, S.20-21). Doch was genau unter Essstörungen verstanden wird, soll in diesem Kapitel beschrieben werden.

3.1) Definition von Essstörungen

Im Sinne der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik werden Essstörungen als „...*seelische bzw. psychische Störungen, die sich vorrangig in Form eines auffälligen Essverhaltens manifestieren*“ beschrieben (Cuntz, Hillert 2008, S.47). Wichtige physiologische und psychologische Regulationsmechanismen eines normalen Essverhaltens finden hier nicht mehr statt (Cuntz, Hillert 2008, S. 44).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in der „International Classification of Diseases 10“ (ICD 10) auch die Essstörungen beschrieben und versteht unter dem Oberbegriff der Essstörung zwei wichtige Erkrankungen: die Anorexia nervosa (F50.0) und die Bulimia nervosa (F50.2). Neben den typischen Formen der beiden Erkrankungen gibt es auch noch atypische Formen, sowie Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.4). Auch Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F50.5) sowie sonstige Essstörungen (F 50.8), wozu psychogener Appetitverlust und nichtorganische Pica gehören, und Essstörungen, die nicht näher bezeichnet werden (F50.9) finden sich im ICD 10 unter dem Kapitel der Essstörungen wieder (Dilling, Mombour et al. 2011, S.243-250). Die Adipositas wird auch im ICD 10 erwähnt, fällt jedoch unter das Kapitel der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Hebebrand, Theisen 2010 IN: Remschmidt, Mattejat et al. 2010, S.313).

3.2) Prävalenz von Essstörungen

Über die Häufigkeit von Essstörungen gibt es sehr wenige Daten, was vor allem an Problemen mit der Stichprobenauswahl, an den diagnostischen Instrumenten aber auch der Psychosomatik der Erkrankten liegt. Es lässt sich jedoch sagen, dass die Risikofaktoren für eine Essstörung in der Gesamtbevölkerung äußerst ungleich verteilt sind: von der Anorexia nervosa sind 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung betroffen, wobei die Erkrankten zu 95 Prozent Frauen sind. Am häufigsten tritt die Magersucht im Alter von 12 bis 23 Jahren auf, wobei es zwei Erkrankungsgipfel im 14. und 18. Lebensjahr gibt. Betrachtet man die unterschiedlichen Schichten einer Gesellschaft, so lässt sich sagen, dass die Anorexia nervosa eine Erkrankung ist, die vor allem die höhere Mittelschicht betrifft (Franke 2004, S.8).

Die Bulimia nervosa tritt häufiger als die Magersucht auf, circa 2- 4 Prozent der Bevölkerung leiden darunter. Aber auch hier zeigt sich, dass die Essstörung zum größten Teil (auch 95 Prozent) Frauen betrifft, jedoch beginnt die Erkrankung normalerweise erst später und dauert länger. Im Durchschnitt gibt es die meisten Fälle von Bulimie zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Betroffene der Bulimie gehören meist der sozialen Mittelschicht an (Franke 2004, S.8).

Um die Epidemiologie der Essstörungen zu vervollständigen, soll auch Adipositas als eigene Erkrankung kurz erwähnt werden: diese tritt bei weitem häufiger auf als die zwei zuvor genannten Krankheiten, circa 9 bis 25 Prozent der Frauen sind davon betroffen, während dies bei den Männern nur 10 bis 17 Prozent sind. Das Erkrankungsalter liegt zwischen 40 und 65 Jahren. Im Gegensatz zu Bulimie und Anorexie findet sich die Adipositas viel häufiger in der sozialen Unterschicht (Franke 2004, S.8).

Es sollte jedoch klar sein, dass es sich bei diesen statistischen Daten um klinisch diagnostizierte Essstörungen handelt, die Dunkelziffer dürfte weit höher liegen. Viele junge Frauen weisen ein gestörtes Essverhalten und gestörte Essmuster auf (Butcher, Mineka et al. 2009, S.371).

4) Anorexia nervosa

Der Begriff der Anorexia nervosa wurde erstmals 1874 von Sir William Gull verwendet; der Begriff „Anorexia“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet so viel wie Appetitlosigkeit, „nervosa“ lässt auf eine psychische Beteiligung schließen. Die Bezeichnung Anorexia ist jedoch nicht sehr treffend, um die Krankheit zu beschreiben; normalerweise liegt bei der Magersucht nicht eine Appetitlosigkeit vor, sondern eine Unterdrückung von Appetit und Hungergefühl. Die Betroffenen entwickeln eine Angst davor, an Gewicht zuzunehmen; diese Angst wird immer größer, je abgemagelter die Betroffenen schon sind. Die Krankheit wird durch die deutsche Übersetzung Magersucht besser beschrieben als durch die griechische Krankheitsbezeichnung (Gerlinghoff, Backmund et al. 2007, S.145; Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.18).

Leitmotiv der Anorexie ist es schlank zu sein, sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung. Der/die Betroffene versucht verzweifelt, seine/ihre Autonomie zu schützen und kann durch die Erkrankung auch die Angst vor Körperlichkeit (besonders bei Frauen) reduzieren (Franke 2004, S.12).

Es war zunächst sehr schwierig, Kriterien zu finden, mit denen man eine Magersucht diagnostizieren könnte; die ersten Veröffentlichungen zu dieser Thematik haben einige Kontroversen über einzelne Kriterien ergeben. Teilweise wurde das Alter, in dem die Magersucht begann als Diagnosekriterium vorgeschlagen, andererseits wurde neben der Weigerung zu essen das Ausbleiben der Monatsblutung für drei Monate als Diagnosekriterium verwendet. Auch heute herrschen noch unterschiedliche Ansichten vor, welche Faktoren vorhanden sein müssen, damit von einer Anorexia nervosa gesprochen werden kann. Es haben sich jedoch die Kriterien der „International Classification of Diseases 10“ und die des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ durchgesetzt, die im Kapitel „Diagnostische Kriterien“ beschrieben werden sollen (Gerlinghoff, Backmund et al. 2007, S.145-153).

4.1) Verlauf und Charakteristika der Anorexie

Die Magersucht weist sehr oft einen schleichenden Beginn auf, oft wird das geringere Körpergewicht nicht wahrgenommen. Das Gewicht wird von den Betroffenen absichtlich unter der Norm, die zutreffen würde, gehalten. Dies wird durch eine eingeschränkte Kalorienzufuhr, durch bewusstes Hungern, durch den Einsatz von Appetitzüglern oder Laxantien und durch exzessiven Sport herbeigeführt. Manche Betroffene verweigern feste Nahrung oder haben fixe Regeln bezüglich der Nahrungsaufnahme, es kommt bei allen Betroffenen zunehmend zu einer Fixierung auf Essen und Gewicht (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.20).

Durch die Nahrungsverweigerung erleben die meisten Betroffenen starke quälende Hungergefühle und da der Hunger teilweise nur sehr schwer ausgehalten werden kann, kommt es bei manchen Betroffenen bei längerem Krankheitsverlauf zu Heißhunger-Fressanfällen weswegen hier von Anorexie mit bulimischen Zügen gesprochen wird (Franke 2004, S.14). Zu dem gestörten Essverhalten kommt oft noch eine Körperbildschemastörung hinzu, bei der der eigene Körper oder auch nur Teile davon als zu dick wahrgenommen werden bzw. oft sehr stark überschätzt werden. Die Betroffenen leugnen meist die Anorexie und zeigen auch kein Verständnis für die Krankheit und die massiven Auswirkungen, die sie mit sich bringt. Auf sozialer Ebene wirkt sich die Erkrankung auch intensiv aus: Nahrung wird am liebsten alleine aufgenommen, was schließlich zu einem sozialen Rückzug führt (Franke 2004, S.14). Nach außen hin bemühen sich Anorektiker und Anorektikerinnen jedoch, ihrem Umfeld normal und

unauffällig zu erscheinen, sie kaschieren ihr extremes Untergewicht mit weiter Kleidung (Erpen 1998, S.37).

Im weiteren Verlauf der Erkrankung kommt es auch zu gynäkologischen Auffälligkeiten. Bei Frauen kommt es zu einem Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhö), aber auch Veränderungen im Schilddrüsenhormonmetabolismus können auftreten (Franke 2004, S.14).

Betrachtet man den Typus der Betroffenen, so fällt auf, dass die Betroffenen als Musterschüler und Musterschülerinnen beschrieben werden und ebenso ist der Perfektionismus in fast allen Lebensbereichen sehr auffällig (Franke 2004, S.14). Sie sind zudem sehr stolz darauf, sich selbst gut unter Kontrolle haben (Schnebel, Bröhm 1996, S.13).

4.2) Diagnostische Kriterien der Anorexie nach ICD 10 und DSM

Am auffälligsten bei der Anorexia nervosa ist eine Reduktion des Essverhaltens, welche mit einem meist schwerwiegendem Gewichtsverlust verbunden ist. Personen, die unter einer schweren Form der Anorexie leiden, zeigen oft einen kachektischen Ernährungszustand. Oftmals erscheinen sie als äußerst fahl, da den Betroffenen die subkutane Fettschicht fehlt und somit Knochen, aber auch einzelne Muskeln oder Muskelstränge viel stärker auffallen (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.14)

Nach den Kriterien der International Classification of Diseases 10 (ICD 10), die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde, lässt sich die Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) mit folgenden diagnostischen Kriterien beschreiben: Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem erwarteten oder es liegt ein Body-Mass-Index von 17.5 oder noch weniger vor. Ein weiteres Kriterium ist, dass der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt worden ist und zwar durch

„a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen, sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:

b) Selbstinduziertes Erbrechen

c) Selbstinduziertes Abführen

d) Übertriebene körperliche Aktivität

e) *Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika*

(Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.14)

Der nächste Aspekt laut ICD 10 ist eine Körperschemastörung, welche in Form einer psychischen Störung vorliegt. Der Gedanke daran bzw. die Angst dick zu werden ist grundlegend, außerdem legen die Betroffenen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.15).

Auch endokrine Störungen auf der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden sind ein Kriterium zur Beschreibung der Anorexia nervosa, die oft als Amenorrhö (bei Frauen) und als Libido- und Potenzverlust (bei Männern) manifest wird. Ebenso können erhöhte Wachstumshormone sowie ein hoher Kortisolspiegel, aber auch Veränderungen bei den Schilddrüsenhormonen oder Insulinsekretions-Störungen vorliegen. Als letzter Aspekt laut der ICD 10 ist die Verzögerung bei der Abfolge von Entwicklungsschritten in der Pubertät zu nennen; diese Abfolge kann gehemmt oder verzögert sein (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.15).

Ähnlich den Kriterien der ICD 10 gibt es auch noch die Beschreibung des Diagnostic and Statistic Manuals of Mental Diseases (DSM), welche von der American Psychiatric Association herausgegeben wurde (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.15). Dies umfasst die folgenden, den Kriterien der ICD 10 sehr ähnlichen Punkte:

- a) es liegt eine Weigerung vor, das für das Alter und die Körpergröße minimale Gewicht zu halten. Dies bedeutet, dass das Körpergewicht bei weniger als 85% des zu erwarteten Gewichts liegt
- b) eine ausgesprochen große Angst vor einer Gewichtszunahme; Angst davor, dick zu werden obwohl Untergewicht vorliegt
- c) es liegen Störungen in der eigenen Körperwahrnehmung vor, ebenso haben das Körpergewicht und die eigene Figur einen großen Einfluss auf die Selbstbewertung
- d) bei postmenarchalen Frauen kommt es zur Amenorrhö (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S. 15).

4.3) Subtypen der Anorexia nervosa

Es gibt prinzipiell zwei Subtypen der Anorexia nervosa: Einerseits gibt es den restriktiven Typus, andererseits den Binge-/Purging-typus. Beim restriktiven Typus liegen bei der aktuellen Episode der Anorexia nervosa keine Fressanfälle oder Purging-Verhalten vor, welches selbstinduziertes Erbrechen oder auch den Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika beinhalten würde. Der Purging-Typus hingegen hat regelmäßige Fressanfälle und auch das bereits erwähnt typische Purging-Verhalten (Gerlinghoff, Backmund et al. 2007, S.153). Es gibt auch die Form der atypischen Anorexie, davon wird gesprochen, wenn eine Diagnose gestellt wird, bei der ein oder aber auch mehrere Merkmale der typischen Anorexie wie zum Beispiel Amenorrhö oder aber auch der Gewichtsverlust fehlen, aber sich trotzdem ein typisches klinisches Bild ergibt. Es kann auch vorkommen, dass alle wesentlichen Symptome der Anorexie nur sehr schwach ausgeprägt sind; hier liegt auch eine atypische Anorexie vor (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.14).

4.4) Prognose der Anorexia nervosa

Seit den 50er Jahren gibt es Dokumentationen über den Krankheitsverlauf und die Prognose von Magersüchtigen; jedoch sind diese Untersuchungen nur bedingt aussagekräftig, da meist nur die schwer Erkrankten erfasst und dokumentiert wurden; andererseits lag ein Hauptaugenmerk auf den Verlauf nach bestimmten Behandlungen und Therapien. Betrachtet man die bisherigen Studien zusammengefasst, so ergibt sich folgendes Bild: etwa 59 Prozent der ehemals Betroffenen erreichten wieder ein Normalgewicht, bei 49 Prozent stellte sich ein unauffälliges Essverhalten ein. 43 Prozent der ehemals Erkrankten konnten als gesund eingestuft werden, was bedeutet, dass bei ihnen keine Kriterien einer Ess- oder auch anderen psychischen Störung vorlagen. Bei circa zwei Drittel der Erkrankten stellte sich eine Verbesserung des Essverhaltens ein, sie konnten ein weitgehend normales Leben führen. Bei einem Fünftel stellte sich keine Besserung ein, was bedeutet, dass die Betroffenen chronisch erkrankt blieben. Über die Mortalität liegen in den bisherigen Studien heterogene Werte vor, man geht von einer Mortalität von circa fünf Prozent aus, wobei die Werte je nach Studie zwischen 0-21 Prozent lagen (Cuntz, Hillert 2008, S.64-65; Franke 2004, S.14-15).

Viele Betroffene erreichen nach erfolgreicher Therapie ihr Idealgewicht, jedoch kommt es bei 42% zu Rückfällen. Die größte Rückfallsrate ist im ersten Jahr nach der stationären Behandlung nachweisbar (Zipfel, Löwe et al. 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.46).

5) Bulimia nervosa

Das Wort Bulimie hat ebenso wie der Begriff Anorexie seinen Ursprung im Griechischen und bedeutet „Stierhunger“ bzw. „Ochsenhunger“. Dass Bulimie als eigenes Krankheitsbild gesehen wurde, geht auf die Arbeiten des englischen Psychiaters Gerard Russel im Jahr 1979 zurück. Später wurden diese Kriterien der eigenständigen Erkrankung in den Diagnoseleitfaden der psychiatrischen Gesellschaft adaptiert. Russel beschrieb die Bulimie aufgrund von detaillierten klinischen Untersuchungen als eine Variante der Anorexie (Cuntz, Hillert 2008, S.73; Habermas 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.7).

Die Bulimie ist gekennzeichnet durch Heißhungeranfälle mit darauffolgenden gewichtsregulierenden Maßnahmen. Das Gewicht der Betroffenen liegt oftmals im Normalbereich, dennoch sind die Betroffenen mit ihrer Figur unzufrieden und befürchten eine Gewichtszunahme. Typisch für die Bulimia nervosa sind die Heißhungeranfälle einhergehend mit Kontrollverlust: es werden Nahrungsmittel in großen Mengen sehr schnell verschlungen, darauf folgt typischerweise jedoch ein Kompensationsverhalten wodurch die Betroffenen ihr Gewicht halten können. Eine Form des Kompensationsverhaltens ist das Erbrechen oder auch der Missbrauch von Abführmitteln. Oft stellt die Bulimie einen Versuch dar, eine emotionale Balance gegenüber einer großen Anzahl von emotionalen Widersprüchen und Erwartungen zu schaffen (Franke 2004, S.17; Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S. 16).

5.1) Verlauf und Charakteristika der Bulimia nervosa

Häufig geht der Bulimie eine anorektische Phase voraus, manchmal wechseln sich auch anorektische und bulimische Phasen ab, hierbei wird von Bulimarexie gesprochen (Ermann 2007, S.291). Auslöser für eine Bulimie können zum Beispiel auch Verlust und Trennungserlebnisse sein (Schnebel, Bröhm 1996, S.28).

Bulimiker und Bulimikerinnen erleben einen unkontrollierten Drang, möglichst große Mengen an Nahrung zu verschlingen. Dies beruht auf einer selbst wahrgenommenen Diskrepanz zwischen tatsächlichem Gewicht und Wunschgewicht: Die Betroffenen nehmen an Mahlzeiten nicht mehr teil, leiden an Fehlernährung bzw. Mangelernährung, sie leiden sehr stark an Hungergefühlen, ihr Denken kreist permanent um das Essen. Irgendwann können sie dem Drang nach Essen nicht mehr nachgeben und haben Fressanfälle, welche kurzzeitig zu einer Befriedigung führen, später jedoch eine große Leere und Schuldgefühle hinterlassen (Erpen 1998, S.150). Oft liegt der Bulimie auch der folgende Gedanke zugrunde: kann über die anderen Bereiche des Lebens keine Kontrolle ausgeübt werden, so folgt die Flucht ins Essen, welche einen vorübergehenden Ausgleich bringt, jedoch kurz darauf wieder große Schuldgefühle und Scham erzeugt (Schnebel, Bröhm 1996, S.16). In der folgenden Grafik wird dieser Teufelskreis, der die Bulimie beherrscht noch einmal veranschaulicht:

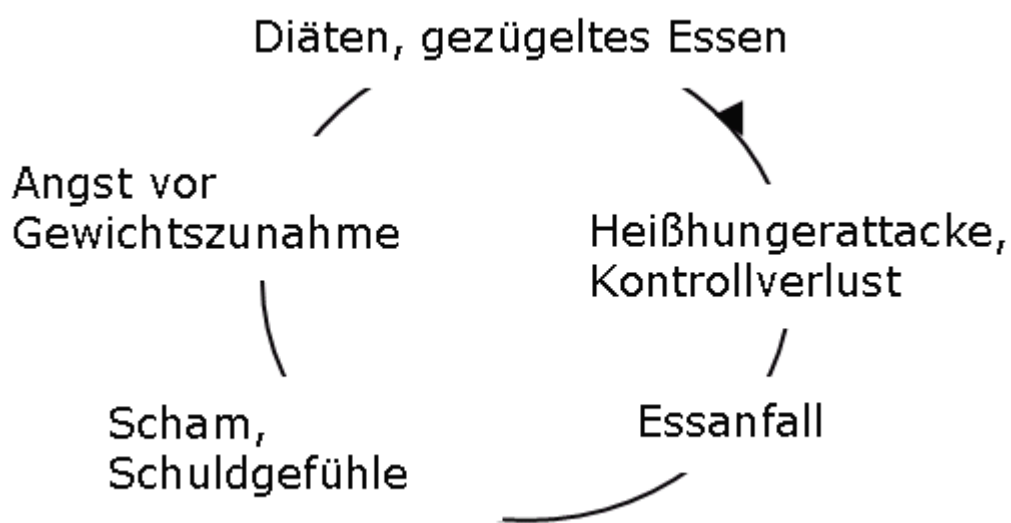


Abbildung 1: Bulimischer (Teufels-) Kreislauf

Die Anfälle finden meist im Verborgenen statt und werden ritualisiert. Da während dieser Anfälle kein Sättigungsgefühl wahrgenommen wird, werden diese Anfälle erst durch auftretende Beschwerden beendet. Bulimiker und Bulimikerinnen werden von einer krankhaften Sorge um ihre Figur und das Gewicht beherrscht, welches sich auf das Denken, Fühlen und Handeln auswirkt. Da während der Anfälle große Mengen an Nahrung aufgenommen werden, jedoch ein geringeres Körpergewicht angestrebt wird, kommt es in der Erkrankung zu kompensatorischen Mechanismen. Diese Mechanismen

dienen auch dazu, die bereits beschriebenen Schuldgefühle und Ängste wegen des „eigentlich verbotenen“ Essens zu neutralisieren (Franke 2004, S.19).

Bulimiker und Bulimikerinnen haben eine perfektionistische Grundhaltung, jeder Verstoß gegen die selbst aufgelegten Diätregeln wird als schuldhaft erlebt. Dadurch ergibt sich im Verlauf der Erkrankung eine Reduktion des Selbstwertgefühls; das Erbrechen soll eigentlich eine Erleichterung für die Betroffenen darstellen, wird jedoch später als negativ bewertet und führt dazu, dass ein starker Selbsthass entsteht. Dies kann im Verlauf der Erkrankung massive Ausmaße annehmen und in autoaggressives Verhalten umschlagen, welches durch Selbstverletzung wie zum Beispiel „Sich Schneiden“ ausgedrückt wird (Franke 2004, S.19).

Vom Typus her sind Bulimiker und Bulimikerinnen oftmals sehr selbstunsicher, vor allem Frauen weisen ein eine starke Unsicherheit in Bezug auf ihr frauliches Selbstsein auf. Diese Unsicherheiten werden durch äußerst konformes Verhalten auszugleichen versucht, dies führt meist zu einer perfektionistischen, äußerst zwanghaften Wesensart (Erpen 1998, S.149).

5.2) Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD 10 und DSM

Nach der ICD-10 ergeben sich für die Bulimia nervosa (F50.2) folgende diagnostische Kriterien:

- 1) Der/die Betroffene beschäftigt sich andauernd mit Essen, ebenso besteht eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln. Es kommt zu Essanfällen bei denen sehr viel Nahrung sehr schnell aufgenommen wird.
- 2) Dem Dickwerden durch die Fressanfälle wird durch Kompensationsmechanismen vorgebeugt, dazu gehören selbstinduziertes Erbrechen, der Einsatz bzw. Missbrauch von Abführmitteln oder auch das Einnehmen von Diuretika. Bei Diabetikern und Diabetikerinnen, die unter Bulimie leiden, kann es sein, dass sie ihre Insulindosis reduzieren.
- 3) Es liegt eine krankhafte Furcht vor dem Dickwerden vor.
- 4) Sehr oft gibt es in der Vorgeschichte eine Episode von Anorexia nervosa, welche voll ausgeprägt oder verdeckt gewesen sein kann (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.16).

Auch bei dem DSM wird die Bulimie durch einige diagnostische Faktoren bestimmt, dazu gehören die folgenden Merkmale: Es kommt zu wiederkehrenden Essanfällen (in einem sehr kurzen Zeitraum wird sehr viel Nahrung aufgenommen) und einem Gefühl des Kontrollverlustes während des Anfalles. Darauf folgt als zweites Charakteristikum ein Kompensationsverhalten, das bereits bei den Mechanismen der ICD 10 beschrieben ist. Ein nächstes Merkmal ist, dass die Essanfälle sowie die darauffolgenden Kompensationsmechanismen über mindestens einen Zeitraum von drei Monaten mit mindestens zwei Anfällen wöchentlich auftreten. Ein vierter diagnostischer Faktor ist, dass die eigene Figur und das Körpergewicht von immenser Bedeutung für die Selbstbewertung sind. Als fünftes Merkmal gilt, dass die Störung nicht nur im Rahmen einer Anorexia auftritt (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.16).

5.3) Subtypen der Bulimia nervosa

Es gibt nur beim Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders eine Unterscheidung in Subtypen, welche der Purging oder Non-purging-Typus sein können (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.17). Der Purging Typ ist gekennzeichnet durch selbst induziertes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder auch von Appetitzüglern. Beim Non-purging-Typus kommt es zu ungeeigneten kompensatorischen Verhaltensweisen wie zum Beispiel Fasten oder exzessivem körperlichen Training (Franke 2004, S.18).

Wie auch bei der Anorexie gibt es bei der Bulimie eine atypische Form, was bedeutet, dass ein oder mehrere typische Merkmale für die Erkrankung fehlen. In diese atypische Form fallen auch Partialsyndrome mit depressiven Symptomen (Teufel, Zipfel 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.17).

5.4) Prognose der Bulimia nervosa

Aussagen über den Verlauf von Bulimie und deren Prognose können nur aufgrund von Ergebnissen aus Untersuchungen, welche sich mit kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansätzen beschäftigen, getroffen werden. Demnach wiesen ein Jahr nach abgeschlossener Behandlung circa drei Viertel der Betroffenen einen verbesserten Zustand auf, das heißt, dass sie die Kriterien der Bulimie nicht mehr erfüllten. Nach circa 2-6 Jahren war die Hälfte remittiert, in etwa 30% leicht (gelegentliche Fressattacken und Erbrechen) und circa 20 Prozent waren noch unverändert krank. Ein Rückfall trat bei circa

30 Prozent der Betroffenen im Zeitraum von sechs Jahren auf, die Rückfallraten sanken jedoch mit der Zeit und betrugen nach 12 Jahren circa 10 Prozent. Es hatte sich als prognostisch günstig erwiesen, wenn vor der Therapie ein relativ kurzer Krankheitsverlauf bestand. Ebenso wirkte sich eine relativ gesunde Persönlichkeitsstruktur positiv aus. Im Gegensatz dazu waren vorliegende psychische Erkrankungen prognostisch ungünstig, bei vielen der Betroffenen kam es hierbei zu einem Therapieabbruch (Cuntz, Hillert 2008 S.78; Quadflieg, Fichter 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.50).

6) Ursachen von Anorexie und Bulimie

Im folgenden Kapitel soll nun auf die Ursachen von Anorexie und Bulimie eingegangen werden. Bisher gibt es kein einheitliches empirisches Modell welches die Pathogenese und die aufrechterhaltenden Faktoren wiedergibt. Nach verhaltenstherapeutischen Ansätzen liegt einer Essstörung immer ein multifaktoriell bedingtes Modell zugrunde, welches sich aus drei wesentlichen Faktoren ergibt, die dann zusammen als Ursache zu sehen sind. Im Folgenden sollen nun diese drei Klassen von Faktoren, die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden, näher beschrieben und die spezifischen Aspekte der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa beleuchtet werden (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.54).

6.1) Prädisponierende Faktoren

Unter diesen Faktoren, die auch Vulnerabilitätsfaktoren genannt werden, versteht man zeitlich überdauernde persönliche Kennzeichen oder auch Bedingungen aus der Umwelt, welche für das Entstehen von Essstörungen verantwortlich sind. Diese Merkmale bestehen schon lange Zeit vor dem Auftreten einer Essstörung und wirken teilweise auch nach dem Krankheitsbeginn weiter. Durch das Vorliegen dieser Faktoren wird das Risiko, an einer Essstörung im weiteren Leben zu erkranken, drastisch erhöht. Prinzipiell gibt es einige Risikofaktoren, welche dieses Risiko einer Essstörung noch weiter erhöhen, dazu gehören unter anderem die Tatsachen, weiblich zu sein, eine ethnische (nichtasiatische) Zugehörigkeit oder frühkindliche Störungen bezüglich Ernährung und Verdauung. Große Sorge um Gewicht und die Körperform sowie eine negative Einschätzung sich selbst gegenüber erhöhen das Risiko ebenso wie sexueller Missbrauch oder andere traumatische Erfahrungen und das Vorliegen von anderen psychiatrischen Erkrankungen (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.54).

Neben diesen Risikofaktoren gibt es die prädisponierenden Faktoren, die sich aus folgenden Merkmalen zusammensetzen:

- „*biologische*,
- *soziokulturelle*,
- *familiäre und*
- *individuelle Faktoren*“. (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.54)

Nun sollen diese einzelnen Merkmale und die spezifischen Merkmale von Anorexie und Bulimie beleuchtet werden.

6.1.1) Biologische Faktoren

Bei den biologischen Faktoren spielen Genetik, neurobiologische Aspekte und Serotoninveränderungen sowie die körper- und ernährungsbedingten Faktoren eine Rolle (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.54-55).

Die genetischen Einflüsse auf die Magersucht sind in Zwillingsstudien erwiesen worden, es hat sich bei eineiigen Zwillingen gezeigt, dass in 90% der Fälle beide Zwillinge betroffen sind. Ebenso wirkt es sich aus, wenn ein Familienmitglied erkrankt ist; das Risiko, dass ein biologischer Verwandter daran erkrankt, erhöht sich auch auf 30 Prozent (Cuntz, Hillert 2008, S.58-59).

Bei der Bulimie gibt es ähnliche Zahlen, auch hierbei ist das Risiko, an Bulimie zu erkranken, um 30 Prozent erhöht. Bei eineiigen Zwillingen war das Risiko, dass beide an Bulimie erkranken, ebenso signifikant höher. Bei der Bulimie lassen sich 50 Prozent der Erkrankungen auf die genetische Komponente zurückführen (Cuntz, Hillert 2008, S.74).

Zu den neurobiologischen Ursachen lässt sich sagen, dass beim Vorliegen einer Anorexie die Konzentration bestimmter Überträgerstoffe wie zum Beispiel Vasopressin oder Neuropeptid Y im Liquor erhöht ist. Betaendorphine und Oxytocin sind bei Anorektikern und Anorektikerinnen erniedrigt. Da diese Verschiebungen jedoch bei Gewichtsnormalisierung reversibel sind, wird in der Wissenschaft diskutiert, ob sie als Ursache oder Symptom zu sehen sind (Cuntz, Hillert 2008, S.63-64).

Neben diesen Veränderungen sind auch die Konzentrationen von Noradrenalin, Dopamin und Serotonin beim Vorliegen einer Essstörung in anderen Konzentrationen vorhanden. Diese drei Stoffe werden als biogene Monoamine bezeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen, bei denen es Abweichungen dieser Monoamine gibt,

gefährdeter sind, an einer Essstörung zu erkranken und Persönlichkeitsauffälligkeiten wie zum Beispiel Perfektionismus in allen Bereichen zu erhalten. Dieser Perfektionismus ist sowohl eine Auffälligkeit bei der Bulimie als auch bei der Anorexie (Fichter 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.40).

Bei Bulimie hat der Serotoninmangel vor allem einen Einfluss auf das Auslösen von Fressanfällen, zum größten Teil von kohlehydratreicher Nahrung. Außerdem reguliert er das Hunger- Sättigungsgefühl bei Kohlehydratzufuhr und hat somit auch einen Einfluss auf die Bulimie (Erpen 1998, S.145).

Zu den biologischen Faktoren zählen auch körperlichen Faktoren wie das frühe Auftreten der Menarche, welches auch Auswirkungen auf Anorexie und Bulimie hat, sowie ein höheres Setpoint-Gewicht. Auch ernährungsphysiologische Faktoren wie Störungen des Hunger- und Sättigungsgefühles gehören zu den biologischen Faktoren (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.55).

6.1.2) Soziokulturelle Faktoren

Zu den soziokulturellen Faktoren gehören gesellschaftliche und kulturelle Normen, welche durch die Gesellschaft, Peer-Groups und die Medien vermittelt werden. Prinzipiell lässt sich sagen, dass Essstörungen eher ein Problem der westlichen Industrieländer sind, in Ländern, in denen Armut und Hunger herrscht, spielen diese Erkrankungen keine bzw. in den oberen sozialen Schichten nur eine minimale Rolle (Fichter 2008 IN Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.36).

Besondere Bedeutung für die Entwicklung von Essstörungen haben das geltende Schlankheitsideal und der Diätwahn der westlichen Industrieländer. Der durch die Medien propagierte Schlankheitswahn und die Diäten haben weitaus größeren Einfluss auf die Entstehung: während Diäten primär das Ziel haben, Gesundheit zu erreichen oder zu erhalten, können sie jedoch auch ein Einstieg in die Essstörung sein, da sie helfen, den Körper zu kontrollieren und einen schlanken Körper zu erhalten. Oftmals liegt den Diäten auch nicht das Streben nach einer gesunden, schlanken Figur zugrunde, sondern das Erreichen der damit assoziierten und durch die Medien propagierten Eigenschaften wie Schönheit, Erfolg und das Gefühl, liebenswert zu sein (Fichter 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.34).

Für Anorektiker und vor allem Anorektikerinnen ist das Schlankheitsideal nicht so wichtig, obwohl dieser Gedanke den Gewichtsverlust unterstützt und sogar legitimiert (Jäger 2008

IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.76). Der Wunsch nach Anerkennung sowie Geborgenheit und das Erlangen von Autonomie, welche beide auch durch den Gewichtsverlust erreicht werden können, stehen hier vielmehr im Vordergrund als bei der Bulimie (Franke 2004, S.15).

Neben dem Schlankheitsideal gibt es zudem eine veränderte Erwartung an die Frauenrolle, welche sich vor allem in der Bulimie manifestiert. Weiblichkeit hat zwei Seiten, einerseits sollen sich Frauen von der Mutterrolle lösen und erfolgreich im Berufsleben sein, andererseits werden ihnen die weiblichen Tugenden wie Sorge um andere, Warmherzigkeit und ein gewisses Schönheitsideal zugeschrieben. Problematisch ist es jedoch, dass es nicht nur ein bestimmtes Schönheitsideal gibt, sondern teilweise mehrere, die sich jedoch nicht gleichzeitig erfüllen lassen. Der muskulöse, athletische Körperbau ist hier meist dem idealen, schönen, weiblichen Körper gegenübergestellt, beide Ideale können nicht erfüllt werden. Viele Frauen fliehen vor diesem Konflikt und finden so für sich den Ausweg in der Bulimie (Franke 2004, S.20-21).

6.1.3) Familiäre Faktoren

In den Familien von Essgestörten gibt es pathologische Beziehungsmuster, welche vor allem im Bereich von Grenzen, dem Umgang mit Konflikten und Abhängigkeiten liegen (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.55).

Im Familiensystem von Anorektikern und Anorektikerinnen sind immer Auffälligkeiten vorhanden, vor allem Familien, in denen ein großes Gefühl der Gebundenheit vorliegt, steigern das Risiko, eine Essstörung zu erleiden. In diesen Familien liegt ein großes Streben nach Harmonie vor, der Familienzusammenhalt wird verklärt, sowie auf die eigenen Bedürfnisse verzichtet und für andere Opfer gebracht. Verlockungen wie Sexualität oder Ernährung soll in diesen Familien widersprochen werden, was am besten durch das Leugnen aller Gefühle gelingt. Die meisten von Anorexie Betroffenen haben zudem die Aufgabe, den Familienhalt zu sichern und sind Ableiter für Spannungen, die zum Beispiel zwischen den Eltern vorliegen. Zudem ist auffällig, dass in diesen Familien immer sehr große Leistungsanforderungen, sehr starke Orientierung an Normen und ein sehr starr zu betrachtender Gerechtigkeitssinn vorliegen (Franke 2004, S.16). Ebenso gibt es in diesen Familien große Ablösungsschwierigkeiten, die Autonomie und Unabhängigkeit von essgestörten Patienten und Patientinnen wird von Seiten der Familie nicht ermutigt (Reich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.183).

In den Familien von Bulimikern und Bulimikerinnen liegen oft große Unsicherheiten vor, meist besteht zu einem Elternteil eine unsichere Bindung. Mütter werden von den Betroffenen meist als zu fürsorglich beschrieben, die Väter sind hingegen oft nur wenig präsent und zeigen sich emotional abweisend, wodurch die Loslösung vom Elternhaus erschwert wird. Oft tritt Bulimie auch in den Familien auf, in denen der Verlust eines Elternteils vorlag; dadurch müssen vor allem junge Frauen schon früh das Gefühl von mangelnder Unterstützung durch die Eltern verarbeiten lernen. Das Klima in der Familie ist geprägt durch Kontrolle, die Vermeidung von Konflikten sowie eine Überinvolviertheit, wodurch eine Abgrenzung äußerst schwierig wird. Indirekt werden gegenseitige Schuldzuweisungen und Abwertungen gezeigt, das Verhalten in der Familie ist zudem von sehr widersprüchlichen Botschaften untereinander gekennzeichnet. Die Konfliktvermeidung führt dazu, dass vor allem bulimische Frauen keine Strategien zur Lösung von Konflikten erlernen, das Überstehen dieser scheint für sie nur durch eine sehr starke Kontrolle der eigenen Gefühle machbar zu sein. Teilweise kommen in Familien, aus denen Bulimiker und Bulimikerinnen entstammen, rigide Schlankeits- oder Gesundheitsideale zum Tragen, auch der äußerlichen Erscheinung wird sehr oft übergroße Bedeutung geschenkt (Franke 2004, S.21-22).

Vor allem bei der Bulimie stellt sich seit den 1980er Jahren die Frage, ob diese eine Folge von sexuellem Missbrauch sei: Vermutet wird, dass beim Opfer nach dem Missbrauch ein ambivalentes Verhältnis zum eigenen Körper entsteht und andererseits keine Möglichkeit besteht, Stimmungen zu erleben und diese auch auszudrücken zu erlernen, was langfristig zu bulimischen Essverhalten führen kann (Cuntz, Hillert 2008, S.78-79).

6.1.4) Individuelle Faktoren

Zu den individuellen, prädisponierenden Faktoren zählen „...*ein niedriger Selbstwert, Perfektionismus, Impulsivität und kognitive Defizite.*“ (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.55).

Nach dem Zweifaktorenmodell von Connors liegen Essstörungen auf der individuellen Ebene immer zwei Komponenten zugrunde, die im Zusammenspiel die Ursache für das Auftreten von Essstörungen sein können: Die erste Komponente umfasst ein negatives Körperbild und eine übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht und das Einhalten von Diäten, während die zweite Komponente eine „*Störung der Selbstregulation mit affektiver Dysregulation, niedrigem Selbstwert und Bindungsunsicherheit*“ beschreibt (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.56). Getrennt voneinander sind diese

zwei Komponenten nicht als Ursache einer Essstörung zu sehen, treffen sie jedoch zusammen, so erhöht sich das Risiko des Entstehens von Essstörungen (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.56).

6.2) Auslösende Faktoren

Die bereits beschriebenen prädisponierenden Faktoren erhöhen das Risiko, im weiteren Leben an Bulimie oder Anorexie zu erkranken beträchtlich, jedoch lässt sich der Zeitpunkt ihres Auftretens nicht vorhersagen. Dafür spielen die auslösenden Faktoren eine Rolle: zu diesen gehören kritische Lebensereignisse, wozu die Trennung vom Partner/ von der Partnerin, Schulwechsel oder Schulabschluss sowie der Wohnungswechsel zählen können (Legenbauer, Vocks 2006, S.27-28).

Durch diese Veränderungen werden an die Personen Anforderungen gestellt, denen sie sich nicht gewachsen fühlen. Durch diesen Stress, den die bisher Gesunden mit prädisponierenden Faktoren in dieser Phase erleben, scheint es zu einer Verbindung der prädisponierenden Faktoren mit dem Streben nach einer Gewichtsreduktion zu kommen (Legenbauer, Vocks 2006, S.27-28; Sassaroli, Ruggiero 2005, S.135). Problematisch wird es, wenn die Betroffenen durch ihren Gewichtsverlust aus ihrer nächsten Umgebung positives Feedback erhalten, denn dann wird ein gesteigertes Selbstwertgefühl mit der Gewichtsrestriktion assoziiert. Dazu kommt dann häufig die Angst, wieder Gewicht zuzunehmen. Vor allem bei der Anorexia nervosa, kommt es bei Frauen, die sich ihrer starken Selbstkontrolle bezüglich der Nahrungsaufnahme bewusst sind und diese positiv bewerten, zu einer Verstärkung. Es wird weiter versucht, Gewicht abzunehmen und übermäßiges Kontrollverhalten aufrecht zu erhalten. Die Restriktion der Nahrung kann jedoch auch zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass Fressattacken auftreten, führen, wodurch sich dann die Symptomatik der Bulimie etabliert (Legenbauer, Vocks 2006, S.27-28).

6.3) Aufrechterhaltende Faktoren

Aufrechterhaltende Faktoren werden als jene Bedingungen beschrieben, die dazu beitragen, dass Essstörungen bestehen bleiben und nicht wieder abklingen. Sehr oft sind sie Folgen der zugrunde liegenden Probleme, welche zur Störung des Essverhaltens geführt haben und stehen in großem Zusammenhang mit den prädisponierenden Faktoren. Auch kann das gestörte Essverhalten zu biologischen und psychologischen Veränderungen führen, die dann für die Aufrechterhaltung der Essstörung verantwortlich

sind; die zunächst ursprünglich an der Entstehung der Essstörung beteiligten Faktoren spielen dann keine so große Rolle mehr. Durch ein positives Verstärkermodell der prädisponierenden Faktoren entsteht oftmals ein Teufelskreis, die Betroffenen sind dann nicht mehr in der Lage, sich selbst daraus zu befreien (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.56).

Legenbauer und Vocks (2006) zählen zu diesen aufrechterhaltenden Faktoren das gezügelte Essverhalten, ein großes Ausmaß an Stress mit fehlenden Bewältigungsstrategien sowie Fehler in der Informationsverarbeitung. Die aufrechterhaltenden Faktoren ähneln sich bei Anorexie und Bulimie, bei der Anorexie kommt jedoch noch ein ausgeprägtes Kontrollgefühl hinzu (Legenbauer, Vocks 2006, S.28).

Unter dem gezügelten Essverhalten wird die selbstauferlegte Nahrungsrestriktion und das Erreichen oder Halten des Idealgewichtes, das unter dem biologischen Körpergewicht liegt, verstanden. Die Fehler in der Informationsverarbeitung, die dysfunktionalen Kognitionen, führen dazu, dass die Handlungskompetenzen eingeschränkt sind (Groß 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.56-57).

Die nachfolgende Grafik stellt das beschriebene Modell noch einmal zusammengefasst dar:

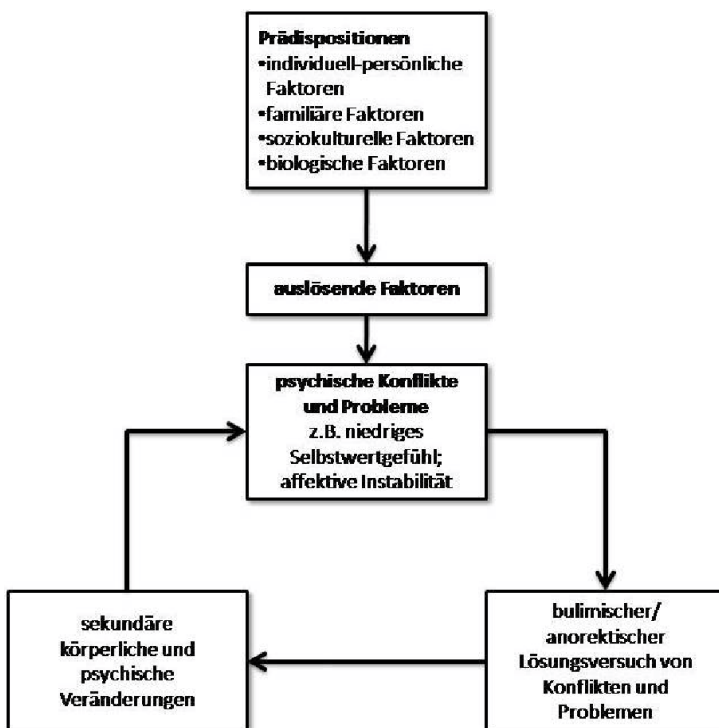


Abbildung 2: Multifaktorielles Erklärungsmodell

7) Unterschied Bulimie und Anorexie

Wie sich bereits gezeigt hat, weisen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa einige Gemeinsamkeiten bezogen auf ihre Ursachen, Psychodynamik und Psychopathologie auf. Jedoch sollen in diesem Kapitel noch kurz die Unterschiede der beiden Erkrankungen, welche vor allem auf der Ebene der Symptome vorliegen, aufgezeigt werden (Csef 1999, S.400).

Die folgende Abbildung 3 zeigt noch einmal zusammengefasst die Unterschiede der beiden Erkrankungen. Wie bereits angesprochen, ist die Prävalenz der Magersucht deutlich niedriger als die der Bulimie, welche fast fünf Mal so hoch ist (circa 4 Prozent). Der Appetit ist bei der Anorexie reduziert, bei der Ess-Brechsucht gesteigert, hier liegt eine Hyperorexie vor. Ebenso ist die Nahrungszufuhr bei der Anorexie eingeschränkt, hungern und Nahrungsverweigerung sind klassische Anzeichen der Anorexie, während der Charakter der Bulimie im Heißhunger, verbunden mit Fressanfällen, liegt. Das Körpergewicht ist dementsprechend bei Anorektikern und Anorektikerinnen immer im Bereich des Untergewichts, bei der Bulimie jedoch im Bereich des Normalgewichts, wobei jedoch auch leichtes Über- oder Untergewicht möglich sein kann. Auch bezüglich der Ziele, die durch das gestörte Essverhalten erreicht werden sollen, liegen Unterschiede vor: die Magersucht soll zur schonungslosen Abnahme von Körpergewicht führen, während es das Ziel der Bulimie ist, eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Bezüglich der Impulskontrolle steht die verstärkte Kontrolle auf Seiten der Anorexie (Kontrollzwang) der verringerten Kontrolle auf Seiten der Bulimie gegenüber. 85 Prozent der von Bulimie Betroffenen erbrechen, um ihr Körpergewicht zu halten, während nur circa ein Sechstel bis ein Drittel der Anorektiker und Anorektikerinnen dieses Verhalten aufweisen. In der nachfolgenden Abbildung wird auch die Verteilung der Amenorrhö, die bei der Anorexie deutlich häufiger auftritt, gezeigt, wie auch der Leidensdruck und das Therapieverlangen, welche beide bei der Anorexie gering, bei der Bulimie jedoch sehr groß sind (Csef 1999, S.400).

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Prävalenz in Risikogruppen (15-30 J.)	0,8%	4,0%
Appetit	reduziert (Anorexie)	gesteigert (Hyperorexie)
Eßverhalten (Nahrungszufuhr)	Hypophagie, Nahrungsrestriktion „Hungern“, Essensverweigerung	Hyperphagie, Heißhungerattacken, „Freißanfälle“ Bulimie = „Ochsenhunger“ griech. „bous“ (Ochse), „limos“ (Hunger)
Verhaltensziel (finaler Aspekt)	abnehmen wollen, schonungsloses Streben nach Abmagerung (relentless pursuit of thinness)	nicht zunehmen wollen, Angst vor Gewichtszunahme, „weight phobia“
Impulskontrolle	verstärkt, „Kontrollzwang“	vermindert, Kontrollverlust („Impulsdurchbruch“ im Freißanfall)
Körpergewicht	immer Untergewicht, mindestens 15% unter Normalgewicht	meist Normalgewicht, leichtes Untergewicht oder Übergewicht möglich, Übergänge zur Magersucht und Adipositas, große Gewichtsschwankungen
Erbrechen	bei 15–30%	bei ca. 85%
Amenorrhoe	60–100% je nach Untergewicht	40–50%
Leidensdruck	gering, starke Verleugnungstendenzen	groß
Therapieverlangen	gering	groß

Abbildung 3: Unterschiede zwischen Anorexie und Bulimie

8) Körperliche Folgen von Anorexie und Bulimie

Durch die massive Gewichtsabnahme während der Magersucht kommt es zu somatischen und auch psychischen Auffälligkeiten, welche beinahe alle Organsysteme schädigen und lebensbedrohliche Folgen haben können. Magersucht und Ess-Brechsucht können Auswirkungen auf das kardiovaskuläre System und den Gastrointestinaltrakt haben, das Skelettsystem betreffen und auch dermatologische und gynäkologische Schäden hervorrufen (Franke 2004, S.16-17; S.22-23).

Im Folgenden sollen nun die Folgeschäden und Komplikationen der Magersucht und der Ess-Brechsucht näher betrachtet werden.

8.1) Allgemeine Komplikationen und Folgeerscheinungen

Allgemein betrachtet fällt aufgrund der Mangel- und Fehlernährung als erstes die extreme Kachexie bei den von Anorexie Betroffenen auf. Der Wunsch nach einem perfekten, geringen Körpergewicht hört bei den Betroffenen jedoch nie auf und führt zu

schwerwiegenden Komplikationen. Dieser Zwang, immer weiter an Gewicht abzunehmen führt zu einer verzerrten Wahrnehmung des Körpers, einer Körperschemastörung (Erpen 1998, S.51).

Viele Betroffene, vor allem Frauen, leiden an einer Durchblutungsstörung, welche sich dadurch äußert, dass die Betroffenen kalte Hände und Füße haben. Außerdem leiden sie häufig an einer Hypothermie (Mucha 2003,S.34).

8.2) Herz-Kreislaufsystem

Im Verlauf einer Gewichtsabnahme, die mit einer Magersucht und teilweise auch mit einer Bulimie einhergeht, und der damit verbundenen Fehl- bzw. Mangelernährung kommt es sowohl zu einem Absinken des Blutdrucks in den Bereich der Hypotonie als auch zu einer verlangsamten Herzfrequenz. In der Literatur sind sogar extreme Werte wie 30 Schläge pro Minute bekannt. Durch diese Veränderungen kommt es oftmals zu Schwindel und die Betroffenen berichten von einem flauen Gefühl, das sie beherrscht. Die oft vorliegende Hypovolämie kann auch dazu führen, dass es bei schnellem Aufstehen oder Lagewechseln zu einer orthostatischen Hypotonie, in manchen Fällen auch zum orthostatischen Kollaps kommt. Ebenso kann bei stark Untergewichtigen eine Atrophie des Herzmuskels und vor allem einer Verkleinerung des linken Ventrikels entstehen; dies kann dazu führen, dass ein Missverhältnis zwischen Muskelanteilen und Herzklappen besteht, welches dann lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen hervorrufen kann (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008 , S.154; Gerlinghoff, Backmund 2004, S.50).

Durch die Atrophie des Herzmuskels werden auch die Zellen des Reizleitungssystems betroffen, es kommt dann zu einer Repolarisationsstörung der Hauptkammern, welche sich im Elektrokardiogramm als verlängerte QT-Zeit äußert. Neben den bereits beschriebenen Herzrhythmusstörungen können auch Elektrolytveränderungen, die im Zuge der Essstörungen häufig auftreten, zu Herzrhythmusstörungen führen, die einen letalen Ausgang haben können (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.154).

Im Bereich der Lunge führen Anorexie und Bulimie oft zu einer gesenkten Atemfrequenz (Franke 2004, S.16).

8.3) Skelettsystem

Auch das Skelett kann Ort von Folgeschäden der Anorexie und der Bulimie sein: Bei chronischem Verlauf kann es bei Anorektikern und Anorektikerinnen und untergewichtigen Bulimikern und Bulimikerinnen zu nicht mehr reversiblen Komplikationen wie einer verringerten Knochendichte und daraus resultierend zu Osteoporose kommen.

Problematisch ist es, dass der Knochenaufbau vor allem während der Pubertät in einer sehr sensiblen Phase ist und gerade zu dieser Zeit häufig Anorexie oder Bulimie auftritt. Es gibt Daten dazu, dass mehr als 50 Prozent der Jugendlichen, die von Anorexie betroffen sind, unter einer Osteopenie leiden und circa 25 Prozent eine Osteoporose aufzeigen. Bei einem Verlauf, der chronisch über 11 Jahre besteht, liegt bei circa 44 Prozent der Betroffenen eine Osteoporose vor. Bevorzugte Orte des Auftretens von Osteoporose sind der Oberschenkel und auch Bereiche der Lendenwirbelsäule. Bei Anorektikern und Anorektikerinnen liegt ein drei- bis siebenfach erhöhtes Risiko vor, im Laufe des Lebens hier eine Fraktur zu erleiden (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.154).

Das Entstehen der Osteoporose im Zusammenhang mit Essstörungen ist ein sehr komplexer Mechanismus: Es liegt bei von Anorexie Betroffenen ein verminderter Knochenanbau und eine gesteigerte Knochenresorption vor. Dies kann nicht alleine durch den Östrogenmangel, der bei den meisten Betroffenen vorliegt und bei postmenopausalen Osteoporose ursächlich für den veränderten Knochenstoffwechsel ist, erklärt werden (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008 , S.155).

Die derzeitigen Erklärungsversuche für essstörungsbedingte Osteoporose gehen davon aus, dass diese multifaktoriell bedingt ist und die folgenden Faktoren gemeinsam eine Rolle spielen: *„...Untergewicht, hormonelle Faktoren wie verminderter Spiegel für Östrogen, insulin-like growth factor (IGF-1), Leptin und Thyroxin (freies T3), Mangelernährung (Kalzium, Vitamin D) und metabolische Azidose (Folge des Fastens).“* (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008 , S.155)

8.4) Gastrointestinaltrakt

Durch die oftmals jahrelange Unterernährung während der Anorexie kommt es auch im Verdauungstrakt zu teilweise sehr massiven Folgeschäden. Durch die beschränkte Nahrungsaufnahme und die meist sehr einseitige Zusammensetzung der Nahrung, kommt es zu einer Trägheit des Darms und damit verbundenen Obstipationen. Der Versuch von

Anorektikern und Anorektikerinnen, dies mit Abführmitteln zu verhindern, führt sehr oft zum Gegenteil, es kommt zu Störungen im Stoffwechsel, die teilweise lebensbedrohlich werden können. Häufige Komplikationen im gastrointestinalen Bereich sind auch das Auftreten von Magenschmerzen, Blähungen und Diarrhö, es sind auch Fälle von Magenerweiterungen, die bis zum Magendurchbruch führen können, bei bulimischen Anorektikern und Anorektikern bekannt (Gerlinghoff, Backmund 2004, S.50) .

Ebenso ist die Entleerung des Magens bei Magersüchtigen sehr oft verlangsamt, wodurch es zu Magenschmerzen und Völlegefühl kommt (Erpen 1998, S.90).

Bei Bulimikern und Bulimikerinnen kommt es durch den Kompensationsmechanismus des Erbrechens oftmals zu Entzündungen und Verletzungen der Speiseröhre, die auf die Reizung durch die Magensäure zurückzuführen sind. So kann eine Folge der Barrett-Ösophagus sein, bei welchem es zu einer sogenannten Zylinderepithelmetaplasie kommt, aus welcher sich nach einigen Jahren ein Barrett-Karzinom bilden kann. Eine weitere Folge kann die sogenannte Mallory-Weiss-Läsion sein, die durch Einrisse der Schleimhaut in der Region des gastroösophagealen Übergangs gekennzeichnet ist. Es kommt zwar nicht sehr häufig bei Patienten und Patientinnen mit Essattacken und darauffolgenden Erbrechen vor, dass es zu einer Magendehnung mit damit verbundener Gewebsnekrose bzw. einer Magenruptur kommt; tritt dies jedoch auf, kann dies lebensbedrohlich für die Betroffenen sein (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008 , S.155).

8.5) Haut, Haare und Zähne

Bei Anorektikern und Anorektikerinnen kommt es häufig zu Veränderungen der Haut; trockene Haut, hervorgerufen durch eine verminderte Talgproduktion, und Hyperpigmentierung können die Folge sein. Die trockene, unelastische Haut verleiht den Betroffenen sehr oft ein greisenhaftes Aussehen (Gerlinghoff, Backmund 2004, S.51). Auch Lanugobehaarung (feine Flaumbehaarung) oder Haarausfall, sowie Akne oder Blaufärbung der Haut und das Auftreten von Stomatitis und Dekubitus sind nicht seltene Folgen von Essstörungen. Aufgrund einer Schilddrüsenunterfunktion und eines Zinkmangels kommt es außerdem bei Anorektikern und Anorektikerinnen häufig zu einer verlangsamt Wundheilung (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.155). Eine weitere Folge sind brüchige Finger- und Zehennägel, auch Trommelschlegelfinger werden beim Vorliegen von Anorexie und Bulimie sehr oft beobachtet (Franke 2004, S.17, S.22).

Bei Bulimikern und Bulimikerinnen sind zudem häufig sogenannte Russel-Zeichen beobachtbar: Dabei handelt es sich um Läsionen der Haut im Bereich der Fingergrundgelenke, welche auf das häufige Einführen der Finger in den Hals an den scharfkantigen Schneidezähnen vorbei, entstehen (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.155).

Bei Anorexie mit selbstinduziertem Erbrechen und bei Bulimie mit Erbrechen als Kompensationsverhalten tritt zudem eine Hypersensitivität der Zähne bei Kälte und Wärme auf, welche durch Erosionen des Zahnschmelzes verursacht wird (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.156). Ebenso kann es bei den Betroffenen zu einem Anschwellen der Ohrspeicheldrüse kommen, was jedoch meist schmerzlos verläuft (Franke 2004, S.17).

8.6) Niere, Wasser- und Elektrolythaushalt

Auch in der Niere und dem sensiblen System des Wasser- und Elektrolythaushaltes können in Folge der Magersucht und Ess-Brechsucht und den damit verbundenen Verhaltensweisen Komplikationen und Folgeschäden auftreten. Bemerkbar wird dies durch verringerte oder erhöhte Werte von Elektrolyten oder dem Kreatinin. Bei Patienten und Patientinnen, die häufig erbrechen oder Diuretika verwenden, liegt eine Hypokalämie mit metabolischer Alkalose vor. Ebenso können Mangelerscheinungen wie Natriummangel, Kalziummangel, Magnesiummangel oder Phosphatmangel auftreten, welche dann schwerwiegende Folgen auf den Körper haben (Friederich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.156). Die Hypokalziämie hat große Auswirkungen auf das Herz. Bei Anorektikern und Anorektikerinnen liegt durch den Kalziummangel eine erregbare Kammerfunktion mit vorzeitigen Kammerkontraktionen und Bradykardien vor, welche wie schon vorher beschrieben, zu akuten Herzarrythmien führen können. Der Kaliummangel wiederum, der entweder durch die bereits geschädigten Nieren oder aber in der mangelnden Nahrungszufuhr und im Erbrechen begründet ist, führt zu Muskelschwäche, Verstopfungen, Polydypsie und Nykturie (Erpen 1998, S.53-54).

Vom Mangel oder dem Fehlen von Elektrolyten ist die Niere massiv betroffen. Werden große Mengen an Nierengewebe geschädigt, so kann die Niere ihrer Aufgabe, den Körper zu entwässern, nicht mehr nachkommen; es entstehen Wasseransammlungen im Gewebe. Im schlimmsten Fall führt dies zu einem Nierenversagen, welches lebensbedrohliche Folgen haben kann (Mucha 2003, S.34).

8.7) Gynäkologische Folgen

Das Ausbleiben der Regelblutung, die Amenorrhö, ist die häufigste Folge von Anorexie und dient laut ICD 10 auch als diagnostisches Kriterium. Dabei muss jedoch zwischen primärer und sekundärer Amenorrhö unterschieden werden. Primäre Amenorrhö liegt vor, wenn die erste Regelblutung erst gar nicht einsetzt. Dies kann durch Anorexie in der Pubertät verursacht werden. Ein Gewichtsverlust von circa einem Zehntel des Körpergewichts führt zu einer Verzögerung der körperlichen Entwicklung und damit auch zur Verzögerung der Menarche. Diese Entwicklungsstörungen sind allgemein doch reversibel. Die sekundäre Amenorrhö kann auch durch einen Gewichtsverlust verursacht werden, bei einem Fünftel der Betroffenen geht jedoch das Ausbleiben der Regelblutung dem Gewichtsverlust voraus: Vermutlich ist dies auf ein Zusammenspiel von psychischen Belastungen, exzessiver körperlicher Betätigung sowie Maßnahmen, die das Gewicht regulieren sollen, zurückzuführen. Betrachtet man das Ausbleiben der Amenorrhö aus endokriner Sicht, so liegt diesem eine Fehlfunktion des Hypothalamus, die Pulsationen der Ausschüttung von LHRH zu hemmen, zugrunde. Ebenso kann eine qualitative Störung von FSH und LH die Ursache der Amenorrhö sein (Gerwing, Kersting 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.158-159).

Es kann auch beim Vorliegen von Bulimie bei Patientinnen zu einer Amenorrhö kommen, häufiger sind hier jedoch Unregelmäßigkeiten im Menstruationszyklus und anovulatorische Zyklen (Ausbleiben des Eisprungs) (Franke 2004, S.22).

8.8) Komplikationen im Bereich des Nervensystems

Auch im Bereich der Nervensystems und des Gehirns kommt es zu Komplikationen, die auf Anorexie und Bulimie beruhen.

Das Gehirn leidet beim Vorliegen einer Anorexie an der Kachexie und dem damit verbundenen Flüssigkeitsverlust. Dies führt zu einer Erweiterung der kortikalen Windungsfurchen und der Ventrikel. Radiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass das Gehirn eine reduzierte Größe aufweist, was auch dazu führt, dass Anorektiker und Anorektikerinnen Einschränkungen auf kognitiver und emotionaler Ebene haben, welche jedoch zum größten Teil bei Gewichtsnormalisierung reversibel sind (Cuntz, Hillert 2008, S.67). Zu diesen Einschränkungen zählen Konzentrationsstörung und eine allgemeine Verlangsamung, aber auch Depressionen können eine Folge der Essstörungen sein (Gerlinghoff, Backmund 2000, S.31).

Weiters liegt bei Bulimikern und Bulimikerinnen auf nervenärztlichem Gebiet eine ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit vor, ebenso Lethargie, cerebrale Krampfanfälle und Tetanien, welche als eine Übererregung von Nerven und Muskeln beschrieben werden können (Franke 2004, S.23).

9) Psychische Folgen und Komorbidität

Essstörungen sind meist nicht nur isolierte psychische Erkrankungen, sondern stehen in starkem Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen. Sie können den Versuch darstellen, mit bereits vorhandenen Störungen und Problemen umzugehen, aber auch der Grund dafür sein, dass weitere psychische Störungen und Erkrankungen entstehen oder bereits vorliegende zusätzlich verstärkt werden (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.82).

Im nachfolgenden Kapitel sollen nun andere psychische Erkrankungen und Störungen, die oft als Ursachen oder Folgen der Essstörungen gelten, näher erläutert werden.

Eine sehr häufige Begleiterscheinung von Essstörungen ist die Depression, circa 31-97 Prozent aller Essgestörten erfüllen die Diagnosekriterien dafür (Schweiger 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.107). Kennzeichen einer Depression sind ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie *„gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und der Energie, erhöhte Ermüdbarkeit, Schuldgefühle, negative und pessimistische Zukunftsgedanken und Schlafstörungen.“* (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.83)

Zudem können schwere Depressionen zu Suizidgedanken führen; Selbstmord stellt die zweithäufigste Todesursache bei Anorexie dar. Depressionen und Stimmungsschwankungen sind sowohl bei Anorexie als auch bei Bulimie zu finden, sie bleiben jedoch bei Anorektikern und Anorektikerinnen auch nach Normalisierung des Esssverhaltens und Stabilisierung des Körpergewichtes noch häufig bestehen (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.83).

Auch Angststörungen treten bei allen Essstörungen gehäuft auf, am meisten sind soziale Ängste zu finden. Essgestörte Personen haben Angst vor Bewertung und fürchten sich vor Verachtung durch andere. Dies kann auch zum sozialen Rückzug führen, welcher im Kapitel „Soziale Folgen“ noch näher erläutert werden soll. Phobien treten ebenso wie generalisierte Ängste bei Bulimikern und Bulimikerinnen und Anorektikern und

Anorektikerinnen häufig auf. Bei der generalisierten Angststörung machen sich die Betroffenen ständig Gedanken und Sorgen um ihre eigene Zukunft und die Zukunft der anderen. Hinzu kommen auch noch psychosomatische Symptome wie große Nervosität, Herzklopfen aber auch verstärktes Schwitzen (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.84). Laut Schweiger (2008) haben circa 35-70 Prozent der Betroffenen eine oder mehrere Angststörungen, circa ein Fünftel aller essgestörten Personen leidet an einer sozialen Phobie (Schweiger 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.107).

Sehr oft treten Essstörungen auch zusammen mit Zwangsstörungen auf, circa zwei Fünftel aller Betroffenen leiden darunter (Schweiger 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.107). Zwangsstörungen sind jedoch häufiger bei Anorektikern und Anorektikerinnen zu finden und äußern sich durch für Außenstehende sinnlos erscheinende Tätigkeiten wie zwanghaftes Zählen oder übertriebene Sauberkeit und Ordnung. Zwangsstörungen finden sich ebenso wie Depressionen bei Magersüchtigen auch nach Gewichts- und Essensnormalisierung (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.84).

Persönlichkeitsstörungen sind ebenso sehr häufig zu finden, 20 bis 80 Prozent aller an einer Essstörung Leidenden weisen eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen auf. Zu den am häufigsten auftretenden Störungen gehören die vermeidend-selbstunsichere Störung, die zwanghafte Störung sowie die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Schweiger 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008 , S.108). Die ersten zwei Formen der Persönlichkeitsstörung sind bei Anorektikern und Anorektikerinnen häufiger zu finden; die vermeidend-selbstunsichere Form ist gekennzeichnet durch Angst vor Ablehnung und führt sehr oft zum sozialen Rückzug, die vermeidende Form hat übermäßige Zweifel und erhöhte Vorsicht als Kernmerkmale. Borderline- Persönlichkeitsstörungen sind durch hohe Impulsivität und einem charakteristischen Schwarz-Weiß-Denken geprägt, sowie durch Probleme mit der Orientierung auf die eigenen Lebensziele. Circa 10 Prozent aller essgestörten Patienten und Patientinnen sind davon betroffen (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.85).

Es muss jedoch gesagt werden, dass Persönlichkeitsstörungen nicht die Folge von Essstörungen sind, eher muss das essgestörte Verhalten als Teil einer Persönlichkeitsstörung gesehen werden (Reich, Götz-Kühne et al. 2004, S.85).

Substanzmissbrauch und- abhängigkeit treten auch im Zusammenhang mit einer Essstörung auf, am häufigsten sind die Bulimiker und Bulimikerinnen betroffen, am seltensten Anorektiker und Anorektikerinnen des restriktiven Typus (Schweiger 2008 IN:

Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.108). Durch den Missbrauch von Diuretika oder Laxantien sowie anderen Medikamenten zur Reduktion des Gewichtes können physische und/oder psychische Abhängigkeiten entstehen. Manchmal kommt es bei Bulimikern und Bulimikerinnen auch vor, dass sie ihren großen Hunger mit Alkohol zu betäuben versuchen, was auch zu einer Alkoholabhängigkeit führen kann (Franke 2004, S.19).

Eine weitere psychische Auffälligkeit, die oft bei von Bulimie Betroffenen auftritt, ist das autoaggressive Verhalten: da im Teufelskreislauf der Bulimie immer wieder große Mengen gegessen werden und sich die Betroffenen dann schuldig fühlen, erbrechen sie. Dieser zuerst positive erlebte Kompensationsmechanismus verstärkt jedoch auf Dauer den Selbsthass der Betroffenen. Dieser Selbsthass wird durch das sogenannte "Ritzen" oder „Sich-Schneiden“ mit Rasierklingen oder anderen scharfen Gegenständen ausgedrückt (Franke 2004, S.19).

10) Soziale Folgen

Esstörungen können nicht nur auf organischer und psychischer Ebene zu Problemen führen, sie haben auch Auswirkungen auf das Sozialleben. Ein Großteil aller Betroffenen zieht sich von seiner sozialen Umwelt und seinen Sozialkontakten zurück, die Gründe dafür sind unterschiedlich. Viele Anorektiker und Anorektikerinnen und Bulimiker und Bulimikerinnen haben Probleme, nahen Kontakt mit anderen zu haben, da das Essen bzw. „Nicht-Essen“ ein für sie extrem wichtiger Teil ihrer Gedankenwelt und ihrer Gefühle ist. Sexuelle Beziehungen finden bei den Betroffenen kaum oder gar nicht statt, da sie als beängstigend empfunden werden. Diese Angst vor sexuellen Kontakten kann einerseits auf den traumatischen Erlebnissen wie sexuellem Missbrauch, der ein Risikofaktor für Essstörungen sein kann (Vgl. Kapitel Ursachen der Essstörungen) beruhen, andererseits auf der Unzufriedenheit und den Problemen mit dem eigenen Körper. Essgestörte Personen haben zudem Probleme mit Konflikten umzugehen und Angst, Erwartungen, die an sie gestellt werden, nicht zu erfüllen, was wiederum zum sozialen Rückzug führen kann (Mucha 2003, S.36).

Wegen des sozialen Rückzuges und des ritualisierten Essverhaltens treten sehr oft Konflikte mit den nächsten Bezugspersonen wie Eltern oder engen Freunden auf. Sehr oft führen die gereizte Stimmung der Erkrankten, die auf dem Hungern beruht, und die teilweise sehr stark ausgeprägten Stimmungsschwankungen zu Streit mit jenen wichtigen

Personen. Mit diesen Menschen und dem Partner/ der Partnerin kann es zudem zu Konflikten kommen, weil diese nichts mehr über das Thema Essen wissen wollen bzw. das Verhalten der Erkrankten nicht mehr verstehen, da es von außen sehr schwer nachvollziehbar ist. Gemeinsame Aktivitäten mit Freunden und Freundinnen sind meist wegen der eigenen Schwäche (bei Anorektikern und Anorektikerinnen) nicht mehr möglich (Mucha 2003, S.36).

All diese Konflikte und Streitigkeiten mit nahen Bezugspersonen, Freunden und Freundinnen können zum Rückzug aus dem Sozialleben führen, was zudem eine große soziale Unsicherheit mit sich bringt. Diese führt schlussendlich dazu, dass soziale Kontakte noch stärker gemieden werden und sich so der soziale Rückzug und die soziale Isolation noch zusätzlich verstärken (Mucha 2003, S.36).

11)Therapiemöglichkeiten

Die Therapie von Essstörungen ist sehr wichtig, um den Betroffenen aus dem krankhaften Verhalten heraushelfen und sie zu einem „normalen“ Essverhalten bewegen zu können. Ebenso sollen so die Folgen der Essstörungen kompensiert und ein erneutes Hineinrutschen in das gestörte Essverhalten vermieden werden (Franke 2004, S.48). Es haben sich mehrere Arten der Therapien der Essstörungen etabliert, die im nächsten Kapitel kurz vorgestellt werden sollen.

11.1) Familientherapie

Der Zusammenhang zwischen Essstörungen und familiären Beziehung wurde bereits bei den prädisponierenden Faktoren beschrieben; Familie kann Ursache der Essstörung sein, andere Faktoren noch beeinflussen, gleichzeitig jedoch auch diese Faktoren abschwächen und bei der Bewältigung helfen. Deswegen scheint eine Familientherapie als Behandlung von Anorexie und Bulimie auch eine große Rolle zu spielen (Reich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.182).

Familientherapie, aber auch Paartherapie hat zum Ziel, die Beziehungen im interpersonellen System zu ändern, sodass Bulimie und Anorexie nicht mehr als Lösungsstrategie für vorliegende Konflikte oder Schwierigkeiten herangezogen wird. Wichtig ist es bei der Familientherapie jedoch auch, dass die durch die Essstörung

beeinträchtigtsten Beziehungen verbessert oder die Konflikte zumindest minimiert wird (Reich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.185).

Veränderte Familiendynamik führt zu einer positiven Veränderung und verbessert dadurch auch die Prognose von Essstörungen (Reich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.185).

Unterschieden wird bei der Familientherapie zwischen der psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Familientherapie, der strukturellen Familientherapie und systemischen Familientherapie. Bei der psychodynamischen Familientherapie geht es um die Bearbeitung von Beziehungsmustern innerhalb der Familie, oftmals wird hier die Problematik aus der Mehrgenerationenperspektive bearbeitet. Bei der strukturellen Therapieform geht es darum, dass dysfunktionale, vorliegende Interaktionen, welche für die Aufrechterhaltung von Bulimie und Anorexie verantwortlich sind, verändert werden. Dazu sollen die Elternposition gestärkt werden, der/ die Betroffene aus der verstrickten Konstellation mit den Eltern gelöst werden und die Haltung, dass Konflikte vermieden werden, aufgebrochen werden. Bei der systemischen Familientherapie liegt das Hauptaugenmerk auf der Erarbeitung der Bedeutung von Beziehungen bezüglich der Symptomatik (Reich 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.186).

11.2) Psychodynamische Therapie

Diese Therapieform beruht auf dem Konzept der Persönlichkeitsentwicklung und einer darauf Bezug nehmenden Krankheitslehre. Angestrebt wird eine Veränderung der Persönlichkeit, es soll die subjektive Bedeutung von Symptomen erarbeitet werden (Herzog, Friederich et al. 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.189-190).

11.3) Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie geht es darum, den Betroffenen zu verdeutlichen, dass sie sich essgestört verhalten und nur sie dieses Verhalten ändern oder aufgeben können, um die Essstörung zu bewältigen. Die Aufgabe der begleitenden Therapeuten und Therapeutinnen besteht darin, Motivation und Mut auszusprechen, den Betroffenen eine Alternative zur Essstörung anzubieten und ihnen deutlich zu machen, wie es zu diesem Fehlverhalten im Zuge der Essstörung gekommen ist. Ebenso sollte von Seiten der Therapeuten und Therapeutinnen umfassendes Wissen zur Essstörung vermittelt werden, ebenso jedoch auch verständlich gemacht werden, dass es schwierig ist, eine Erkrankung,

die lange Zeit das Leben geprägt hat, einfach aufzugeben (Gerlinghoff, Backmund 2000, S.67).

Um diese kognitive Umstrukturierung zu erhalten, eignet sich das ABC-Modell von Ellis sehr gut: Dieses Modell beschäftigt sich mit „activating events(A)“, „beliefs(B)“ und „consequences(C)“ und soll helfen, angemessene und unangemessene Gedanken auf das Verhalten und Emotionen transparent zu machen. Damit soll Bulimikern und Bulimikerinnen sowie Anorektikern und Anorektikerinnen klar gemacht werden, dass nicht die auslösenden Faktoren zu den Konsequenzen auf der Verhaltens- oder emotionalen Ebene führen, sondern die Bewertung dieser durch die Betroffenen. So können automatisch ablaufende Gedankengänge der Erkrankten aufgezeigt werden und diese an den Veränderungen arbeiten. Besonders in kritischen Situationen sollte dieses Modell von den Betroffenen angewandt werden, um nicht wieder in alte Gedankenschemen zu verfallen (Gerlinghoff, Backmund 2000, S.68-69).

11.4) Normalisierung des Ernährungsverhaltens und Gewichtszunahme

Neben den Veränderungen auf kognitiver Ebene und im Bereich der Familienstruktur ist es jedoch auch wichtig, dass die Betroffenen wieder ein normales Essverhalten erlernen. Dies soll sowohl zu einer Steigerung des Gewichts führen, als auch zum Abbau von Fressanfällen und darauffolgendem Erbrechen. Vor allem bei der Anorexie ist eine Gewichtszunahme zentral, um die psychologischen und vor allem physiologischen Konsequenzen des Untergewichts zu revidieren. Auch die Problematik der Bulimie, bei der streng restriktives Essen sich mit Fressanfällen abwechselt, soll beseitigt werden. Dafür ist es wichtig, dass therapeutische Strategien angewandt werden, um so eine normale Ernährungsweise mit ausgewogenen und regelmäßigen Mahlzeiten in den Alltag zu integrieren (Legenbauer 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.194).

Dafür sollen die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- *„Selbstbeobachtung beispielsweise mithilfe von Essprotokollen,*
- *Psychoedukation zu Themen wie physiologische und psychologische Konsequenzen von Mangelernährung,*
- *Einführen von strukturierten Esstagen zum praktischen Einüben eines normalen Essverhaltens.“*

(Legenbauer 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.194)

Ziel dieser oben genannten Punkte soll es sein, dass die Betroffenen die kognitive Kontrolle über die Nahrung und deren Aufnahme abbauen und sich das natürliche Hunger- und Sättigungsgefühl wieder einstellt (Legenbauer 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.194).

Wichtig ist es auch, dass die physiologische Tageszeitabfolge von Mahlzeiten wieder erlernt wird, die meist im Zuge von Bulimie oder Anorexie gänzlich verloren gegangen ist. Daher ist es wichtig, eine Zeitstruktur, die zunächst einzuhalten ist, vorzugeben, da es in der Essstörung verankert war, irgendwann und an irgendeinem Ort etwas zu essen oder nicht zu essen, wovon die Betroffene möglichst losgelöst werden sollte. Diese Struktur wird meist im Zuge der gleichzeitigen Verhaltenstherapie oder bei stationären Aufenthalten mit den Betroffenen erarbeitet (Gerlinghoff, Backmund 2000, S.79).

11.5) Pharmakotherapie

Obwohl es viele Studien zum Einsatz von Medikamenten zur Behandlung einer Essstörung gibt, ist der Wert einer Pharmakotherapie dennoch umstritten. Prinzipiell muss eine Pharmakotherapie immer zusammen mit anderen Therapieformen wie zum Beispiel der bereits erwähnten psychodynamischen Therapie, der Verhaltenstherapie oder der Familientherapie geschehen. Eine Pharmakotherapie bei Essstörungen hat immer zwei Ziele: Einerseits soll eine rasche Gewichtszunahme geschehen, andererseits sollen die Komplikationen, die aus der Essstörung entstanden sind, behandelt werden. Die Entscheidung einer medikamentösen Therapie hat immer nach sorgfältiger Untersuchung durch einen Facharzt oder einer Fachärztin sowie dem psychologischen Behandlungsteam zu geschehen (Schmitt 2009, S.139).

Es gab diverse Studien zur Wirksamkeit von verschiedenen Medikamenten: bei der Anorexia nervosa haben sich Antidepressiva als nicht wirksam gezeigt und Serotoninaufnahmehemmer hatten ebenfalls keinen Einfluss bzw. steigerten die Gewichtszunahme nicht (de Zwaan, Svitek 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.205).

Von Bedeutung bei der Behandlung der Magersucht sind atypische Antipsychotika, welche Effekte auf *„...die ausgeprägte Hyperaktivität und den Bewegungsdrang, die kognitive Einengung und das oft wahnhaft anmutende Denken, auf Angst und Zwanghaftigkeit sowie auf die Verleugnungsneigung bei schwerer und chronischer Anorexia Nervosa (AN)...“* haben (de Zwaan, Svitek 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.205).

Bei der Bulimie gibt es mehr Studien mit unterschiedlichen Medikamenten: hier hat sich der Einsatz von Antidepressiva als sinnvoll gezeigt, welche einen positiven Einfluss auf die Essanfälle aber auch die Kompensationsmechanismen haben. Sie haben jedoch nicht nur diese Funktion, sondern *„reduzieren auch die essstorungsspezifische psychopathologische Merkmale wie dysfunktionale Einstellung zu Körper und Gewicht.“* (de Zwaan, Svitek 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.206).

12) Prävention von Essstörungen

Prävention von Essstörungen ist zu einem wichtigen Thema geworden und hat schon in den Schulen Einzug gefunden. Prinzipiell muss Prävention in drei Einzelbereichen betrachtet werden, dazu gehören Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diese Unterteilung ist wichtig, da die Ziele und das Krankheitsstadium sich zwischen den drei Arten unterscheiden (Karwautz, Wagner 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.170).

Unter Primärprävention wird jene Art der Prävention verstanden, die es zum Ziel hat, der Entstehung von Essstörungen bzw. der Neuerkrankung vorzubeugen. Ebenso soll Risikofaktoren vorgebeugt werden und Schutzfaktoren gefördert werden (Karwautz, Wagner 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.170).

Wichtig ist es also, dass Kinder und Jugendliche viel Selbstsicherheit und Lebenskompetenz entwickeln, um so die Wirksamkeit der Risikofaktoren wie Selbstunsicherheit, den Mangel an sozialer Unterstützung und das enorme Figurbewusstsein einzuschränken. Gerlinghoff und Backmund (2000) haben dafür das Projekt K.I.C.K. (Kommunikation-Interaktion-Chancen-Kompetenzen) entwickelt, welches diese protektiven Faktoren verstärken sollen. Zum Programm gehören:

- *„Förderung der Lebenskompetenz zur primären Prävention von Ess-Störungen bei Schülerinnen und Schülern*
- *Förderung individueller Ressourcen (welche Kräfte habe ich)*
- *Förderung kommunikativer Fähigkeiten*
- *Förderung der Selbstorganisation und Kooperation/Interaktion*
- *Förderung der Eigenverantwortung und der Eigeninitiative(was kann ich selber bestimmen und tun)*

- *Förderung von Problembewältigung und sozialer Kompetenz (wie gehe ich mit schwierigen Situationen und Menschen um)*
- *Förderung der Selbsteffizienz (was habe ich alles erreicht)*
- *Förderung der konstruktiven Interaktion zwischen Schülern, Lehrern und Eltern).*“

(Gerlinghoff, Backmund 2000, S.110)

Wichtig ist im Zuge der Primärprävention außerdem, dass die Medien eine größere Bandbreite an verschiedenen Körperformen adaptieren. Die Hauptbotschaft sollte dabei sein, dass ein dünner Körper nicht schlecht ist, jedoch das Zeigen einer größeren Auswahl an Figur und Gestalt wünschenswerter wäre (Karwautz, Wagner 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.71).

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist es, dass Jugendliche, vor allem Mädchen, über die körperlichen Veränderungen während der Pubertät aufgeklärt werden. Diese können oft zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und damit verbunden zum Beginn einer Diät führen; deswegen wäre es wichtig, die normalen, körperlichen Veränderungen aufzuzeigen (Karwautz, Wagner 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.171-172).

Ein spezifisches Präventionsprogramm für Magersucht hat sich auch als erfolgreich erwiesen. Dabei handelt es sich um das Programm „PriMa“, welches sich an Mädchen ab 12 Jahren richtet. Dieses Programm wird von Lehrpersonen nach einer dreitägigen Ausbildung selbstständig durchgeführt und besteht aus 9 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten. In diesen Einheiten lernen die jungen Mädchen in Schritten mit Hilfe von speziell für dieses Programm entwickelten Postern und einem hundertseitigen Lehrmanual, wie sie sich einem „Hineinrutschen in die Magersucht“ erfolgreich widersetzen können. Darauf folgende Erhebungen haben gezeigt, dass dieses Programm sehr wirkungsvoll ist: Es wurden die Mädchen nach der Durchführung des Programms befragt und Variablen wie der Körperselbstwert, die Zufriedenheit mit der eigenen Figur und spezifisches Wissen über die Magersucht erhoben. Betrachtete man die Gesamtgruppe, so ergab sich im Allgemeinen ein signifikanter Wissenszuwachs und ein deutlich verbessertes Körperselbstwertgefühl. Das Programm wurde auf Wunsch vieler teilnehmenden Schulen noch mit spezifischen Programmpunkten für Jungen ergänzt und stellt heute ein umfassendes Gesundheitsförderungsprojekt zum Thema Essverhalten dar (Berger, Wick et al. 2010, S.30.e1-30.e2).

13). Diskussion

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt deutlich, dass Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ernstzunehmende Krankheiten darstellen, die im Steigen begriffen sind. Immer mehr junge Menschen und vor allem Frauen erkranken daran und leiden oft noch Jahre später an den Folgen oder aber schaffen es nicht, die Essstörung zu überwinden. Allein die Tatsache, dass in Österreich 200.000 Frauen einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkranken, zeigt, dass es wichtig wäre, sich noch genauer mit diesen Erkrankungen und vor allem mit der Prävention davon auseinanderzusetzen.

Es hat sich gezeigt, dass sowohl Magersucht als auch Ess-Brechsucht nicht nur eine Ursache haben, sondern stets ein komplexes Zusammenspiel von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist. Die prädisponierenden Faktoren bestehen aus biologischen, soziokulturellen, familiären und individuellen Faktoren. Die biologischen Faktoren umfassen genetische Aspekte, neurobiologische Veränderungen, Serotoninveränderungen und ernährungsphysiologische Faktoren wie Störungen des Hunger- und Sättigungsgefühles. Die soziokulturellen Faktoren bestehen aus Normen der jeweiligen Gesellschaft und Kultur, die das Bild vom perfekten Frauenkörper und das Schlankheitsideal massiv beeinflussen. Neben diesen Normen spielen die Medien mit ihren propagierten Idealbildern und auch die Erwartungen, die an Mädchen und junge Frauen gestellt werden, eine große Rolle.

Diverse Studien haben zudem ergeben, dass auch familiäre Strukturen und innerfamiliäre Konflikte zum Entstehen einer Essstörung beitragen können. Ebenso erhöht sich das Risiko, an Anorexie und Bulimie zu erkranken, wenn innerhalb der Familie bereits Fälle davon vorliegen.

Der letzte Bereich der prädisponierenden Faktoren ist der Bereich der individuellen Faktoren: hier spielen das Selbstwertgefühl sowie der eigene Perfektionismus, die Impulsivität aber auch eventuell vorliegende kognitive Aspekte eine Rolle.

Es wird schon bei den prädisponierenden Faktoren klar, in welchen Bereichen Ursachen für das Entstehen von Essstörungen zu finden sind und wie komplex das Zusammenspiel dieser Faktoren sein kann.

Neben den prädisponierenden Faktoren sind auch die auslösenden Faktoren von großer Bedeutung: dies können markante Punkte im Leben eines jeden Einzelnen/ jeder Einzelnen sein, wie zum Beispiel die Trennung vom Partner/der Partnerin, Umzug, Schulwechsel oder auch Schulabschluss.

Das multifaktorielle Modell beschreibt als letzten Punkt auch die aufrechterhaltenden Faktoren, welche aus dem gezügelten Essverhalten, einem großen Ausmaß an Stress mit

fehlenden Bewältigungsstrategien sowie Fehlern in der Informationsverarbeitung besteht. Bei der Magersucht kommt zu diesen Faktoren noch ein ausgeprägtes Kontrollgefühl hinzu.

Es zeigt sich also, wie komplex dieses Modell ist und wie schwierig es ist, Ursachen auszumachen bzw. beim Vorliegen einer Magersucht oder einer Ess-Brechsucht auf die genaue Ursache zu stoßen.

Beachtet werden muss auch, dass Magersucht und Bulimie auch schwerwiegende Auswirkungen auf körperlicher, sozialer und psychischer Ebene haben kann: Alle Organsysteme sind beim Vorliegen dieser beider Erkrankungen betroffen, mitunter sogar schwer.

Neben einer Körperschemastörung liegen bei vielen Betroffenen eine Hypothermie sowie Durchblutungsstörungen vor. Das Herz- Kreislaufsystem ist vor allem durch die vorliegende Fehl- bzw. Mangelernährung stark betroffen, es kommt zu Hypotonie, Bradykardie, einer Atrophie des Herzmuskels und teilweise kann die vorliegende Hypovolämie auch zu einem orthostatischen Kollaps führen. Durch die falsche bzw. mangelhafte Ernährungen kommen zudem sehr oft Elektrolytveränderungen vor, die auch zu Herzrhythmusstörungen führen können.

Auch das Skelettsystem leidet unter dem gestörten Essverhalten: Vor allem bei Anorektikern und Anorektikerinnen sowie untergewichtigen Bulimikern und Bulimikerinnen besteht das Risiko einer Osteopenie und Osteoporose, die meist im Bereich des Oberschenkels und der Lendenwirbelsäule auftritt.

Der Verdauungstrakt ist auch massiv durch Anorexie und Bulimie betroffen, oft treten Trägheit des Darms und damit verbundenen Obstipationen, Magenschmerzen, Blähungen und Diarrhö auf; zudem besteht vor allem bei Bulimikern und Bulimikerinnen das Risiko von Magenerweiterungen, die bis zur Magenruptur führen können. Beim Vorliegen von Erbrechen als Kompensationsverhalten kann es zudem zu Entzündungen im Bereich der Speiseröhre kommen.

Haut und Zähne sind auch durch die Essstörung geschädigt: die Haut ist meist sehr trocken und unelastisch, Lanugobehaarung oder aber Haarausfall treten auch häufig auf. Die Zähne weisen bei vorliegendem Erbrechen durch den Kontakt mit der Magensäure meist Zahnschmelzerosionen auf.

Die Niere ist sehr schnell und manchmal in massivem Ausmaß von den Essstörungen betroffen. Natriummangel, Kalziummangel, Magnesiummangel oder Phosphatmangel treten häufig auf und haben schwerwiegende Auswirkungen auf den gesamten Körper. Diese Mängel oder das Fehlen von Elektrolyten können zu Schädigungen der Niere führen,

welche im schlimmsten Fall ihrer Aufgabe, den Körper zu entwässern, nicht mehr nachkommen kann.

Das Gehirn leidet unter dem vorliegenden Flüssigkeitsmangel, es zeigen sich Erweiterungen der kortikalen Windungsfurchen und der Ventrikel. Es weist eine reduzierte Größe auf, was auch zu Einschränkungen auf kognitiver und emotionaler Ebene führen kann.

Zu erwähnen sind auch die gynäkologischen Komplikationen wie zum Beispiel die Amenorrhö bei Anorektikerinnen und anovulatorische Zyklen bei Bulimikerinnen.

Neben diesen Störungen auf körperlicher Ebene muss auch die soziale Ebene betrachtet werden. Von Essstörung Betroffene ziehen sich immer weiter zurück, da sie Angst vor Bewertung haben oder alleine sein wollen. Ihre gereizte Stimmung und das Unverständnis ihres Umfeldes für ihre Situation und ihr Essverhalten führen auch zu Konflikten innerhalb der Familie und des Freundeskreises.

Auf psychischer Ebene besteht bei vorliegenden Essstörungen eine starke Komorbidität: Essgestörte leiden oft auch an anderen psychischen Störungen wie zum Beispiel Depressionen, Angststörungen, Phobien, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen; auch Suchtverhalten oder autoaggressives Verhalten bei Bulimikern und Bulimikerinnen treten häufig auf.

14). Ausblick

Es hat sich in dieser Arbeit gezeigt, dass immer mehrere Faktoren ursächlich für Essstörungen sind oder verantwortlich dafür, dass Essstörungen aufrecht erhalten bleiben. Es wäre für zukünftige Forschung sicherlich wichtig, dass noch weitere Ursachen herausgefunden werden bzw. die bisher bekannten Ursachen noch genauer untersucht werden, damit man weiß, wo man mit Gesundheitsförderung und Präventionsprogrammen ansetzen muss.

Die bereits vorgestellten Präventionsprogramme wie zum Beispiel „PriMa“ oder „K.I.C.K“ haben gezeigt, wie sinnvoll es ist, Kinder und besonders Mädchen möglichst früh mit der Thematik zu konfrontieren und ihre Ressourcen und Schutzfaktoren wie zum Beispiel Selbstwertgefühl zu erhöhen.

Es wäre sicherlich ein guter Schritt, solche Präventionsprogramme, die die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper stärken sollen und auch die schwerwiegenden Folgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene aufzeigen, möglichst früh standardmäßig in Schulen durchzuführen, um so das Risiko von Essstörungen zu senken.

Im Bereich der Medien und der Gesellschaft wurde schon ein kleiner Schritt gesetzt, um Essstörungen vorzubeugen: es wird nicht mehr nur der ideale, schlanke Körper von Frauen gezeigt und beworben, sondern auch andere Frauenkörper und Frauentypen. Es ist sicherlich notwendig, dass dieser Trend noch weiter forciert wird, damit Mädchen und junge Frauen sich nicht diesen überschlanken Körper zum Vorbild nehmen und dadurch in ein übertriebenes Diätverhalten und später damit verbunden in eine Essstörung rutschen.

15) Literaturverzeichnis

Butcher J.N., Mineka S., Hooley J.M.(2009) Klinische Psychologie. 13., aktualisierte Auflage, Pearson Deutschland GmbH, München.

Cuntz U., Hillert A.(2008) Essstörungen. Ursachen Symptome Therapien. 4., überarbeitete Auflage, Verlag C.H. Beck, München.

De Zwaan M., Svitek J.(2008) Die Pharmakotherapie der Essstörungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.205-210.

Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H.(2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch- diagnostische Leitlinie. 8., überarbeitete Auflage unter der Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011, Verlag Hans Huber, Bern.

Ermann M.(2007) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 5., überarbeitete Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Erpen H.(1998) Die Sucht, mager zu sein. Humboldt-Taschenbuchverlag, München.

Fichter M.M.(2008) Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 38-43.

Franke A.(2004) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. Band 3. Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm.

Friederich H-C.(2008) Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 152-157.

Gerlinghoff M., Backmund H.(2000) Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Gerlinghoff M., Backmund H.(2004) Wege aus der Essstörung: Magersucht und Bulimie: Wie sie entstehen und behandelt werden. TRIAS Verlag, Stuttgart.

Gerlinghoff M., Backmund H., Mai P.(2007) Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen. 6. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim Basel.

Gerwing C., Kersting A.(2008) Gynäkologische Aspekte bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.158-163.

Groß G.(2008) Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.54-58.

Habermas T.(2008) Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 4-8.

Hebebrand J., Theisen F. M.(2010) Adipositas und Gewichtsentwicklung. IN: Remschmidt H., Matthejat F., Warnke A.(2010) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lernbuch für die Praxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Herzog W., Friederich H-C., Wild B., Schauenburg H., Zipfel S.(2008) Psychodynamische Therapie. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 189-192.

Jäger B.(2008) Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.75-81.

Karwautz A., Wagner G.(2008) Prävention der Essstörungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.170-175.

Legenbauer T.(2008) Kognitive Verhaltenstherapie. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008)Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.193-199.

Legenbauer T., Vocks S.(2006) Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Springer Verlag, Heidelberg.

Mucha S. (2003) Essstörungen erkennen, verstehen und überwinden. TRIAS Verlag, Stuttgart.

Quadflieg N., Fichter M.(2008) Verlauf der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 48-53.

Reich G., Götz-Kühne C., Killius U.(2004) Essstörungen. Magersucht Bulimie Binge Eating. TRIAS Verlag, Stuttgart.

Reich G.(2008) Familientherapie. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.182-188.

Schmitt V.(2009) Körpereinsatz. Essstörungen- Die stumme weibliche Protestbewegung. Verlag Norden Media.

Schnebel A., Bröhm P.(1996) Sprechstunde Bulimie. Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München.

Schweiger U.(2008) Psychische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 106-111.

Teufel M., Zipfel S.(2008) Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 14-18.

Zipfel S., Löwe B., Herzog W.(2008) Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. IN: Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.(2008)Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 44-47.

Fachartikel

Berger U., Wick K., Schwartze D., Strauß B.(2010) Prävention von Essstörungen- vom Pilotprojekt zur Routinemaßnahme. *Public Health Forum*, vol. 18, no. 69, pp. 30e.1-30e.3.

Csef H.(1999) Magersucht und Bulimia nervosa. *Monatschrift Kinderheilkunde*, vol. 4, no. 147, p. 396-406.

Sassaroli S., Ruggiero G.M.(2005) The Role of Stress in the Association between Low Self-Esteem, Perfectionism, and Worry, and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 37, no. 2, pp. 135-141.

Internetquellen

Daten zur Häufigkeit von Essstörungen in Österreich

<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/> , 16.12.2012