

Bachelorarbeit

Essstörungen: Ein Überblick und Ausblick

Verfasser: Dominik Alexander Oberrainer
12.09.1990

Universität: Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 2
8036 Graz

Studium: Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Lehrveranstaltung: Physiologie

Begutachterin: Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Anna Gries
Institut für Physiologie
Harrachgasse 21/V
8020 Graz

Datum der Einreichung: 06.06.2014

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	Seite 1
1. Einleitung	Seite 2
1.1. Methode	Seite 4
1.2. Begriffsdefinition	Seite 5
2. Essstörungen	Seite 7
2.1. Epidemiologie	Seite 8
2.1.1. Häufigkeit von Essstörungen in Österreich	Seite 9
3. Ursachen	Seite 11
3.1. Soziokulturelle Ursachen	Seite 11
3.2. Biologische Ursachen	Seite 12
3.3. Familiäre Ursachen	Seite 14
3.4. Individuelle Ursachen	Seite 15
4. Magersucht – Anorexia Nervosa	Seite 17
4.1. Diagnose	Seite 17
4.2. Spezifizierung des Typus	Seite 18
4.3. Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	Seite 18
4.3.1. Körperschemastörungen	Seite 19
4.3.2. Vegetative Symptome	Seite 19
4.3.3. Amenorrhö	Seite 20
4.3.4. Laborchemische Störungen	Seite 20
4.3.5. Endokrine Symptome	Seite 20
4.4. Krankheitsverlauf	Seite 21
5. Ess-Brech Sucht – Bulimia Nervosa	Seite 23
5.1. Diagnose	Seite 24
5.2. Spezifizierung des Typus	Seite 25
5.3. Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	Seite 25
5.4. Krankheitsverlauf	Seite 27
6. Differenzierung zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa	Seite 28
7. Komorbidität von Anorexie und Bulimie	Seite 31
8. Therapie von Essstörungen	Seite 32
a) Familientherapie	Seite 33
b) Pädagogisch therapeutische Führung	Seite 33
c) medikamentöse Therapie	Seite 34
d) künstlerische Therapie	Seite 34
e) Physiotherapie	Seite 35
f) Verhaltenstherapie	Seite 35
9. Diskussion und Schlussfolgerung	Seite 37
10. Anhang	Seite 40

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 06.06.2014

1. Einleitung

„Wir leben nicht, um zu essen, sondern wir essen, um zu leben“

Dieser Satz ist so lapidar, dass man sich fragen könnte, was er in der Einleitung dieser Bachelorarbeit zu suchen hat. Tatsächlich soll er auf eine der verbreitetsten, krankhaften Störungen unserer Zeit hinweisen (Erpen 1998, S.14).

Essstörungen, beziehungsweise die unter diesem Begriff zusammengefassten Krankheiten wie *Anorexia Nervosa* (Magersucht), *Bulimia Nervosa* (Fress-Brech- Sucht) oder *Adipositas* (Fettleibigkeit) sind Erkrankungen, die gerade in den westlichen Industrieländern in den letzten Jahren immer häufiger zu beobachten sind, im Gegensatz zu den Ländern der Dritten Welt, wo Essstörungen nahezu keine Rolle spielen (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 21).

Obwohl die Zahl der Männer, die an Essstörungen jährlich erkranken, stetig steigt, ist es dennoch eher eine frauenspezifische Störung. Nimmt man alleine das kleine Land Österreich, so wird davon ausgegangen, dass ca. 200.000 Österreicher/innen zumindest einmal in ihrem Leben an einer besagten Essstörung erkranken.

(<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.24/view.400/level.3/> , zugegriffen am 26.02.2014)

Gemessen an der relativ kleinen Einwohnerzahl ist dies ein Anteil von 2,5 Prozent. Nun stellt sich die Frage, wie es zu einem solchen ernüchternden Trend kommen kann, beziehungsweise, was der Auslöser dafür ist?

Mit Sicherheit trägt das Schönheitsideal der schlanken Frau als solches maßgeblich dazu bei, dass vor allem immer mehr junge Mädchen der Meinung sind, dass sie schlank sein müssen, um gut auszusehen und um von der

Gesellschaft als solches anerkannt zu werden. Doch wer sagt uns, dass „schlank gleich gut“ aussieht?

Schon in Medien und Werbung wird uns vorgelebt, dass man dünn sein muss, um angesehen zu sein. In unserer heutigen Gesellschaft treten innere Werte völlig in den Hintergrund und werden stattdessen durch äußere Oberflächlichkeiten ersetzt. Nach dem Motto „Sex sales“ wird zunehmend auf Attraktivität gesetzt anstatt auf fachliche Kompetenz. Dies hat zur Folge, dass sich immer mehr Menschen in einen krankhaften Schlankheitswahn flüchten, um dem erzwungenen Ideal der Gesellschaft zu entsprechen. Es werden unzählige Diäten ausprobiert bis hin zur gänzlichen Nahrungsverweigerung um Gewicht zu halten oder zu verlieren. Doch was die Betroffenen ihrem Körper damit antun, wird ihnen oft erst zu spät bewusst, wenn sich bereits ein gestörtes Essverhalten entwickelt hat.

Diese Bakkalaureatsarbeit liefert einen übersichtlichen Einblick in die Thematik von zwei Arten von Essstörungen: *Anorexia nervosa* (Magersucht) und *Bulimia Nervosa* (Ess- und Brechsucht).

In den folgenden Ausführungen wird genauer auf Ursachen und medizinische Komplikationen, beziehungsweise auf die Unterschiede dieser eben erwähnten Essstörungen eingegangen. Desweiteren wird versucht, mögliche Therapie-maßnahmen zu beschreiben und auf etwaige Risikofaktoren hinzuweisen.

Ziel dieser Bachelorarbeit soll die Beantwortung dieser Forschungsfrage sein: *„Wie entstehen Essstörungen, welche medizinischen Komplikationen lösen sie aus und inwieweit sind Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vergleichbar beziehungsweise welche Unterschiede gibt es?“*

1.1 Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten habe ich mich für eine Literaturrecherche entschieden. Diese Arbeit stützt sich auf aktuelle Literatur aus Datenbanken sowie der Universitätsbibliothek der Karl-Franzens Universität und des ZMF (CENTER FOR MEDICAL RESEARCH) der Medizinischen Universität.

Desweiteren habe ich auf Online- Fachartikel des österreichischen Instituts für Suchtprävention sowie auf Statistik Austria zurückgegriffen, um aktuelle Zahlen zu erhalten.

1.2. Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Definitionen rund um das Thema Essstörungen erläutert. Um nun über **Essstörungen** zu sprechen, muss man zuerst wissen, was sich genau hinter dem Begriff „Essstörung“ versteckt.

„Essstörungen sind im Sinne der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik definitionsgemäß seelische bzw. psychiatrische Störungen, die sich vorrangig in Form eines auffälligen Essverhaltens manifestieren“ (Cuntz, Hillert 2008, S.44).

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden im Wesentlichen drei Krankheitsbilder zusammengefasst:

- **Anorexia Nervosa**
- **Bulimia Nervosa**
- **Adipositas** (Franke 2004, S.3)

In diesem Zusammenhang ist es noch wichtig zu erwähnen, dass es sich bei **Adipositas** im eigentlichen Sinne um keine Essstörung handelt, sondern um eine körperliche Erkrankung und dass es neben diesen drei erwähnten Störungen auch noch atypische Essstörungen sowie die **Binge- Eating- Disorder** gibt, welcher jedoch in dieser Bachelorarbeit eine untergeordnete Rolle zukommt (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 18-19).

Größtenteils sind Mädchen und junge Frauen von **Anorexia Nervosa** und **Bulimia Nervosa** betroffen, nur 1 bis 10 Prozent der Betroffenen sind männlich. Anders sieht dies bei Adipositas aus, wo das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen ist.

<http://www.sowhat.at/zahlenunddaten.php>

Der **Körper- Masse- Index** (BMI- Body Mass Index) gilt als eine praktische Methode, um das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße darzustellen. Zur Berechnung wird das Gewicht in Kilogramm durch die quadrierte Größe in Meter dividiert (kg/m^2). Diese Methode wurde entscheidend von Adolphe Quetelet, einem belgischen Astronomen und Mathematiker geprägt und 1835 von dem selbigen vorgeschlagen. Der Normbereich für Männer beträgt 20 bis 25 und der Normbereich für Frauen 19 bis 24, wobei bei der Berechnung von adoleszenten Patienten/innen die Verwendung von BMI-Perzentilen erforderlich ist (Fairburn 2008, S. 19)

Kategorie	BMI (kg/m^2)	
Starkes Untergewicht	< 16	< 18,5 Untergewicht
Mäßiges Untergewicht	16 – 17	
Leichtes Untergewicht	17 – 18,5	
Normalgewicht	18,5 – 25	
Präadipositas	25 – 30	≥ 25 Übergewicht
Adipositas Grad I	30 – 35	≥ 30 Adipositas
Adipositas Grad II	35 – 40	
Adipositas Grad III	≥ 40	

Tabelle 3: Body- Mass- Index Skala

„Der BMI kann aber nur als ungefähre Richtlinie betrachtet werden, da jeder Körper anders ist und die Körperzusammensetzung (Fett, Muskeln, Knochen etc.) beim BMI nicht berücksichtigt wird. Bei der Bewertung der gesundheitlichen Gefährdung kommt es nicht nur auf den BMI an, sondern auch auf die Art der Fettverteilung.“

Institut für Suchtprävention :

Quelle:(<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.403/level.4/> am 22.2.2014)

2. Essstörungen

Essstörungen sind in der heutigen Gesellschaft allgegenwärtig, da vor allem immer mehr Frauen daran erkranken. Was genau unter einer Essstörung verstanden wird, lässt sich schwer beschreiben, da sie vielmehr ein komplexes Zusammenwirken von mehreren Faktoren beinhaltet. Im folgenden Kapitel soll das Phänomen Essstörung sowie die Prävalenz von Essstörungen etwas genauer beschrieben werden.

Essgestörtes Verhalten ist für sich alleine noch keine Krankheit, da nicht jedes Mädchen, das auf eine exakte und kontrollierte Nahrungsaufnahme achtet, magersüchtig ist und nicht jeder Jugendliche, der sich gelegentlich über die Maßen vollstopft, an einer Ess-Brech-Sucht leidet (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 15).

Oft ist es ein schmaler Grat, auf dem sich diese Menschen bewegen, weshalb ein solches Verhalten den Beginn einer schwerwiegenden Essstörung bedeuten kann. Vom medizinischen Standpunkt aus sind Essstörungen seelische Krankheiten. Einer Definition von (Cuntz, Hillert 2008, S.44) zufolge werden Essstörungen „... als seelische bzw. psychische Störungen gesehen, die sich vorrangig in Form eines auffälligen Essverhaltens manifestieren.“ beschrieben. In diesem Sinne werden hierbei zentrale physiologische und psychologische Regulationsmechanismen, welche bei einem nicht gestörten Essverhalten gegeben sind, außer Kraft gesetzt (Cuntz, Hillert 2008, S.44).

Im Zuge dieser Bachelorarbeit wird auf diese eben erwähnten Kategorien von Essstörungen näher eingegangen sowie auf Ursachen, Risikofaktoren und Prävalenzen.

2.1. Epidemiologie

Esstörungen, beziehungsweise vielmehr die Verteilung innerhalb der Gesellschaft, sind ein Phänomen für sich. Über die Inzidenz von Essstörungen gibt es leider nur sehr wenige aussagekräftige Daten, was zum einen mit Problemen bei der Stichprobenauswahl und zum anderen mit der Psychosomatik der Erkrankten zu tun hat. Des Weiteren handelt es sich bei diesen Werten ausschließlich um diagnostizierte Essstörungen, wobei die tatsächliche Zahl noch viel höher sein dürfte (Franke 2004, S. 8).

Unabhängig davon ist jedoch eines gewiss, die Tatsache, dass Essstörungen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Sowohl Anorexia, Bulimia oder Adipositas treten fast ausschließlich in einem bestimmten Milieu auf.

In der folgenden Tabelle wird versucht, die Prävalenz von Essstörungen anhand der drei Variablen: *Alter*, *Geschlecht* und *soziale Schicht* zu bestimmen (Franke 2004, S. 86).

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Adipositas
Prävalenz	Frauen: 0,5-1%	gesamt: 2-4 %	Frauen: 9-25 % Männer 10-17%
Geschlecht	ca. 95% aller Erkrankten weiblich	ca.95% aller Erkrankten weiblich	geringfügig häufiger bei Frauen
Alter/Erkrankungsgipfel	12-23 Jahre 14. und 18. Jahr	20-30 Jahre	40-65 Jahre
Soziale Schicht	vor allem: höhere Mittelschicht	eher: Mittelschicht	Verhältnis Untersicht zu Oberschicht 6:1

Abbildung 1: Essstörungen- Epidemiologische Risiken

Wie aus der oben gezeigten Tabelle deutlich wird, treten Essstörungen weitaus häufiger beim weiblichen Geschlecht auf. 95 Prozent der diagnostizierten Essstörungen betreffen Frauen.

Die am häufigsten auftretende Essstörung ist Adipositas, wobei sie streng genommen die Kriterien einer Essstörung nicht erfüllt. Der Anteil der Frauen liegt bei 9 bis 25 Prozent und der der Männer bei 10 bis 17 Prozent. Der Erkrankungsgipfel liegt dabei bei 40 bis 65 Jahren und ist im Vergleich zur Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa weitaus höher (Franke 2004, S. 8).

Die Magersucht und Bulimia Nervosa treten im Vergleich zur Adipositas eher bei der oberen bis hin zur Mittelschicht auf, wobei die Bulimia Nervosa etwas häufiger diagnostiziert wird, mit einem Anteil von 2 bis 4 Prozent. Im Vergleich dazu wird die Anorexia Nervosa dafür früher diagnostiziert mit einem Erkrankungsgipfel vom 12. bis hin zum 23. Lebensjahr (Franke 2004, S. 8).

2.1.1. Häufigkeit von Essstörungen in Österreich

Über die Häufigkeit von Essstörungen liegen keine absoluten Zahlen vor, was zum einen mit den Problemen bei der Stichprobenauswahl zu tun hat und zum anderen an der Tatsache liegt, dass dieses Thema mit sehr viel Scham behaftet ist. Dies hat zur Folge, dass viele Personen mit Essstörungen unbehandelt bleiben. Desweiteren scheinen in Volkszählungen, Gesundheitsberichten, etc. immer nur Zahlen zu diagnostizierten Essstörungen auf. Jedoch kann man annehmen, dass die tatsächlichen Zahlen weitaus höher liegen (Franke 2008, S.2).

Um nun annäherungsweise Aussagen zur Situation in Österreich zu machen, werden Daten aus deutschen Studien als Richtwert genommen und auf Österreich in abgewandelter Form übertragen.

Die folgenden Daten wurden dem österreichischen Institut für Suchtprävention entnommen:

- Schätzungen zu Folge erkranken etwa 200.000 Österreicher/innen einmal im Laufe ihres Lebens an einer Essstörung. In anderen Worten ausgedrückt, ist etwa jede 15. Frau in Österreich betroffen.
- Rund 1% der Mädchen zwischen 15 und 20 Jahren ist direkt von Magersucht betroffen. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind mindestens 2.500 Mädchen magersüchtig.
- Zwei bis vier Prozent der 20- bis 30- jährigen Frauen in Österreich leiden an Bulimia Nervosa. In absoluten Zahlen sind etwa 6.500 Frauen davon betroffen.
- Etwa 5.000 Mädchen leiden zusätzlich an einer subklinischen Essstörung, was bedeutet, dass schon einzelne Symptome einer Essstörung vorhanden sind und es nur mehr eine Frage der Zeit ist, wann sich eine dauerhafte Essstörung manifestiert.
- In der Regel sind Frauen weitaus häufiger von Essstörungen betroffen als Männer. Das Verhältnis beträgt 10:1.

Quelle (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/> 27.2.2014)

3. Ursachen und auslösende Faktoren von Essstörungen

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Ursachen von Magersucht und Bulimie. Bis heute ist nicht genau geklärt, was der eigentliche Auslöser von Essstörungen ist. Man geht davon aus, dass es keinen alleinigen Auslöser für die Entwicklung einer Essstörung gibt, sondern dass es vielmehr ein Zusammenspiel verschiedener Einflüsse ist.

Laut verhaltenstherapeutischen Ansätzen ist ein mehrdimensionales Entstehungsmodell, welches aus biologischen, individuellen, familiären und soziokulturellen Faktoren besteht für die Entwicklung einer Essstörung verantwortlich (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 33).

3.1. Soziokulturelle Ursachen

Zu den wesentlichen soziokulturellen Faktoren, welche größtenteils durch moderne Massenmedien vermittelt werden, zählen der von der Gesellschaft erzeugte Schlangheitswahn sowie die veränderte Rollenerwartung an die Frauen der Neuzeit (Franke 2004, S. 20).

Die Gesellschaft und insbesondere die Medien sind maßgeblich dafür verantwortlich, warum ein zunehmender Schlangheitswahn zu beobachten ist. Vor allem in den westlichen Industrieländern hat sich die Idealisierung der „schlanken Frau“ durchgesetzt. Dass dieses Ideal ohne diätische Maßnahmen nahezu unerreichbar ist, bleibt oft unerwähnt.

Dadurch werden dutzende Diäten von den Betroffenen ausprobiert, mit dem alleinigen Ziel, dem von den Medien propagierten Ideal gerecht zu werden. Doch dass dies ein schmaler Grat ist, auf dem sich die Hungernden befinden, wird ihnen gar nicht oder oft erst zu spät bewusst, wenn sich bereits ein gestörtes Essverhalten entwickelt hat. Unsere Zivilisation verfällt so immer

mehr materiellen Werten. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass uns äußerere Befindlichkeiten, Attraktivität und Prestige wichtiger sind als primäre, menschliche Werte (Erpen 1998, S.13).

Neben dem von der Gesellschaft erzwungenen Schlankheitsideal ist auch die veränderte Erwartung gegenüber der Frauenrolle entscheidend für die Ausprägung von bestimmten Essstörungen (Franke 2004, S. 20).

Einerseits wird die Frau mit der traditionellen Mutterrolle verbunden, von der sie sich aufgrund ständigen Strebens nach beruflichem Erfolg lösen muss, andererseits wird der Rolle der Frau auch die Weiblichkeit samt ihren Tugenden des Schönseins und der Warmherzigkeit zugesprochen. Bulimie, als Essstörung, entsteht oft aus einer Diskrepanz zwischen dieser traditionellen Mutterrolle und dem Streben nach beruflichem Erfolg (Franke 2004, S. 20).

Diese beiden gegensätzlichen Haltungen lassen sich oft nicht miteinander vereinbaren, woraus sich dann eine Überforderung einstellt. Frauen versuchen natürlich, all diesen Anforderungen gerecht zu werden, was ihnen in mancher Situation natürlich nicht immer gelingen kann. Viele Bulimikerinnen können sich von diesem inneren Zwiespalt nicht distanzieren und suchen den Ausweg in der Ess-Brech-Sucht (Franke 2004, S. 20-21).

3.2. Biologische Ursachen

Zu den biologischen Ursachen zählen vor allem die genetische Disposition, aber auch neurobiologische Faktoren sowie Serotoninveränderungen.

Indizien für eine genetische Veranlagung zur Anorexie ergeben sich vor allem aus den Zwillingsstudien.

Sie haben zur Folge, dass bei eineiigen Zwillingen bei 90 Prozent der Fälle beide Geschwister betroffen sind. Zum Vergleich dazu ist die Koinzidenz bei

zweieiigen Zwillingen, sprich „normalen“ Geschwistern signifikant geringer (Cuntz, Hillert 2008, S. 55). Damit ist ein genetischer Faktor kaum von der Hand zu weisen.

Desweiteren wurde in Studien errechnet, dass, wenn ein Familienmitglied an Anorexie erkrankt, das Erkrankungsrisiko für biologisch Verwandte um das Dreifache steigt. Alles in allem geht man davon aus, dass sich durch die genetische Komponente 50 Prozent aller Essstörungen erklären lassen (Cuntz, Hillert 2008, S. 55).

Ähnlich ist die Situation bei Bulimie, da auch hier ein erhöhtes Risiko besteht, wenn bereits ein Familienmitglied an Bulimie erkrankt ist. Im Rahmen diverser Untersuchungen ergab sich, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Bulimie zu erkranken in 50 Prozent der Fälle auf eine genetische Disposition zurück zu führen ist. Mit anderen Worten ausgedrückt lässt sich sagen, dass jeder zweite Fall von Bulimie auf eine genetische Veranlagung zurück zu führen ist (Cuntz, Hillert 2008, S. 89).

Neurobiologische Ursachen für Essstörungen sind immer mit Vorsicht zu genießen, wenngleich einzelne Aspekte ein Indiz für eine vorliegende Essstörung bedeuten können.

So zeigen untergewichtige Personen eine Reihe von Auffälligkeiten in ihren Befunden. Neben einem erhöhten Wert des Überträgerstoffes Neuropeptid und Vasopressin im Liquor sind gleichzeitig Beta-Endorphine, welche zum körpereigenen Schmerzregulationssystem gehören und Oxytocin, welches primär als Wehen auslösendes Hormon bekannt ist, erniedrigt (Cuntz, Hillert 2008, S. 58).

Auch die sogenannten Serotonin- Wiederaufnahmehemmer, besser bekannt als „moderne Antidepressiva“, mit weitaus weniger Nebenwirkungen als die älteren trizyklischen Antidepressiva, weshalb erst genannte auch immer öfter zur

Behandlung von Depressionen und Zwangserkrankungen verschrieben werden, stehen im engen Zusammenhang mit der Behandlung von Essstörungen. Ihnen wird nachgesagt, dass sie den Serotoninspiegel regulieren, der bei Mangel, vor allem bei Bulimie, zu Fressanfällen führt (Cuntz, Hillert 2008, S. 56).

Eine pharmakologische Behandlung mit Serotonin- Wiederaufnahmehemmern brachte noch keine validen Ergebnisse, weshalb diese These überdacht werden muss (Erpen 1998, S.145).

3.3. Familiäre Ursachen

Die Familie, beziehungsweise die Beziehungen innerhalb der Familie, haben einen enormen Einfluss auf unser Leben. So ist es nicht verwunderlich, dass auch unser Essverhalten von unserm Familiengefüge in gewisser Weise beeinflusst wird.

So zeigt das Familiensystem von Männern und Frauen, die unter einer Anorexie leiden eine Reihe von Auffälligkeiten. Man findet Anorexie vermehrt in stark gebundenen Familien, die sich durch eine hohe Harmoniebereitschaft auszeichnen (Franke 2004, S.15).

In solchen Familien wird auf die eigenen Bedürfnisse zu Gunsten anderer verzichtet. Sexualität oder Nahrung an sich werden als Verlockungen angesehen, denen es gilt zu entsagen, was am besten durch das Leugnen aller Gefühle gelingt. Des Weiteren sind die Betroffenen oft stark in das Familiensystem eingebunden und fühlen sich gleichzeitig verantwortlich für den Zusammenhalt der Familie. Generell lässt sich in Familien anorektischer Patienten/innen eine hohe Leistungsanforderung und eine überdurchschnittliche Orientierung an Normen erkennen (Franke 2004, S.15-16). Anorektische Patienten/innen beschreiben das Familienklima als konfliktvermeidend,

symbiontisch mit nur wenig individuellen Freiräumen (Cuntz, Hillert 2008, S. 58).

Auch in Familien, in denen Bulimie verbreitet vorkommt, lässt sich ein klassisches Familiensystem erkennen. Die familiäre Situation ist geprägt von großer Unsicherheit gegenüber einem Elternteil. Mütter gelten außerdem als zu überfürsorglich, wohingegen der Vater nahezu nie präsent ist (Franke 2004, S.21).

Ein weiterer Ansatzpunkt für bulimisches Verhalten sind frühe Verlustängste, resultierend aus einer Trennung von einem Elternteil. Die damit verbundenen Komplikationen wie z.B. mangelnde elterliche Unterstützung, konnten somit nie ganz kompensiert werden (Franke 2004, S.21).

Das Klima in solchen Familien ist geprägt durch Kontrolle und Konfliktvermeidung, was gerade für Bulimiker/innen zum Problem werden kann, da sie so nie richtige Lösungsansätze zur Konfliktlösung lernen können. Somit bewegen sie sich in einer Art Teufelskreis, aus dem es schwierig ist, auszubrechen (Franke 2004, S.22).

3.4. Individuelle Ursachen

Individuelle Ursachen für Essstörungen werden oft als intrapsychische Risikofaktoren bezeichnet, welche sich vor allem in einem Mangel an Selbstwertgefühl, einer großen Selbstunsicherheit sowie einer insgesamt gestörten Autonomie und Identitätsentwicklung verdeutlichen. Betroffene sind nicht in der Lage, auf ihre eigenen Bedürfnisse einzugehen und diese gegenüber anderen zu vertreten, was zur Folge hat, dass man sich zu sehr auf die Erwartungen anderer fixiert. Es entwickelt sich eine innere Lehre und insgesamt eine depressive Stimmung bzw. eine Unzufriedenheit gegenüber dem eigenen Körper (Franke 2004, S.22).

Ich-psychologische Konzepte sind der Auffassung, dass bei Menschen mit einer Essstörung Entwicklungsdefizite und eine Störung der Körperwahrnehmung vorliegen. Anorektische Menschen haben oft ein gestörtes Selbstbild und sehen sich anders als ihre Mitmenschen sie wahrnehmen (Cuntz, Hillert 2008, S. 58).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Ursache, welche zu einer Manifestation einer Essstörung führt, bis heute noch nicht ganz geklärt ist. Man ist sich jedoch dahingegen einig, dass es sich bei Essstörungen um komplexe Phänomene handelt, die nicht monokausal auf eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden können (Cuntz, Hillert 2008, S.58). Vielmehr ist es ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren. So tragen unter anderem die genetische Disposition, das familiäre Umfeld, der soziokulturelle Rahmen, indem wir uns bewegen aber auch die individuellen Eigenschaften eines jeden Einzelnen dazu bei, ob sich eine Essstörung entwickeln kann. In der unten angeführten Abbildung wird noch einmal versucht, dieses Kapitel graphisch zusammen zu fassen.



Abbildung 2: Mehrdimensionales Erklärungsmodell für Essstörungen

4. Magersucht-Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa wird umgangssprachlich als Magersucht bezeichnet, wobei die ursprüngliche Bedeutung aus dem Griechischen stammt und „seelisch bedingte Appetitlosigkeit“ bedeutet. Der Begriff „Anorexia nervosa“ wurde als solches erstmals 1874 von Sir William Gull verwendet (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 145).

Leitgedanke für anorektische Patienten/innen ist das Verlangen nach extremer Schlankheit sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung. Die Betroffenen haben große Angst vor einer Gewichtszunahme, wobei anorektische Patienten/innen die Situation völlig aus den Augen verlieren. Dabei steigert sich die Angst der Betroffenen, je dünner sie sind und je weniger Körpergewicht sie aufweisen (Franke 2008, S.12).

4.1. Diagnose

Nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) müssen folgende Kriterien vorliegen damit man von einer diagnostizierten Magersucht sprechen kann:

- Weigerung, das Minimum das für Alter und Größe normalen Körpergewichts zu halten
- ständige Ängste vor einer Gewichtszunahme, obwohl bereits Untergewicht besteht
- gestörte Wahrnehmung der eigenen Figur gegenüber, beziehungsweise die Tatsache, dass das Körpergewicht und die Figur als Gradmesser der Selbstbewertung herangezogen werden
- bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhöe, oder das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen

(Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 152)

4.2. Spezifizierung des Typus

Laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gibt es zwei Unterkategorien der Anorexia Nervosa. Man unterscheidet den restriktiven Typus und den Binge-Eating/ Purging- Typus (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 152).

Restriktiver Typus: Bei diesem Typus der Anorexia ist zu beachten, dass die Betroffenen während einer Episode keine Fressanfälle bekommen und auch nicht durch selbstinduziertes Erbrechen oder durch den Missbrauch von diversen Abführmitteln und Diuretika Gewicht verlieren wollen.

„Binge – Eating/ Purging“ –Typus: Bei diesem Typus kommt es im Gegensatz zum restriktiven Typus zu regelmäßigen Fressanfällen, gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen sowie dem Einsatz von Laxantien und Diuretika (Franke 2008, S.13).

4.3. Körperliche Komplikationen und Folgeschäden

Erstaunlicherweise sind anorektische Patienten/innen trotz ihres Untergewichts oft klinisch sehr gesund, was wesentlich mit der Adaptionsfähigkeit des Grundumsatzes zu tun hat (Franke 2008, S.16).

Jedoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass jegliche deutliche Unterschreitung des Normalgewichts eine potentielle Bedrohung darstellt. Die Handlungsfähigkeit wird gewährleistet, indem die noch verfügbaren Energiereserven mobilisiert werden, bei gleichzeitiger Einstellung der Aktivitäten, die keine wesentliche Rolle für das Überleben spielen (Cuntz, Hillert 2008, S.63).

Dies hat zur Folge, dass es zu einer Reihe von Komplikation kommt, welche die unterschiedlichsten Körperregionen betreffen.

4.3.1 Körperschemastörungen

Die Abmagerung, die häufig bis zur Kachexie führt, ist das primäre Symptom der Anorexia Nervosa. Aufgrund von zahlreichen Diäten stellt sich ein zunehmender Kräfteverschleiß ein. Zentrale Problematik hierbei ist, dass das Fasten nie ein Ende nimmt, da die Betroffenen das Idealgewicht für sich immer tiefer anlegen, als das tatsächlich vorhandene Gewicht. Magersüchtige erleben das Abnehmen als rauschartiges Gefühl, dem sie nachgehen müssen. Es stellt sich ein gewisser Zwang ein, Gewicht zu verlieren, mit dem eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers einher geht (Körperschemastörung) (Erpen 1998, S.51). Damit wird ein Teufelskreislauf begonnen, da Magersüchtige nie ihr gewünschtes Idealgewicht erreichen können.

4.3.2. Vegetative Symptome

Viele Symptome bei magersüchtigen Menschen sind Folgen ihres gestörten vegetativen Nervensystems. Häufig kommt es zu Störungen in der Temperaturregulation, was sich nicht selten durch Frieren an Händen und Füßen äußert. Auf internistischem Gebiet und speziell im Herz-Kreislaufbereich kommt es zur Ausbildung von Bradykardie, Hypotonie, eventuell Arrhythmie und zur Vasolabilität (Erpen 1998, S.52). Auch in dermatologischer Hinsicht hat die Magersucht starke Auswirkungen auf den Körper der Betroffenen. Nicht selten kommt es zu atropher, trockener, gelblicher Haut sowie zu Narben am Handrücken, brüchigen Zehen und Fingernägeln und im Extremfall zu Liegegeschwüren (Franke 2008, S.16).

Im Gastrointestinaltrakt kommt es zu einer verzögerten Darmentleerung und zu einer verminderten Darmperistaltik, was zur Folge hat, dass sich Blähungen, abdominale Beschwerden sowie eine Obstipation einstellen können (Erpen 1998, S. 52).

4.3.3. Amenorrhö

Bei nahezu allen Patienten/innen mit Anorexia Nervosa lässt sich eine Amenorrhö diagnostizieren. Das Ausbleiben der Menstruation soll demnach ein Indikator für eine Gewichtsabnahme und desweiteren für eine Magersucht sein. Diese These ist unter Forschern/innen noch umstritten, jedoch lässt sich die Tatsache nicht leugnen, dass magersüchtige Patientinnen keine Monatsblutung mehr haben (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 160).

4.3.4. Laborchemische Symptome

Das Blutbild von magersüchtigen Patienten/innen kann durchaus der Norm entsprechen, doch häufig lässt sich eine Leukopenie mit relativer Lymphozytose beobachten. Desweiteren lässt sich bei Magersüchtigen oft eine Störung im Elektrolythaushalt erkennen. Vor allem die Elektrolyte Kalium und Chlor entsprechen hier oft nicht den Normwerten, was zum einen durch das ständige Erbrechen und zum anderen durch den Missbrauch von Abführmitteln bedingt ist. Die Hypokaliämie, die sich aufgrund des Laxantien- und Diuretikamissbrauchs ergibt, führt in Folge dessen zu einer Schädigung der Nieren (Erpen 1998, S.54).

4.3.5 Endokrine Symptome

Hormone gelten als wichtige Botenstoffe und steuern vieles in unserem Leben. So ist es auch nicht überraschend, dass es bei Magersüchtigen zu einer Reihe von endokrinologischen Auffälligkeiten kommt. Dazu gehört zum Beispiel ein erhöhter Wachstums- und Cortisolspiegel. Außerdem lässt sich ein erhöhter Adrenalinspiegel beobachten sowie Änderungen im peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus (Franke 2008, S.17).

4.4. Krankheitsverlauf

Die Verlaufsforschung der Anorexia Nervosa ist wenig überraschend durch eine Reihe von methodischen Problemen gekennzeichnet. So kam es oft zu enormen Problemen bei der Stichprobenzuteilung, Unsicherheiten bei der diagnostischen Zuordnung sowie zu nicht untersuchten „Drop-out“ Raten und alles in allem Methoden der Datenerhebung, die ein valides Ergebnis nicht immer ermöglichen (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 169-170).

Nichtsdestotrotz ergeben sich bei einer zusammengefassten Betrachtung aller Untersuchungen folgende Zahlen: 59 Prozent der anorektischen Patienten/innen erreichen wieder ein Körpergewicht, welches im Normalbereich liegt, bei 49 Prozent der Erkrankten ergaben die Untersuchungen ein unauffälliges Essverhalten und 43 Prozent konnten sogar als vollkommen gesund eingestuft werden.

Leider hat sich bei 20 Prozent der Erkrankten ein chronisches Verhalten entwickelt und 5 Prozent sind in Folge dieser Chronifizierung verstorben (Cuntz, Hillert 2008, S.61).

Des Weiteren wurde versucht, Faktoren herauszufiltern, welche den Verlauf der Anorexie beeinflussen. Dabei ist man zu der Erkenntnis gekommen, dass Anorexien, welche im frühen Alter beginnen, sprich in der Kindheit, eine weitaus schlechtere Prognose haben als Anorexien, die sich erst im Jugendalter manifestieren. Außerdem wirken sich ein hoher Bildungs- und Sozialstatus sowie eine konfliktarme Beziehung zu den Eltern prognostisch günstig aus.

Diese Daten sind nur statistisch ermittelt und haben wie so viele statistisch ermittelte Werte für den Einzelfall nahezu keine Bedeutung (Cuntz, Hillert 2008, S.61).

Alles in allem muss man jedoch bedenken, dass es auch Ergebnisse gibt, die die oben angeführten Daten widerlegen. So in der Studie von Herzog et al. 1988, in der man davon ausgeht, dass nach mehreren Jahren noch immer ein Drittel der Patienten/innen krank ist (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 169-170).

5. Ess-Brech-Sucht – Bulimia Nervosa

Der Begriff „Bulimie“ wird ebenfalls aus dem griechischen abgeleitet (bous = Ochse und limos = Hunger) und bedeutet nichts anderes als „Ochsenhunger“. Nach dem 2. Weltkrieg wurde die Idee der Bulimie als eigenes, klar abgegrenztes und definiertes Krankheitsbild immer konkreter, was auch dem Verdienst des englischen Psychiaters Gerald Russel geschuldet war.

Zuvor noch eher Begleitphänomen von anorketischen Patienten/innen beschrieb Russel erstmals 1979 anhand detaillierter, klinischer Beobachtungen die Bulimie in ihrer heutigen Form als „variant of anorexia nervosa“. Bevor sich jedoch der heutige Diagnosebegriff „Bulimia nervosa“ durchsetzen konnte, wurden Bezeichnungen wie „Bulimarxie“, „Thin-Fat-People“ oder „Purge Syndrom“ verwendet (Cuntz, Hillert 2008, S.70).

Leitgedanke für die Bulimie sind Heißhungerattacken mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Diäten, dem Einsatz von Abführmitteln und Diuretika sowie das künstlich herbeigeführte Erbrechen nach Mahlzeiten. Die Problematik bei der Bulimia Nervosa ist, dass das Gewicht meist der Norm entspricht, die Betroffenen jedoch dennoch unzufrieden mit ihrer Figur sind und Angst vor jeglicher Gewichtszunahme haben. Die Bulimie ist als letzter Ausweg zu verstehen, da keine anderen Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen um mit der emotionalen Überforderung zurechtzukommen (Franke 2008, S.17).

5.1. Diagnose

Die American Psychiatric Association ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass die Bulimie seit 1980 als eigenständige, diagnostische Kategorie betrachtet wird. Ähnlich wie bei der Anorexia Nervosa gibt es auch bei der Bulimie bestimmte Kriterien, die laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vorliegen müssen, um von einer diagnostizierten Bulimie sprechen zu können (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 160):

- Wiederholte Heißhungerattacken, die im Wesentlichen durch 2 Merkmale gekennzeichnet sind:
 - 1) Verlust der Kontrolle während des Essens
 - 2) Die Nahrungsmenge, die in diesem Zeitraum verzehrt wird, ist wesentlich größer, als die meisten Menschen unter denselben Bedingungen im selben Zeitraum essen.
- Es werden wiederholt Maßnahmen eingesetzt, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken sollen, wie z.B. Missbrauch von Abführmitteln und Diuretika, selbstinduziertes Erbrechen oder einfach eine übermäßige sportliche Betätigung
- Wenn diese Heißhungeranfälle, samt der gegensteuernden Maßnahmen, mehr als 2-mal pro Woche in einem Zeitraum von 3 Monaten vorkommen.
- Wenn die Bedeutung von Körpergewicht und Figur einen enormen Einfluss auf die Selbstbewertung hat.
- Wenn die Störung auch außerhalb einer Episode der Anorexia Nervosa auftritt.

(Franke 2008, S.18)

5.2. Spezifizierung des Typus

Wie auch bei der Anorexia Nervosa gibt es bei der Bulimia Nervosa laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zwei Subtypen zu unterscheiden. Zum einen den „Purging Typ“ und zum anderen den „Non-purging Typ“, wobei die Unterschiede in den gewichtsregulierenden Maßnahmen liegen (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 152).

- Purging-Typ: Dieser Typus zeichnet sich durch regelmäßiges selbstinduziertes Erbrechen sowie durch den Missbrauch von Laxantien und Diuretika aus.
- Non-purging-Typ: Hier stehen im Gegensatz zum „Purging-Typ“ ungeeignete Verhaltensweisen, wie z.B. exzessive körperliche Betätigung und Fasten im Vordergrund, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken (Franke 2008, S.18).

5.3. Körperliche Komplikationen und Folgeschäden

Schon in der Persönlichkeit unterscheiden sich Bulimiker/innen von den anorektischen Patienten/innen. Bulimiker/innen sind weitaus emotionaler, impulsiver und weniger zwanghaft als Menschen mit einer Anorexia Nervosa, wemgleich eine Bulimie in den meisten Fällen aus einer Magersucht resultiert (Cuntz, Hillert 2008, S.78).

Wie auch bei der Anorexia Nervosa kommt es durch die Bulimia Nervosa zu einer Reihe von organischen Komplikationen, welche den Körper der Betroffenen auf mehreren Ebenen nachhaltig gefährden können. Darum ist es von großer Bedeutung, die zugrunde liegende Bulimie zu behandeln und nicht nur auf die Folgeschäden einzugehen, was jedoch bei der Bulimie erschwert wird, da diese Störung gut zu verheimlichen ist, weil die Betroffenen in den

meisten Fällen über ein Normalgewicht verfügen (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 181).

Zu den häufigsten medizinischen Komplikationen der Bulimia nervosa zählen Störungen des Gastrointestinaltrakts, die sich in Form von Übelkeit, Bauchschmerzen, Blähungen und Obstipation äußern.

Aufgrund der Tatsache, dass bulimische Patienten/innen während ihrer Heißhungeranfälle enorme Nahrungsmengen in kurzer Zeit zu sich nehmen, kommt es des Öfteren zu Magenerweiterungen und vereinzelt zu Magenrupturen. Des Weiteren lassen sich Schwellungen der Speicheldrüsen, besonders der Ohrspeicheldrüse beobachten (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 162).

Weitere häufige Symptome der Bulimia nervosa sind Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Müdigkeit, Schwindel, Niedergeschlagenheit, Muskelschwäche und ein niederer Blutdruck (Cuntz, Hillert 2008, S.78).

Aus dem häufigen Erbrechen während einer bulimischen Episode resultiert eine weitere ernst zu nehmende Komplikation, nämlich Störungen des Elektrolythaushaltes. Zusätzlich verstärkt noch der Gebrauch von Laxantien und Diuretika die oben erwähnte Problematik. Durch dieses Ungleichgewicht im Körper entwickelt sich eine metabolische Alkalose, was wiederum zu einem Verlust an Kalium führt. Diese Spirale ist sehr gefährlich, da eine Hypokaliämie wiederum zu Störungen der kardialen Erregung oder Nierenfunktionsstörungen führt (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 163).

Auf dem dontologischen Gebiet kommt es aufgrund der Bulimia nervosa zu erheblichen Schäden am Gebiss, da die Säure den Zahnschmelz angreift und so Erosionen des Zahnschmelzes entstehen können (Franke 2008, S. 23).

5.4. Krankheitsverlauf

Bulimie und Magersucht sind psychogene Störungen, die eng miteinander verbunden sind, was schon alleine der Tatsache geschuldet ist, dass die Krankheitsverläufe ineinander übergehen. So beginnt bei etwa 30 Prozent der Bulimiker/innen die Essstörung mit einer anorektischen Symptomatik.

Die Aussagen über den Verlauf der Bulimie gehen auf die Ergebnisse von katamnestischen Untersuchungen zurück: Diese Ergebnisse zeigen, dass nach Beendigung der kognitiven-Verhaltenstherapie bis zu 75 Prozent der Betroffenen soweit geheilt waren, dass sie nicht mehr den Kriterien der Bulimie laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) entsprachen. Nach etwa 2 bis 6 Jahren waren nur mehr die Hälfte der Patienten/innen remittiert, 30 Prozent leicht gefährdet, unter gelegentlichen Fressattacken und Erbrechen zu leiden, 20 Prozent blieben jedoch unverändert dem Leiden der Bulimie ausgesetzt (Cuntz, Hillert 2008, S.78).

Faktoren, welche den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, sind ein kurzer Krankheitsverlauf vor Beginn der Therapie, eine gesunde Persönlichkeitsstruktur sowie das Bestehen von Alkoholkrankungen in der eigenen Familie, was sich wiederum zu Motivationszwecken erklären lässt (Cuntz, Hillert 2008, S.78).

6. Differenzierung zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Wie schon die Ausführungen dieser Bachelorarbeit verdeutlicht haben, weisen Bulimie und Magersucht einer Reihe von Gemeinsamkeiten auf, vor allem was die Art ihrer Entstehung betrifft, jedoch wird in diesem Kapitel das Augenmerk auf die Unterschiede dieser beiden Essstörungen gelegt.

Was die Häufigkeit betrifft, ist die Bulimie mit einer Prävalenz von 2 bis 4 Prozent weitaus häufiger zu beobachten als die Anorexia nervosa mit einer Erkrankungsrate zwischen 0,5 bis 1 Prozent. Der Erkrankungsgipfel liegt dabei bei anorektischen Patienten/innen zwischen dem 12. und 23. Lebensjahr und bei bulimischen Patienten zwischen 20 und 30 Jahren (Franke 2008, S.8).

Der grundlegendste Unterschied dieser beiden Essstörungen liegt im Verlangen nach Nahrung. So ist der Appetit bei anorektischen Patienten/innen stark reduziert, was sich auch darin spiegelt, dass nahezu alle anorektischen Patienten/innen starkes Untergewicht aufweisen. Im Gegensatz dazu ist der Appetit bei bulimischen Patienten/innen eher gesteigert, was auch zu den für die Bulimie typischen „Heißhungerattacken“ führt. Des Weiteren weisen Bulimiker/innen in der Regel ein der Norm entsprechendes Gewicht auf, weshalb die Bulimie auch öfter unentdeckt bleibt, da die Betroffenen ihre Krankheit leichter verheimlichen können als Patienten/innen mit einer anorektischen Symptomatik.

Ein weiterer grundlegender Unterschied zwischen Bulimiker/innen und Personen mit einer Magersucht ist die Persönlichkeit. Während anorektische Patienten/innen eher von einem zwanghaften, anankastischen Weltverhältnis geprägt sind, sind Bulimiker/innen weniger zwanghaft, dafür mehr narzisstisch geprägt. Des Weiteren lassen sich auch gravierende Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit Sexualität erkennen. Während anorektische Patienten/innen

sich in der Regel gänzlich von der Sexualität abwenden, sind Bulimiker/innen oft in stabilen Beziehungen mit regelmäßiger sexueller Aktivität (Erpen 1998, S.158).

Die Bulimiker/innen streben im Gegensatz zu anorektischen Patienten/innen nach dem von der Gesellschaft propagierten Schönheitsideal und versuchen mit allen Mitteln, den Anforderungen der Gesellschaft nachzukommen. Sie wirken in der Regel nach außen fit und attraktiv, sodass neutrale Beobachter bei ihnen mit Sicherheit keine ernst zu nehmende Krankheit diagnostizieren würden. Gleichzeitig sind sie jedoch gefangen in ihrem eigenen Körper und haben die Kontrolle über sich selbst verloren. Es stellen sich Gefühle wie Scham und Versagen ein und eine allgemeine depressive Grundstimmung lässt sich nicht leugnen. Aufgrund dieser Tatsache sind vor allem Bulimiker/innen besonders suizidal gefährdet, im Gegensatz zu Magersüchtigen, wo diese Selbstmordgefährdung kaum vorkommt, da hier vor allem die körperlichen Gefahren, die die Magersucht mit sich bringt, im Vordergrund stehen (Erpen 1998, S. 158).

In der folgenden Tabelle wird nochmals versucht, die grundlegendsten Unterschiede dieser beiden Essstörungen hervorzuheben und miteinander zu vergleichen.

Magersucht		Bulimie
verringert = Anorexie	<i>Appetit</i>	erhöht= Hyperorexie
Untergewicht	<i>Gewicht/Körperideal</i>	In den meisten Fällen Normalgewicht
Hunger wird verleugnet	<i>Nahrungsverlangen</i>	„Hungergefühl“ wird eingestanden
Eher perfektionistisch, mit einem Hang zum Zwanghaften	<i>Persönlichkeit</i>	Eher extrovertiert
Um mit Problemen umzugehen wird auf Nahrung verzichtet	<i>Bewältigungsstrategien</i>	Um Probleme zu bewältigen wird Essen als Kompensation eingesetzt
Angst vor Kontrollverlust	<i>Kontrollverhalten</i>	Aktueller Kontrollverlust
Gestörtes Körperbild	<i>Körperbild</i>	Unzufriedenheit mit Figur und Körpergewicht
Fokus wird darauf gelegt, immer mehr Gewicht abzunehmen	<i>Ziel</i>	Ständige Beschäftigung ein Idealgewicht zu erreichen, jedoch steht das „Halten“ des Gewichts im Vordergrund
Verleugnung des gestörten Essverhaltens	<i>Essverhalten</i>	Bewusstsein, dass das Essverhalten gestört ist

Abbildung 3: Unterschied zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

7. Komorbidität von Anorexie und Bulimie

Als Komorbidität bezeichnet man in der Medizin das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung (**co/cum = zusammen, morbus= Krankheit**)

(<http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbidit%C3%A4t> zugegriffen am 23.4.2014)

Menschen, die an einer bulimischen oder anorektischen Symptomatik erkrankt sind, leiden nicht selten auch an anderen psychischen Störungen, welche die Betroffenen zusätzlich zu ihrer Grunderkrankung in ihrem Alltag stark beeinflussen, weshalb es von großer Bedeutung ist, dass die Störung als solche erkannt und im Zuge dessen behandelt wird. Diese wären bei der Anorexie affektive Störungen, Zwangserkrankungen, Angststörungen sowie zwanghafte- und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen. Bei der Bulimie sind die Begleiterkrankungen folgende: affektive Störungen, Angststörungen, Sucht und Substanzmissbrauch, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen (Reich 2003, S.12)

In der folgenden Tabelle ist die prozentuale Aufteilung der Begleiterscheinungen: *Affektive Störung, Angststörung und zwanghaftes Verhalten* ersichtlich

Tabelle		
Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen bei der Anorexia und Bulimia nervosa (7)		
	Anorexia nervosa (Prozent)	Bulimia nervosa (Prozent)
Affektive Störung	15–80	20–70
Angststörungen	40–80	30–70
zwanghaftes Verhalten	40–70	8–33
oppositionelle Störung/ Störung des Sozialverhaltens	häufiger „purging“-Typus der Essstörung im Vergleich zum restriktiven Typus	

Abbildung 6: Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen bei der Anorexia und Bulimia nervosa

8. Therapie von Essstörungen

Die Behandlung von Essstörungen erfordert aufgrund ihrer Komplexität einen multidimensionalen Ansatz, da es sich bei Essstörungen bekanntlich um eine Persönlichkeitsstörung handelt und das Wesen nicht als alleinige Konstante therapiert werden kann (Bockemühl 1987, S. 21).

Am Anfang jeder Therapie ist es jedoch wichtig, im Beisein der Patienten/innen gemeinsam individuelle Behandlungsziele zu definieren, die da wären:

- Förderung, die Krankheit als solches zu akzeptieren
- Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit als Voraussetzung für eine intakte physische und psychische Gesundheit
- Aufarbeitung des psychischen und sozialen Hintergrunds
- Beziehungen im engsten Umfeld sollen überdacht und zum positiven gewandelt werden
- medizinisch: Wiedereintreten der Menstruation
- es soll vorbeugend und präventiv gehandelt werden, um mit etwaigen zukünftigen Problemen leichter umzugehen
- alle Rituale, die mit dem Verzehr von Nahrung in Zusammenhang gebracht werden, sollen beendet werden.
- Veränderung des Essverhaltens sowie Einstellung der gewichtsregulierenden Maßnahmen.

(Franke 2008, S. 48)

Bekanntlich handelt sich es bei den oben angeführten Zielen um individuelle Absprachen, die von Patient/in zu Patient/in verschieden sind. Außerdem gibt es keine „Standardtherapie“, die eine Erreichung der oben angeführten Ziele gewährleistet, sondern vielmehr eine Reihe von verschiedenen Therapiemethoden, die in ihrer Kombination am wirkungsvollsten sind. Im

folgenden Abschnitt der Bachelorarbeit wird auf die verschiedenen Therapiemethoden eingegangen.

a) Familientherapie

Wie schon im Kapitel „Ursachen von Essstörungen“ genauer beschrieben wurde, hat die Familie und vielmehr die familiären Beziehungen einen enormen Einfluss auf das Essverhalten von Patienten/innen mit einer Essstörung. Bei der Familientherapie ist es wichtig, das Umfeld des/der Erkrankten behutsam über den Krankheitsverlauf zu informieren, um für eine Beruhigung und Entkrampfung der Situation zu sorgen. Anschließend wird der/die Betroffene aus seinem/ihrer gewohnten Milieu herausgenommen und es folgt in gewisser Hinsicht eine Art der Neuorientierung, mit dem Ziel, dass die Beziehungen der Betroffenen zu ihren Mitmenschen geändert werden. Primäres Ziel ist es, dass Anorexie und Bulimie als Lösungsstrategien zur Bewältigung der Konflikte aufgegeben werden (Bockemühl 1987, S. 22).

b) Pädagogisch-therapeutische Führung

Zentrale Thematik dieser Methode ist die tägliche Führung von Menschen mit Anorexie oder Bulimie. Hierbei ist es von großer Bedeutung, dass es zu einer rhythmischen Gestaltung des Tagesablaufs, einschließlich der Mahlzeiten kommt. Im Laufe des Tages wechseln Tätigkeiten mit dem unterschiedlichsten Anforderungsprofil, sodass es einem durchgeplanten Leben von gesunden Menschen ähnelt. Dadurch soll den Betroffenen Halt und Sicherheit vermittelt werden und schließlich sollen sie Selbstständigkeit erlernen. Themen die das Essen betreffen, werden völlig ausgeklammert wie z.B. Waage oder Kalorientabelle. Einzig die Gewissheit, dass die Betroffenen sich unter Führung von spezialisierten Therapeuten/innen befinden, ist ihnen sicher (Bockemühl 1987, S. 22).

c) Medikamentöse Therapie

Medikamentös wird in erster Linie Silber und später Eisen verwendet, um bei der Anorexie die Aufbauseite und die Inkarnationskraft anzuregen. Des Weiteren werden Phosphor und Sulfur im rhythmischen Wechsel auf das ICH eingesetzt. Auch Blei in hohen Dosen soll sich günstig auf den Verlauf von Essstörungen auswirken, indem sich die Patienten/innen einen individuellen Eigenraum schaffen (Bockemühl 1987, S. 22).

Der Einsatz und die Wirksamkeit dieser Medikamente sind jedoch sehr umstritten. Wichtig ist es, dabei zu bedenken, dass der alleinige Einsatz von Medikamenten nicht zu einer vollständigen Genesung führt, sondern vielmehr zusammen mit anderen Therapieformen geschehen sollte. Bei schweren depressiven Zuständen mit einer suizidalen Gefährdung wird auch auf Antidepressiva zurückgegriffen, die aber bei Anorexie und Bulimie als Dauertherapie nicht taugen (Bockemühl 1987, S. 22).

d) Künstlerische Therapie

Die Kunsttherapie ist eine weitere kreative Methode, um essgestörten Menschen zu helfen, ihre Umwelt besser wahrzunehmen. Patienten/innen verhalten sich meistens ihrem eigenen Körper gegenüber feindlich oder sind abweisend gegenüber Berührungen von anderen. Sinn und Zweck der Kunsttherapie ist es, dass die Patienten/innen ihre eigenen Gefühle ausdrücken lernen, sowie die Förderung der Kreativität. Essgestörte sind immer gut informiert über ihre Krankheit, samt der analytischen Fakten, jedoch sind sie nicht in der Lage, Gefühle zu ergründen oder gar nach außen zuzulassen. Dies soll mit Hilfe der Kunsttherapie geschehen, indem den Betroffenen ein Milieu geboten wird, indem sie sich, angeregt von ihren eigenen Ideen, entfalten können (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 218-219).

e) Physiotherapie (äußere Anwendung)

In der Physiotherapie wird mit Hilfe von Melissenbädern und Überwärmungsbädern gearbeitet um eine reaktive Wärmebildung zu erzeugen, damit der teilweise fremde Körper wieder angenommen und erlebt werden kann. Auch diverse Massagen laut „Ita Wegman“ können helfen, den Körper im physiologischen Bereich anzuregen, was vor allem im bulimischen Bereich von zentraler Bedeutung ist, da hier nach außen hin in den meisten Fällen alles in Ordnung scheint (Bockemühl 1987, S. 25).

f) Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie ist es von zentraler Bedeutung, dass man die Betroffenen vor vollendete Tatsachen stellt. Das heißt, man muss ihnen klar machen, dass sie es sind, die ihr Verhalten ändern müssen, wenn sie die Krankheit überwinden wollen. Die Betroffenen müssen ihr Fehlverhalten selbst eingestehen und neues Verhalten in Form von „gesunder“ Nahrungsaufnahme erlernen. Dabei können sie sich jedoch auf die Unterstützung von den begleitenden Therapeuten/innen verlassen, die ihnen dies in Form von Mut zureden bzw. Alternativen zu den selbstzerstörerischen Essgewohnheiten aufzeigen tun. Des Weiteren müssen die Therapeuten/innen klar verständlich machen, warum es zu einem solchen Essverhalten gekommen ist und welche Auswege und Alternativen es gibt (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 67).

Mit Hilfe des ABC-Störungsmodells von Ellis 1997 erfolgt eine kognitive Umstrukturierung im Verhalten. Dabei werden angemessene und unangemessene Gedanken in Bezug auf das Verhalten und die Gefühle transparent gemacht. Ziel dieses Modells ist es uns klar zu machen, dass nicht die Problemsituation bzw. das konkrete Ereignis für die Gefühlsregungen auf der emotionalen Ebene verantwortlich ist, sondern vielmehr die subjektive Bewertung (Gerlinghof, Backmund et al. 2007, S. 67).

Auslöser (antecedents=A) : Das konkrete Ereignis/ die Problemsituation	Gedanken (beliefs=B): Interpretation, Bewertung, Schlussfolgerung	Konsequenz (consequence=C): emotionale, physiologische oder Verhaltensreaktionen
Treffen im Elternhaus des Freundes steht bevor	„Ich werde sicherlich rot werden und keinen Ton rausbringen, ich werde mich komplett blamieren. Sie werden mich für blöd halten und nicht gut genug für ihren Sohn.“	ängstlich, unruhig, angespannt Stärke: 8 (von 10)

Abbildung 5: ABC-Störungsmodell von Ellis (1997)

9. Diskussion und Schlussfolgerung

Nach sorgfältiger Literaturrecherche und intensiver Auseinandersetzung mit dem Thema „Essstörungen“ mit besonderem Fokus auf Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa ist es mir nun möglich, meine Forschungsfrage zu beantworten.

Das Thema „Essstörung“ ist heutzutage allgegenwärtig, wobei es wichtig ist zu erwähnen, dass es sich schon längst nicht nur mehr um ein reines Frauenproblem handelt, sondern auch immer mehr Männer direkt davon betroffen sind. Den Statistiken zufolge erkranken in Österreich 200.000 Frauen zumindest einmal in ihrem Leben an einer Essstörung.

Nichtsdestotrotz ist der Großteil der Betroffenen weiblichen Geschlechts, wobei besonders immer mehr junge Mädchen von Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa betroffen sind. Diese jungen Mädchen orientieren sich leider an den falschen Idealen, die ihnen von der Gesellschaft und insbesondere den Medien vermittelt werden, Idealen, die sich nur an Äußerlichkeiten festhalten und den Mensch als individuelles Wesen, samt seiner inneren Werte, vernachlässigen. Der zunehmende Schlangheitswahn, der sich daraus ergibt, ist jedoch mit großen Risiken verbunden. Es werden immer mehr Diäten eingesetzt, um das gewünschte Gewicht zu erreichen. Jedoch was die Betroffenen ihren Körpern durch den bewussten Nahrungsverzicht antun, wird ihnen oft erst zu spät bewusst, wenn sich bereits ein gestörtes Essverhalten manifestiert hat.

Im Zuge meiner Bachelorarbeit hat sich herausgestellt, dass sich sowohl Magersucht als auch Bulimie nicht auf eine alleinige Ursache zurückführen lassen, sondern dass es vielmehr ein komplexes Zusammenspiel von mehreren Faktoren ist, welches für die Ausprägung einer Essstörung verantwortlich ist. Es kann als mehrdimensionales Entstehungsmodell, welches sich aus biologischen,

familiären, soziokulturellen und individuellen Faktoren zusammensetzt, verstanden werden.

Im Vordergrund dieser beiden Krankheiten steht der gestörte Umgang mit der Nahrung. So ist es bei Bulimie ein erhöhter Appetit, welcher für die für Bulimie typischen Heißhungerattacken verantwortlich ist, im Gegensatz zur Magersucht, bei der der Appetit stark reduziert ist. Dies spiegelt sich auch im Körpergewicht der Betroffenen wider. So haben Patienten/innen mit einer bulimischen Symptomatik in der Regel ein der Norm entsprechendes Gewicht, im Gegensatz zu Magersüchtigen, die in den meisten Fällen über ein starkes Untergewicht verfügen. Außerdem unterscheiden sich Bulimiker/innen und anorektische Patienten/innen in ihrer Persönlichkeit. Bulimiker und Bulimikerinnen sind eher extrovertiert im Gegensatz zu Patienten/innen mit einer anorektischen Symptomatik, welche perfektionistisch zwanghafte Züge aufweisen.

Beiden Krankheiten ist jedoch gemein, dass es sich um ernst zu nehmende psychosomatische Störungen handelt, mit einer Reihe von organischen Folgeerscheinungen, die die unterschiedlichsten Bereiche des menschlichen Organsystems betreffen. Aus endokrinologischer Sicht zählt das Ausbleiben der Menstruation zu den häufigsten Begleiterscheinungen der Bulimie und Magersucht. Weitere häufige Nebenwirkungen sind Störungen des Herz-Kreislauf-Systems wie z.B. Bradykardie, Hypotonie, Hypovolämie oder Atrophie. Auch der Verdauungstrakt ist durch Bulimie und Magersucht betroffen. So lassen sich nicht selten Magenschmerzen, Obstipationen, Blähungen beobachten, wobei die Symptomatik bei Bulimiker/innen aufgrund der enormen Nahrungsmengen, die sie in kürzester Zeit zu sich nehmen, bis hin zu einer Magenerweiterung und Magenruptur ausarten kann.

Auch die Haut und vor allem die Zähne werden durch Essstörungen stark in Mitleidenschaft gezogen. So ist trockene, atrophe Haut bei weitem keine Seltenheit und durch das ständige Erbrechen, vor allem bei der bulimischen Symptomatik, werden die Zähne von der Magensäure angegriffen.

Die Liste der organischen Komplikationen könnte hier noch endlos fortgesetzt werden, jedoch wurde die detaillierte Auflistung bereits im Hauptteil erwähnt.

Die Therapie von Essstörungen ist ähnlich der Ursachenforschung. Auch hier lässt sich kein einheitliches Standardverfahren herausfiltern, sondern vielmehr ist es ein multidimensionaler Ansatz. Es gibt eine Reihe von verschiedenen Therapieformen: *Familietherapie, Medikamentöse Therapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, pädagogisch-therapeutische Führung und Verhaltenstherapie*, die sich als nützlich erwiesen haben, für welche man sich jedoch entscheidet hängt immer von der Person, beziehungsweise von der individuellen Situation ab.

Alles in allem lässt sich sagen, dass dem Thema „Essstörung“ immer mehr Bedeutung zukommt, da auch immer mehr Menschen indirekt oder direkt davon betroffen sind. Auch die Komplikationen, die Essstörungen mit sich bringen müssen dabei bedacht werden, da es sich bei Weitem nicht nur mehr um organische Komplikationen handelt, sondern es auch oft zu Einschränkungen auf psychischer Ebene kommt, wie schon im Kapitel Komorbidität und Essstörungen beschrieben wurde. Leider manifestiert sich dies in Form von Depressionen, Zwangs- und Angststörungen sowie ernst zu nehmenden Persönlichkeitsstörungen, weshalb es von großer Bedeutung ist, dass die Gesellschaft erkennt, welches Unheil sie mit ihrem selbst propagierten Ideal anrichtet.

10. Anhang

Literaturverzeichnis

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

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

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.

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

Bockemühl J. (1987) Soziale Hygiene: Krankhafte Störungen der Essgewohnheiten Magersucht und >> Fresssucht<< , Verein für ein erweitertes Heilwesen e.V., Rastatt

Fairburn C. G. (2008) Cognitive Behavior and Therapy Eating Disorders . Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.

Reich G. (2003) Familientherapie der Essstörungen. Praxis der Familien- und Paartherapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Internetquellen

Institut für Suchtprävention :

Quelle: (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.403/level.4/> zugegriffen am 22.2.2014)

Quelle: (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.24/view.400/level.3/> , zugegriffen am 26.02.2014)

Quelle: (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.400/view.407/level.4/> zugegriffen 27.2.2014)

Lexikon:

Quelle: (<http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbidit%C3%A4t> zugegriffen am 23.4.2014)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Essstörungen- Epidemiologische Risiken

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

Abbildung 2: Mehrdimensionales Erklärungsmodell für Essstörungen

<http://www.familienhandbuch.de/gesundheit/krankheiten-von-kindern-und-juendlichen/essen-gegen-die-innere-leere-merkmale-und-ursachen-von-essstorungen>

28.3.2014

Abbildung 3: Body- Mass- Index Skala

<http://www.hs-owl.de/fb5/labor/it/de/if1/uebung/projekt1-bmi.html> 22.1.2014

Abbildung 4: Unterschied zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia nervosa

(Quelle: Netzwerk Essstörungen, <http://www.netzwerk-essstoerungen.at/>) 5.4.2014

Abbildung 5: ABC-Störungsmodell von Ellis 1997

https://www.google.at/search?q=ABC+St%C3%B6rungsmodell&hl=de&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=bTRpU5iXE7Oy7Ab4wYGoBg&ved=0CAcQ_AUoAg&biw=1920&bih=985#facrc=_&imgrc=3RhUaVdHZou5vM%253A%3B2N5BjG2Owto3BM%3Bhttp%253A%252F%252Fstudydroid.com%252FimageCards%252F0f%252Fr7%252Fcard-16621391-back.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fstudydroid.com%252FprinterFriendlyViewPack.php%253FpackId%253D273367%3B568%3B300 29.3.2014

Abbildung 6: Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen bei der Anorexia und Bulimia nervosa

(Quelle: www.aerzteblatt.de/pdf/102/1/a50.pdf) 26.1.2014