

**„Wie schlank muß ich werden,
um geliebt zu werden?“
Eine Hausarbeit über Eßstörungen im Kindes-
und Jugendalter**

Erstellt von:

Alexander Merz

1	BESCHREIBUNG	4
1.1	Einleitung	4
1.2	Extreme Essstörungen	4
1.2.1	<i>Anorexia Nervosa</i>	4
1.2.2	<i>Bulimia Nervosa</i>	5
1.2.3	<i>Adipositas (Esssucht)</i>	6
1.3	Überblickende Betrachtung	7
1.4	Das richtige Gewicht?	8
1.4.1	<i>Normalgewicht (Broca)</i>	8
1.4.2	<i>Idealgewicht (durch Daten einer amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaft ermittelt)</i>	9
1.5	Essstörungen im Kontext von Sucht	9
1.6	Schlußbetrachtung	10
2	KLASSIFIKATION, EPIDEMIOLOGIE UND VERLAUF	11
2.1	Klassifikation	11
2.1.1	<i>307.1 (F50.00 ; F50.01) Anorexia Nervosa</i>	11
2.1.2	<i>307.51 (F50.2) Bulimia Nervosa</i>	12
2.1.3	<i>307.50 Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung</i>	12
2.1.4	<i>Adipositas</i>	13
2.2	Epidemiologie	13
2.2.1	<i>Anorexia Nervosa</i>	13
2.2.2	<i>Bulimia Nervosa</i>	14
2.2.3	<i>Latente Eßsucht</i>	14
2.2.4	<i>Adipositas</i>	14
2.3	Verlauf	15
2.3.1	<i>Verläufe bei der Anorexie</i>	15
2.3.2	<i>Verlauf bei der Bulimie</i>	15
2.3.3	<i>Adipositas</i>	16
2.4	Schlußbetrachtung	16
3	ERKLÄRUNGSANSÄTZE	17
3.1	Krankheitsfaktoren einer Eßstörung	17
3.2	Soziokulturelle Faktoren	17
3.2.1	<i>Eßstörungen als Bewältigung der Geschlechterbeziehung</i>	17
3.2.2	<i>Die soziale Bedeutung des Essens</i>	19
3.2.3	<i>Der Zusammenhang von Eßstörungen und sozialer Schichtzugehörigkeit</i>	19
3.3	Psychologische Faktoren	19
3.3.1	<i>Übergewicht und Dicksein</i>	19
3.3.2	<i>Eine anorektische / appetitshemmende Familie</i>	20

3.4	Aktuelle Lebensumstände / situative Faktoren	20
3.4.1	<i>Gefühlsregulierung durch das Essen</i>	20
3.5	Biologische Faktoren	20
3.5.1	<i>Genetische Ursache</i>	20
3.5.2	<i>Hormonelle Ursache</i>	21
3.6	Schlußbetrachtung	21
4	INTERVENTIONSVERFAHREN BEI EßSTÖRUNGEN	22
4.1	Prävention	22
4.1.1	<i>Theoretische Modelle der Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter</i>	22
4.1.1.1	Konzept der Lebenskompetenzentwicklung	22
4.1.1.2	Förderung von Lebensalternativen	22
4.1.1.3	Gegenwärtiger Stand der Suchtprävention	22
4.1.2	<i>Beispiel: Hagerer Modellprojekt „Wie schlank muß ich sein um geliebt zu werden“</i>	24
4.2	Beratung	25
4.3	Therapie	26
4.3.1	<i>Behandlungsentscheidungen nach dem ICD</i>	26
4.3.1.1	Medizinische Kriterien	26
4.3.1.2	Psychosoziale Kriterien:	26
4.3.2	<i>Spezifische Eßstörungstherapien</i>	26
4.3.3	<i>Psychotherapie</i>	27
4.3.4	<i>Psychosoziale Integration</i>	27
4.3.5	<i>Medikamentöse Therapie</i>	27
5	QUELLEN	28

1 Beschreibung

1.1 Einleitung

Essstörungen werden in Industrieländern zunehmend diagnostiziert und registriert.

Essgestörte essen entweder zuviel oder sie verweigern die Nahrungsaufnahme oder sie nehmen grosse Mengen an Nahrung zu sich und erbrechen die gegessenen Speisen wieder. Die Extremformen von Essstörungen auch als Esssüchte bekannt sind Adipositas, Anorexie und Bulimie. Die latente Esssucht ist noch nicht endgültig erforscht und wird somit nicht immer genannt.

Essstörungen treten vornehmlich bei Mädchen und jungen Frauen auf, neuerdings auch bei männlichen Jugendlichen. Sie gelten als Ausdrucksform gestörter Lebensbewältigung. Therapie- und Präventionmassnahmen finden daher in den letzten Jahren verstärkt statt.

Essstörungen sind dadurch charakterisiert, dass die Nahrungsaufnahme und darauf bezogene Bedeutungen ins Zentrum der subjektiven Wahrnehmung von Bedürfnissen und Körperrepräsentationen rückt. Alle Aktivitäten und die gesamte Aufmerksamkeit richtet sich auf das Essen und damit verbundene Dinge. Ständige Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme und die Kontrolle des Essverhaltens machen die Alltagsgestaltungen und das subjektive Wohlbefinden stark von sich abhängig.

1.2 Extreme Essstörungen

1.2.1 Anorexia Nervosa

Die Magersucht tritt vor allem in den frühen und mittleren Adoleszenzphasen auf und wird deshalb auch Pubertätsmagersucht genannt. Eine reine Pubertätsmagersucht kommt selten vor, oft handelt es sich um Mischformen in Verbindung mit einer bulimischen Symptomatik.

Die Auslöser der Magersucht können von Betroffenen retrospektiv nur sehr unzureichend wiedergegeben werden. Sie leiden an einem stark gestörten Körpergefühl (sie halten sich für zu dick).

Anfangs restriktiv geführte Diäten führen immer häufiger zur Nahrungsverweigerung; das Hungergefühl wird verdrängt. Von hoher Bedeutung für die Betroffenen ist die Leistung, durch das Hungern Kontrolle über sich und über ihren Körper zu gelangen. Das Selbstwertgefühl wird gestärkt und es entsteht ein Gefühl der Macht (durch den eigenen Willen den Körper besiegen zu können).

Es wird auch eine Überlegenheit gegenüber anderen demonstriert, die ihren Körper ausgeliefert sind. Die Betroffenen erscheinen leistungsorientiert und orientieren sich an einem perfekten Vorbild.

Bei der Pubertätsmagersucht fehlt oft die Krankheitseinsicht (die Pubertätsmagersucht kann zu einer chronischen Magersucht führen). Im Erwachsenenalter ist die Einsicht vorhanden, doch leiden die Betroffenen unter ihrer Fixierung auf das Gewicht und die Unfähigkeit zu genießen. Durch die Krankheit führt zu einem Rückzug zu sich selbst, was wiederum zu Verlust der sozialen Kontakte führt.

Die medizinischen Symptome sind ausschließlich Folgen der Anorexia Nervosa. Sie haben mit der Krankheitsursache direkt nichts zu tun. Das Ausmaß der Folgeerscheinungen wird auch dadurch bestimmt, ob es sich um eine reine Magersucht oder um eine Mischform handelt. Die Betroffenen leiden an Amenorrhöe. Weitere wichtige und häufige, aber nicht obligatorische Folgen sind:

- verlangsamer Herzschlag
- zu niedriger Blutdruck
- Untertemperatur
- Hauttrockenheit
- Dysfunktion der Schilddrüse
- Schäden im Magen- Darmtrakt

Bei einer bulimischen Symptomatik kommen die im Punkt "Verlauf Bulimie Nervosa" erwähnten medizinische Symptome erschwerend hinzu.

In 5%- 10% aller Fälle endet die Anorexia Nervosa tödlich.

1.2.2 Bulimia Nervosa

Die Ausbildung der bulimischen Symptomatik lassen sich an drei Phasen festmachen.

Die *erste Phase* symbolisiert den Einstieg und die Verselbstständigung der Bulimia Nervosa.

Unkontrolliertes und unbedenkliches Essen lassen sich nicht mit dem Wunsch, schlank zu sein, vereinbaren. Zahlreiche Diäten werden probiert, Appetitzügler werden eingenommen bis die "bulimische Methode" entdeckt wird (Erbrechen als Mittel der Gewichtsreduzierung).

Diese Methode wird von den Betroffenen anfänglich als gewinnbringend betrachtet. Man kann essen was man will und nimmt nicht zu.

In der *zweiten Phase* (Einschleifungsphase) bekommt die Symptomatik eine immer größer werdende Eigendynamik. Der Umgang mit dem Essen geht über das Eigentliche hinaus und wird zum Allheil mittel gegen Spannungen und Frustrationen. Sie geht synchron mit der Ausbildung von negativen Gefühlen der Betroffenen.

Die dritte *Phase* beschreibt den Prozeß der Erkenntnis der Betroffenen um ihres abnormen Verhaltens. Als Problemlösung initiiert wird die Bulimie selbst zum Problem.

Die Betroffenen haben aufgrund ihres Eßverhaltens große Schuld-, Scham- und Ekelgefühle. Außerdem wirkt die Erkenntnis, abhängig von der bulimischen Symptomatik zusein, erschreckend. Auch wird eine hohe Depressionsrate bei den Betroffenen festgestellt. Zudem ergeben sich negative soziale Folgen. Die Geheimhaltung der Krankheit führt zu Probleme in den sozialen Beziehungen (Vereinsamung, sozialen Isolation). Oft gibt es auch hohe finanzielle Belastungen durch den Kostenaufwand an mehr an Nahrungsmitteln.

Die medizinischen Folgen sehen wie folgt aus:

- Dysfunktion der Organsysteme (Erbrechen, Einnahme von Appetitzügler, Abführmittel,...)

Nachgewiesene Folgeschäden sind:

- Kariöse Zahnschäden
- starker Kräfteverfall
- Herzrhythmusstörungen und Lähmungen (Störungen des Mineralstoffhaushalts)
- Schädigung der Darmflora
- Speiseröhrenrisse und -entzündungen
- Magendeflorationen
- Hormonelle Störungen, die ein Aussetzen der Menstruation zur Folge haben kann

1.2.3 Adipositas (Esssucht)

Esssüchtige nehmen im Vergleich zu anderen Menschen in überstarkem Masse Nahrung zu sich, selbst dann wenn sie keinen Hunger verspüren.

Ihre Appetit- und Sättigungsregulation erscheint gestört, sie empfinden ihr Essverhalten und vor allem ihr Körpergewicht als etwas nicht kontrollierbares und Gegen-Sie-Selbst-Gerichtetes. Sie fühlen sich gegenüber ihrem Zwang nach Essen und Nahrungsaufnahme ausgeliefert und machtlos, wodurch der Suchtcharakter deutlich wird.

Sie schämen sich ihrer Unfähigkeit, ihr Essverhalten zu kontrollieren und versuchen, dieses vor anderen zu verbergen.

Als Ursache von Adipositas ist aber nicht nur die erhöhte Energiebilanz zu nennen; genetische und gesundheitliche Faktoren müssen in die Betrachtung mit einbezogen werden.

Die Ausbildung einer Esssucht scheint nicht auf bestimmte Lebensphasen begrenzt zu sein, sondern in allen Lebensgruppen vorzukommen.

Medizinische Folgen von Adipositas sind:

Überlastetes Herz, Kreislauf und Skelett,

begünstigt auf lange Sicht Diabetes, Gicht Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gallensteine, Schlaganfälle, Gelenkleiden und Wirbelsäulenschäden.

3.4. Latente Esssucht

Latente Esssucht ist eine neu-erkannte Form der Essstörungen und darum wenig erforscht.

Es handelt sich hier um die Form von Esssucht, bei der die Betroffenen unter mehr oder weniger ständiger Diät stehen. Eine peinlich strenge Kontrolle der Lebensmittel hinsichtlich der Art und der Menge steht an der Tagesordnung.

Man spricht hier von Sucht, weil die Betroffenen abhängig von der Kontrolle sind.

1.3 Überblickende Betrachtung

Gemeinsamer Nenner der Esssüchte ist die extreme - zu starke oder zu geringe - Selbstkontrolle von Hunger und Appetit.

Gestörtes Ernährungsverhalten beruht weder auf einer Psychose noch auf organischen Abnormalitäten.

Psychisch bedingte Magersucht kann als eine „Gewichtsphobie“ verstanden werden, d.h. die Jugendlichen leiden nicht an Appetitmangel, sondern hungern freiwillig, um ihre meist im Bereich des extremen Untergewichts liegende „Idealfigur“ zu erreichen. Dieses gestörte Verhältnis gegenüber Essen, Nahrungsaufnahme und Körpergewicht liegt in einer Identitätskrise begründet, in der Jugendliche alles ablehnen, was ihnen Eltern und Umwelt bieten.

Jede negative Energiebilanz führt zu einer Reduktion des Körpergewichtes und damit mehr oder weniger schnell zu Magersucht.

Die verminderte Nahrungszufuhr kann

- durch Nahrungsmangel oder
- durch ein reduziertes Hungergefühl

bei ausreichendem Nahrungsangebot bedingt sein.

Das häufige Auftreten von Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen in westlichen Industrienationen, weist darauf hin, dass sie eine spezifische Form der Ausgestaltung von Geschlechterverhältnissen sind und dass sie mit den Bedingungen zu tun haben, unter denen Mädchen heute leben und ihren Körper repräsentieren. Somit könnte gestörtes Ess- und

Kontrollverhalten als ‚imaginäre Lösung‘ im Bezugsrahmen geschlechtsabhängiger somatischer Kulturen interpretiert werden (Helfferich 1994)

Darüber hinaus werden Essstörungen auch instrumentell im Sinne von Entlastung und Rückzug, Widerstand und Protest gegen Zumutungen und den Abbau von Spannungen genutzt.

Sie stehen in enger Verbindung zu Dissonanzverfahren und sagen etwas darüber aus, wie Jugendliche mit sich und ihren Lebensanforderungen zurechtkommen.

Sie markieren ein individuelles –physisches, *psychisches* und soziales- Wohlbefinden, das als Geschlechtsidentität konstituiert ist (Marlene Stein-Hilbers, Marion Becker).

Eine unzureichende Energie-, Protein-, und Mineralstoffzufuhr kann bei Kindern zu einer erheblichen Verzögerung des Längenwachstums und der pubertären Entwicklung führen.

- Bei Einsetzen einer optimalen Ernährung kommt es nach kurzer Zeit zu einer Normalisierung des Körpergewichtes, und innerhalb von 1-3 Monaten setzen das normale Längenwachstum und die sexuelle Entwicklung ein.

Bei vielen Formen der Magersucht ist ein Bedarf an essentiellen Nährstoffen, insbesondere an Eiweiss und verschiedenen Vitaminen ungenügend gedeckt, so dass neben der Gewichtsreduktion Mangelerscheinungen beobachtet werden.

1.4 Das richtige Gewicht?

1.4.1 Normalgewicht (Broca)

Normalgewicht für Männer = Körpergröße in cm – 100

Ab wieviel Prozent Gewicht über dem Normalgewicht Übergewicht, bzw. unter dem Normalgewicht Untergewicht vorliegt wird von unterschiedlichen Seiten unterschiedlich definiert.

1.4.2 Idealgewicht (durch Daten einer amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaft ermittelt)

ist das Gewicht , bei dem angeblich die Lebenserwartung am höchsten liegt. Die Werte liegen 10 bzw. 15 % unter den Normalgewichtswerten nach Broca

$$\text{Idealgewicht für Männer} = (\text{Körpergröße in cm} - 100) - 10 \%$$
$$\text{Idealgewicht für Frauen} = (\text{Körpergröße in cm} - 100) - 15 \%$$

Kritik: neue Untersuchungen zeigen, dass mit einem etwas höheren Körpergewicht längeres Leben zu erwarten ist.

1.5 Essstörungen im Kontext von Sucht

Im Kontext von Sucht ergeben sich bei Essstörungen nach Hänsel (1985) 3 Stadien der Suchtentwicklung.

1. Einleitungsphase: Zweckentfremdung des Essens.

Das Essen dient nicht mehr der Sättigung des Hungers oder der Befriedigung eines bestimmten Appetits, sondern zur bewussten oder unbewussten Ablenkung von Problemen , quasi als Ersatzbefriedigung. Hier ist wichtig, wie häufig und regelmässig dieser Missbrauch geschieht (gelegentlicher Missbrauch ist weitverbreitet und kaum mit spezifischen Konsequenzen verknüpft).

Bei häufigem Missbrauch des Essens kann es zur Gewöhnung kommen, die psychische Bindung an das „Suchtmittel“ kann sich verfestigen.

2. kritische Phase: hier kann eine Veränderung des Essverhaltens durch willentliche Anstrengungen noch erreicht werden. Steigt aber der Grad der psychischen und körperlichen Abhängigkeit, kann es zur

3. chronischen Krankheit, zur Sucht kommen: Abhängigkeit bedeutet dann den Zustand einer krankhaften Interaktion zwischen einer Person einerseits und dem Essen, bzw. der Fixierung auf das Nicht-Essen oder aber dem Ess-Brech-Zyklus. Der oder die Betroffene ist trotz eventuell grossem Willensaufwand nicht in der Lage, sich von der Fixierung auf das Essen zu befreien. Enthaltbarkeit ruft panische Angst, Aufregung und

Vernichtungsgefühle hervor. Zittern, Schlaflosigkeit und Zustände der Verwirrung sind die unmittelbaren Folgen. Schwierig ist bei Esssüchten die Tatsache, dass anders als bei Suchtmittel wie Alkohol oder Heroin nicht ohne das Suchtmittel gelebt werden kann, der oder die Süchtige kann nie abstinent leben. Durch die physiologische Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme wird er oder sie täglich mit dem Suchtmittel konfrontiert, was als ein Hauptgrund für die hohen Rückfallquoten angesehen wird.

3.6 *Schlußbetrachtung*

Die Übergänge vom Normalen Essen zum gestörten Essverhalten bis zur Esssucht sind nicht geklärt, wahrscheinlich werden sie nie im voraus genannt werden können, sondern mit Glück im Rückblick von jedem Betroffenen selbst festgemacht werden können.

Nach rein biologischer Notwendigkeit gelenktes Essverhalten wird von Menschen kaum noch praktiziert. Normales Essen von süchtigem Essen zu unterscheiden ist schwierig, das nicht jeder, der übergewichtig ist oder dazu neigt zwanghaft mit seinem Gewicht beschäftigt ist, dafür aber viele Normalgewichtige.

2 Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf

Das Problem der Eßstörungen hat kein einheitliches Bild hinsichtlich des Krankheitsbildes und der Symptomatik. Heute unterscheidet man vor allem drei wesentlich Krankheitsausprägungen:

-Anorexia Nervosa

-Bulimia Nervosa

-Adipositas

Die gängigsten Klassifikationen sind die DSM- und die ICD-Kriterien. Dennoch fällt eine Klassifizierung schwer, da die Übergänge zwischen den spezifischen Ausprägungen oft fließend sind.

2.1 Klassifikation

2.1.1 307.1 (F50.00 ; F50.01) Anorexia Nervosa

- A. Weigerung, das Minimum des für das Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu Erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).
- B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluß des Körpergewichts oder Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amnorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).

Bestimme den Typus:

Restriktiver Typus (F50.00): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen "Freßanfälle" gehabt oder hat kein "Purging"-Verhalten (das heißt selbstinduzierendes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

- "Binge-Eating/Purging"-Typus (F50.01): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Freßanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (das heißt

selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

D..12 307.51 (F50.2) Bulimia Nervosa

- A. Wiederholte Episoden von "Freßattacken". Eine "Freßattacken"-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmalen:
1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die Menschen einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z. B: das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahme, wie z. B. selbstinduzierendes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
- C. Die "Freßattacken" und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang und im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Bulimia Nervosa

Bestimme den Typus:

- **"Purging"-Typus:** Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klisitiere.
- **"Nicht-Purging"-Typus:** Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahme gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.

E..13 307.50 Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung

Die Kategorie Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung dient der Einordnung von Eßstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Eßstörung nicht erfüllen. Beispiele sind:

1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, außer daß die Frau regelmäßig Menstruationen hat (F50.1).
2. Sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlust noch im Normalbereich (F50.1).

3. Sämtliche Kriterien der Bulimia Nervosa sind erfüllt, jedoch sind die "Freßattacken" und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten (F50.3).
4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahme durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen) (F50.3).
5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken (F50.8).
6. "Binge- Eating Störung": Wiederholte Episoden von "Freßattacken" ohne die für Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (50.9).

6..14 Adipositas

Die meisten vorliegenden Studien sprechen von Adipositas, wenn das aktuelle Gewicht das Normalgewicht nach der Broca-Formel (Körpergewicht minus 100) um 20%- 30% übersteigt. Es werden aber auch andere Methoden z. B. die Hautfaltendicke zur Bestimmung herangezogen.

Man unterscheidet folgende Untergruppen:

- *Rauschesser* : Anfallsartiges Verschlingen großer Nahrungsmengen in kürzester Zeit, ausgelöst durch Unlustspannungen. Wurde nur bei 5% der Betroffenen beobachtet.
- *Daueresser* : Der Appetit ist fast ständig merklich erhöht.
- *Nimmersatte* : Appetit- und Sättigungsgefühl fehlen
- *Nachtesser* : Am Tage restriktives Eßverhalten, leiden aber unter Ein- und Durchschlafmöglichkeiten. Daraus entwickelt sich ein nächtliches Hungergefühl und das der folgende Eßvorgang nicht beendet werden kann (ca. 10% der Adipösen).

Oft wird grundsätzlich die Frage gestellt, inwieweit Adipositas als Krankheit zu werten ist und wenn ja, wo beginnt sie und welchen Krankheitsbild ist sie zuzuordnen. In den ICD-9-CM-Kriterien ist sie als körperliche Krankheit aufgeführt, währenddessen man von einer Beschreibung im DSM-3-R absieht, "weil sie im allgemeinen nicht mit deutlichen psychischen oder Verhaltensstörungen einhergeht".

6.2 Epidemiologie

6.2.1 Anorexia Nervosa

Die Anorexia Nervosa beginnt typischerweise um die Zeit der Pubertät, in einem Alter zwischen einem Alter 14 und 18 Jahren. Sie tritt in höheren Sozialschichten häufiger auf als in niedrigeren, wobei die Umgebung (ob ländlich oder in der Stadt) keine Rolle spielt. Neuere Untersuchungen lassen darauf schließen, das 1% der Mädchen in den westlichen Industrieländer an Magersucht leiden; rund 4% gelten als Magersucht gefährdet. Betroffen

sind meist junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren. Bei gleichaltrigen männlichen Altersgenossen ist die Betroffenenrate 10- bis 15 mal geringer. Die Häufigkeit der Magersucht scheint seit 10 Jahren zu steigen.

6.2.2 Bulimia Nervosa

Die Bulimia Nervosa betrifft wie die Anorexia überwiegend Frauen. Betroffen sind alle Sozialschichten, allerdings gibt es eine deutliche Häufung bei Frauen aus höheren Sozialschichten. Außerdem treten bulimische Erkrankungen vor allem in den Ballungsräumen der Städte auf. Da es für kein Land bisher Prävalenzrechnungen gibt, und die Betroffenen ihre Symptome sehr stark verheimlichen, ist durch diesen Umstand die Dunkelziffer sehr hoch ist. Hinsichtlich der Verbreitung liegen die Schätzungen bei 2%- 4% in Westeuropa und in Nordamerika. Schätzungen in der alten Bundesrepublik belaufen sich auf 400000 Menschen, davon 95% Frauen. Eine besonders betroffene Risikogruppe sind junge Frauen zwischen 15 und 30 Jahren.

Seit Beginn der 70er Jahren ist ein starker Anstieg der Krankheit zu beobachten, so daß manche Autoren von epidemiologischen Zügen sprachen.

6.2.3 Latente Eßsucht

Ist häufig die Einstiegsphase für die anderen Eßstörungen. Der Betroffene ringt mit der Selbstkontrolle. Es erfolgt ein periodischer Wechsel zwischen Diäten und Heißhungerphasen. In diesen Bereich sind die Grenzen nicht klar definiert, was normal und was krankhaft ist (man muß den einzelnen Fall betrachten).

Da die Wissenschaft sich erst in jüngerer Zeit mit diesen Bereich beschäftigt, liegen noch keine Statistiken und Daten vor.

6.2.4 Adipositas

Übergewicht gilt in den westlichen Industrieländern als besonders verbreitet. Man schätzt, daß zwischen 30% und 40% der Bevölkerung der USA übergewichtig sind. Aus den Daten der Nationalen Verzehrstudie ergibt sich für die Bundesrepublik eine Prävalenz für Übergewicht von 28,1% bei Frauen und 40% bei Männern. Die Häufigkeit der Adipositas wird mit 11,6% bei Frauen und 10,6% bei Männern angegeben. Bei allen Studien lassen sich Schwankungen zwischen Stadt- und Landbevölkerung feststellen (die Häufigkeit von Adipositas in städtischen Regionen liegt deutlich unter der der Landbevölkerung).

6.3 Verlauf

6.3.1 Verläufe bei der Anorexie

Über Anorexia liegen die meisten Untersuchungen über Langzeituntersuchungen vor. Die Ergebnisse hängen stark von der Katamnesedauer ab:

- Heilung wird bei ca. 50%, eine Besserung bei 1/3 der Patientinnen erreicht, bei 20% chronifizieren die Verläufe.
- Mit zunehmenden Katamnesedauer differenzieren sich die günstigen von den ungünstigen Verläufen sehr stark.

- In Langzeituntersuchungen von über 9 Jahren zeigt sich bei bis zu 76% der Patientinnen eine Normalisierung des Gewichts und des Menstruationszyklus. Viele Patientinnen (bis zu 2/3) sind allerdings immer noch stark mit Gewicht und Diät beschäftigt. Ein normales Eßverhalten entwickelt sich bei ca. 1/3 der Patientinnen. Die Anzahl der ungünstigeren Verläufe nimmt mit dem Katamnesezeitraum ab, so daß sich nach 33 Jahren noch bei ca.5% die anorektische Kernsymptomatik findet. Allerdings werden nach 12 Jahren Besserungen immer unwahrscheinlicher. Bereits nach 5 Jahren Krankheitsdauer besteht ein hohes Risiko zur weiteren Chronifizierung.
- Zwischen 7% und 40% der anorektischen Patientinnen berichten über bulimische Phasen im Langzeitverlauf. Bulimische Symptome sind häufiger bei Patientinnen mit Doppeldiagnosen (Anorexie/Bulimie) und bei solchen mit insgesamt schlechteren Therapieergebnis zu finden.
- Als häufig weiter bestehende Störungen werden genannt: Depressionen (bis zu 37%), Zwangssymptome (bis zu 22%), Alkohol- und Drogenmißbrauch (bis zu 11%), Schizophrenie (2.5%). Depressionen finden sich häufig bei den Patientinnen, deren Eßsymptomatik sich nicht verbessert, Abhängigkeit häufig bei anorektisch-bulimischen Patientinnen.
- Schwierigkeiten haben weiterhin viele Patientinnen im psychosozialen und psychosexuellen Bereich. Ca. 40% heiraten und ca. 47% bekommen Kinder.
- Die Mortalitätsraten liegen in mittelfristig angelegten Katamnesen (5 bis 8 Jahren) unter 5%. Sie steigen mit zunehmender Katamnesezeitraum. Nach 20 Jahren liegen sie bei 15%, nach 33 Jahren bei 18%. Todesursachen sind am häufigsten Suizidhandlungen, als nächstes die Folgen der Abmagerung.
- Unbehandelt bleibt anorektisches Eßverhalten bei der Mehrzahl der Betroffenen bestehen. Die Mortalität beträgt bis zu 12%. Eine Chronifizierung findet bis zu 40% statt. Ca. 10% entwickeln chronische Psychosen. Bei 20% bis 30% finden Spontanheilungen in Bezug auf das Körpergewicht bei bleibenden schweren psychischen und sozialen Schäden statt.

6.3.2 Verlauf bei der Bulimie

Der Verlauf der Bulimie kann wie folgt zusammengefaßt werden:

- Etwa 50% der bulimischen Patientinnen sind nach 2 bis 10 Jahren asymptomatisch.
- Eine Untergruppe von etwa 20% hat weitere bulimische Symptome.
- Die übrigen 30% haben entweder einen Wechsel zwischen symptomfreien Intervallen Rückfällen oder eine subklinische bulimische Symptomatik.
- In der therapieresistenten Gruppe ist der Anteil der Patienten mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung, insbesondere mit depressiver Symptomatik, höher.
- Die Mortalitätsrate in Zusammenhang mit einer bulimischen Erkrankung ist unklar, aber möglicherweise höher als in einer gesunden Vergleichsgruppe.

Bisher wissen wir wenig über den Langzeitverlauf bulimischer Eßstörungen ohne Therapie. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil bis zu 80% aller Frauen mit einer Bulimie nie in eine Therapie kommen.

6.3.3 Adipositas

Adipositas wird als chronisches Krankheitsbild mit hoher Resistenz gegen Behandlungen und hoher Rückfallneigung angesehen:

- Die meisten Adipösen kommen nicht in Behandlung
- Von denen, die sich behandeln lassen, brechen die meistens die Behandlung ab.
- Die meisten, die Gewicht verlieren, nehmen es wieder zu.
- Übergewicht ist Ziel ausgeprägter sozialer Vorurteile.

Zudem ergeben sich bei ambulanten wie bei stationären Therapieversuchen häufig erhebliche emotionale Probleme bei den Betroffenen.

Man muß hier dazu sagen, daß Übergewicht für manche Menschen einen natürlichen Zustand darstellt und im Normalfall Übergewicht kein Ausdruck einer psychischen Störung ist.

6.4 Schlußbetrachtung

Eßstörungen sind ein Ausdruck, innere Konflikte, Streß und Schwierigkeiten durch die Manipulation des Körpers zu bewältigen. Es ist ein Phänomen das über die Jahrzehnte an Dynamik gewonnen hat. Die Wissenschaft bemüht sich, es zu beschreiben und zu bekämpfen. Doch die unterschiedlichen Auslöser der Eßstörungen erschweren dies Anliegen ungemein.

3 Erklärungsansätze

3.1 Krankheitsfaktoren einer Eßstörung

Anorexia nervosa, Bulimie nervosa und Adipositas sind keine krankheitsbeschreibende Größen. Die Krankheitsursachen sind vermutlich multifaktoriell. Die genannten Krankheiten stellen lediglich das Ergebnis einer Vielzahl von Entstehungsbedingungen dar. Folgende Faktoren können zu einer Eßstörung führen:

biologische Faktoren

soziokulturelle Faktoren

aktuelle Lebensumstände / situative Faktoren

psychologische Faktoren

Das Zusammenspiel der Faktoren ist bereits beim Hunger-, sowie im Sättigungsgefühl erkennbar. Bei der Regulierung der Nahrungsaufnahme besteht eine Wechselwirkung zwischen biologischen, umgebungsmäßigen und psychologischen Faktoren.

Das Hunger- und Sättigungsgefühl wird im Hypothalamus geregelt. Bestimmte Substanzen wie beispielsweise das Monamin Serotonin können den Hunger reduzieren. Andere Substanzen, wie beispielsweise das Neuropeptid erhöhen den Hunger.

Diese biologischen Variablen werden durch die Nahrung selbst (z.B. Schmackhaftigkeit der Nahrung) und durch die Umgebungsbedingungen (z.B. das Kind hat Streß) beeinflusst.

Bei der Regulation der Nahrung spielen aber auch Lernprozesse eine wichtige Rolle. Dieser kann das Hunger- und Sättigungsgefühl vorwegnehmen, bevor Hormone zur Regulierung ausgeschüttet werden.

3.2 Soziokulturelle Faktoren

3.2.1 Eßstörungen als Bewältigung der Geschlechterbeziehung

Der Körper spielt in der Geschlechtszugehörigkeit eine zentrale Rolle. Der Körper ist ein Medium der Selbstkonstruktion und eine Symbolisierung des Mann- oder Frau-Seins. Der Körper ist Träger kultureller Eigenschaften. Das betrifft auch die ästhetische Zurichtung, die Präsentation des Körpers usw.

Schönheit und Attraktivität haben für beide Geschlechter unterschiedliche Bedeutung und sind in unterschiedlicher Weise mit sozialem Status und materiellen Privilegien verbunden. In Industrienationen wird vor allem durch die in den Medien vermittelten Bilder gezeigt unter welchen Umständen Frauen wie Männer als schön gelten.

Schlankheit ist in westlichen Gesellschaften heute ein wesentlicher Bestandteil des Schönheitsideal. Während vor 30 Jahren das Durchschnittsgewicht von Models um etwa 8% unter dem allgemeinen Durchschnittsgewicht lag hat sich dieser Wert heute auf etwa 23% erhöht.

Die Bearbeitung und Formung des Körpers ist ein lebenslanger Prozeß. In der frühen Kindheit sind eher die Kleidung, das Aussehen usw. Merkmale, die eine Einordnung als Mädchen oder Jungen erlauben. Im Verlauf der Kindheit (bis zum 12. Lebensjahr) bilden die Heranwachsenden grundlegende Konturen geschlechtstypischer Körperkonzepte. Die Mädchen besitzen bereits eine größere Aufmerksamkeit für ihr „body-image“ als Jungen. Jungen profilieren sich in diesem Alter eher durch Sportlichkeit.

Für Mädchen und Jungen bringt die Pubertät den Zwang mit sich, sich als Frau bzw. Mann darzustellen. Dadurch konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Jungen und Mädchen vor allem auf ihren Körper. Nicht nur die körperlichen Veränderungen führt diese Situation herbei. Die gemachten Erfahrung mit der Attraktivität und deren Herstellung wecken das Interesse für den eigenen Körper. Diese Zeit kann man auch mit dem Begriff der Sexualisierung beschreiben.

Auch für Jungen ist der Körper Mittel der Selbstdarstellung geworden. In welcher Weise dieser geformt sein sollte, um eine positive Selbstdarstellung zu erreichen, kann in den verschiedenen Milieus unterschiedlich sein. Weniger die Schönheit des Körpers, sondern Kraft, Risiko und Potenz, sind bei Jungen relevante Kriterien für Attraktivität.

Die bewußte Gestaltung des Körpers durch Bewegung, Kleidung, Schminken, usw. spielt besonders für Mädchen eine zentrale Rolle. Schön, attraktiv und schlank sind die Werte, auf die sich die Mädchen konzentrieren.

Den meisten Mädchen ist bereits bewußt, daß sie mit der Nahrungsaufnahme ihren Körper gestalten können. In einer amerikanischen Studie von Perry-Hunnicut / Newman, 1993 berichten 28% der adoleszenten Jungen und 60% der Mädchen über eigene Diäterfahrungen. Besonders das Diätverhalten in der Pubertät wird als eine Eintrittskarte in eine Eßstörung betrachtet. Dies geschieht vor allem durch den „Teufelskreis“ einer Diät. Sobald die Diät beendet ist, wiegt man nach kurzer Zeit mehr als zuvor. Diese überflüssigen Pfunde müssen mit immer extremeren Methoden abgebaut werden. Dieses Verhalten kann in einer Eßstörung enden.

Eßstörungen sind vor allem bei Mädchen zu finden. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre, das dies mit der Bewältigung der Geschlechterbeziehung zu interpretieren wäre.

Vor allem die Mädchen haben eine Verhaltensstrategie „gewählt“, von der sie sich eine Bewältigung ihrer Ängste und Widersprüche erhoffen. Die Verhaltensstrategie soll helfen, Kontrolle über Leben und ihre Interaktion mit anderen zu gewinnen.

3.2.2 Die soziale Bedeutung des Essens

Das Essen ist neben dem körperlichen Bedürfnis auch mit einem sozialen Bedeutungsinhalt verknüpft. Eine liebevoll zubereitete Mahlzeit kann dem Kind oder Jugendlichen das Gefühl der Zuwendung und der Fürsorge vermitteln. Dadurch kann das Essen selbst ein Medium der Entspannung werden. Dies kann zu einem übermäßigem Eßverhalten führen.

Eine schnell und lieblos zubereitete Mahlzeit kann das Gefühl der Ablehnung vermitteln. Das Essen wird nicht zu einem Genuß, sondern lediglich zu einer Befriedigung des Grundbedürfnisses Nahrung.

Die Kontrolle der Eßlust muß daher auch ontogenetisch ausgebildet werden. Das Kind bzw. der Jugendliche muß lernen was, wann, wieviel und zu welchen Mahlzeiten in welcher Form gegessen werden sollte. Die Ausbildung der Eßgewohnheit wird ab der Geburt vermittelt.

3.2.3 Der Zusammenhang von Eßstörungen und sozialer Schichtzugehörigkeit

Ein schlanker Körper ist in höheren sozialen Schichten stärker vorzufinden, als in bäuerlichen Kreisen und Arbeitskulturen. Eine Diagnose „Anorexie“ wird vor allem für Mädchen aus begüterten Elternhäusern gestellt, während die Diagnose „Übergewicht“ mehr in den unteren Sozialschichten anzutreffen ist. Möglicherweise spiegelt diese Verteilung auch eine schichtspezifische Aufmerksamkeitshaltung, sowie Zugangsprobleme beratender und therapeutischer Einrichtungen wider.

3.3 *Psychologische Faktoren*

3.3.1 Übergewicht und Dicksein

Für übergewichtige Kinder beginnt bereits im frühen Alter eine auf ihre körperliche Erscheinung bezogene Leidensgeschichte. Im Kindergarten und in der Schule werden sie von gleichaltrigen verspottet und abgelehnt. Viele übergewichtige Jugendliche berichten, daß sie im Alltag als „fette Sau“ beschimpft werden und aggressiven Handlungen anderer ausgesetzt sind.

Von Erwachsenen werden diese Kinder als weniger niedlich wahrgenommen und erfahren sich dadurch im Vergleich zu anderen als weniger liebenswert. Zum Teil schämen sich Eltern oder die Geschwister für das übergewichtige Familienmitglied.

Ihr Alltag und ihre Mahlzeiten sind begleitet von Beobachtung und Ermahnungen, weniger zu essen.

Durch die genannten Bedingungen geraten Freizeit- oder Sportveranstaltung, Mahlzeiten außerhalb der Familie, usw. zu einer Qual.

Die Diskriminierung der übergewichtigen Kinder bezieht sich auf Mädchen und Jungen gleichermaßen. Allerdings sind Mädchen aggressiven Handlungen der Jungen eher ausgesetzt.

3.3.2 Eine anorektische / appetitshemmende Familie

Es gibt sogenannte „anorektische“ Familien. In dieser Familie werden Konflikte nicht offen ausgetragen. Personen, die nicht zur Familie gehören, sollen das Bild einer harmonischen Eintracht in der Familie erhalten. Zwischen den Familienmitgliedern gibt es aber wenig Distanz und Eigenständigkeit. Das Magern betrachten die Kinder und Jugendlichen in dieser Familie als einzige Möglichkeit wenigstens über den eigenen Körper Autonomie zu besitzen.

3.4 Aktuelle Lebensumstände / situative Faktoren

3.4.1 Gefühlsregulierung durch das Essen

Essen ist ein primäres Mittel der Bedürfnisbefriedigung. Es erzeugt Gefühle von Wohlbefinden und Sättigung und ist damit mit Lustempfindungen gekoppelt. Diese Lustempfindung kann zumindest vorübergehend Gefühle der Unlust überdecken. Bereits Säuglinge bekommen bei Unlusterfahrungen Nahrung angeboten. Dies geschieht als Süßigkeit in flüssiger oder fester Form, beispielsweise wenn sich das Kind verletzt hat.

Das Essen kann als Ersatzbefriedigung für entgangene Genüsse oder zur Bekämpfung von Unlustgefühlen bzw. Frustrationen dienen.

3.5 Biologische Faktoren

3.5.1 Genetische Ursache

Zwillingsuntersuchungen ergaben eine deutlich höhere Übereinstimmung hinsichtlich der Eßstörungen bei eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen. Dies würde eine Bedeutung der genetischen Faktoren belegen. Vor allem bei Patienten, die an einer Bulimie leiden, ist eine erhöhte biologische Vulnerabilität zu erkennen. Es ist allerdings bis heute nicht gelungen für diese vermutete biologische Verwundbarkeit Indikatoren zu finden.

3.5.2 Hormonelle Ursache

Eine andere These läßt schließen, daß Eßstörungen einen hormonellen Ursprung haben. Bei einer Überdosierung des Hormons Östrogen an Tieren wurde eine Überempfindlichkeit für eine Magersucht entdeckt.

Forscher, wie beispielsweise Fischer und Bruch, sprechen sich gegen eine Überbewertung biologisch-medizinischer Erkenntnisse und einer einseitigen Kausalität- und Determinierungsthese aus.

3.6 *Schlußbetrachtung*

Die gegenseitig Beeinflussung, sowie das gleichzeitige Auftreten mehrere Faktoren, machen eine strikte Trennung unmöglich. Aus diesem Grund sind die Probleme, die zu einer Eßstörung führen, individuell verschieden. Die Krankheitsursachen lassen sich daher nur schwer in Gruppen einteilen.

Die genannten Erklärungsansätze haben deshalb nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Es gibt innerhalb der genannten Faktoren weitere Möglichkeiten und Beispiele, wie eine Eßstörung entstehen kann.

4 Interventionsverfahren bei Eßstörungen

4.1 Prävention

4.1.1 Theoretische Modelle der Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter

Einen einheitlichen Ansatz für die Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter gibt es bislang nicht. Jedoch ist der derzeitige methodische Schwerpunkt bei der Suchtprävention in der Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittelmißbrauchs.

Substanzmißbrauch wird dabei als Ergebnis sozialer Lernprozesse betrachtet die in Kombination mit personalen Faktoren sowie kognitiven Einstellungen und Überzeugungen zu einem Suchtverhalten führen. Der Substanzmißbrauch wird also als etwas ursachenspezifisches angesehen.

4.1.1.1 Konzept der Lebenskompetenzentwicklung

Aktuelle Konzepte gehen besonders auf die verursachenden Faktoren von Süchten ein. Eine besondere Bedeutung wird dabei dem Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skills approach) zugemessen, der 1988 von Botvin entwickelt wurde und seitdem häufig in der wissenschaftlichen Literatur genannt wird (z.B. Künzel-Böhmer 1993). Durch die Förderung und Verbesserung von Lebenskompetenzen (Ressourcen) soll eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegen Suchterkrankungen erreicht werden. Es setzt also bei den persönlichkeitspezifischen und verhaltenspsychologisch entscheidenden Schutzfaktoren an.

4.1.1.2 Förderung von Lebensalternativen

Dieses Konzept geht auf Dohner (1972) zurück. Dohner geht davon aus, daß durch das Ausleben von Suchtverhalten eine Bedürfnisverlagerung entsteht, da keine Befriedigung der Bedürfnisse in Sicht oder in Aussicht steht.

4.1.1.3 Gegenwärtiger Stand der Suchtprävention

Derzeit definiert sich die Suchtprävention über die Förderung psychischer Gesundheit als erstes Ziel. Gesundheit wird dabei als eine Eigenschaft gesehen die als eine umfassende Lebenskompetenz erklärt werden kann.

Dabei gliedert sich die Suchtprävention in drei Ebenen auf:

- die primäre Suchtprävention: sie zielt ab auf die Verhinderung von Suchtgefährdungen
- die sekundäre Suchtprävention: zur Früherkennung von Suchtgefahren und deren Veränderung
- die tertiäre Suchtprävention: wendet Maßnahmen der Rückfallprophylaxe bei Suchterkrankten an

Beschreibung der drei Ebenen der Suchtprävention:

Mit der primären Prävention wird versucht, dem Entstehen von Eßstörungen entgegenzuwirken. Dies geschieht über den Versuch der Reduktion von Umweltrisiken. Da man davon ausgeht daß die große Popularisierung und Propagierung des Schlankheitsideals Eßstörungen zumindest „gefördert“ werden, versucht man diese Risiken zu verringern und herabzusetzen. Dies geschieht über die Thematisierung und Berücksichtigung der Zusammenhänge von Diäten und der Ausbildung einer Eßstörung bei der Arbeit mit Gefährdeten (meist Frauen). Da das familiäre Eßverhalten ein wichtiger Faktor für die Entwicklung einer Eßstörungen ist wird dieses in die Arbeit miteinbezogen. Dies kann über Gespräche, Gruppenarbeiten oder auch durch Vorträge geschehen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit ist die Aufklärungsarbeit mit den Eltern, damit diese sensibilisiert werden und ihren Töchtern helfen können sich stärker über andere Werte als Schlankheit und Schönheit zu definieren. Dies ist besonders wichtig in der Zeit der Pubertät, da gerade dort die meisten geschlechtsstereotypische Sozialisationsprozesse ablaufen.

Wie in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit wird die Arbeit nicht mehr nur an den Risikogruppen ausgerichtet, sondern an sozial-integrativ wirkende Systeme.

Die sekundäre Prävention geht einen Schritt weiter als die primäre Ebene. Sie nutzt drei unterschiedliche Zugänge: Einmal die entwicklungspsychologischen Ebene, um über präventive Maßnahmen in frühen Entwicklungsphasen eine Manifestierung einer Eßsucht zu stoppen oder zu verhindern. Der zweite Zugang erfolgt über die Risikogruppen, indem versucht wird gezielt Leute zu finden, die stärker in der Gefahr stehen Eßstörung zu entwickeln. Der dritte und letzte Teil der sekundären Prävention versucht eine Identifikation, die eine klinische Symptomatik erahnen lassen.

Die Schwierigkeit liegt hierbei in der Identifikation von Übergängen von einer leichten Eßstörung zu einer schwerwiegenden Eßsucht.

Die sekundäre Prävention ist also gekennzeichnet durch gezielte Aufklärungsarbeit an der Zielgruppe, die insbesondere durch pädagogische Programme zur Stärkung von Risikogruppen erfolgt.

Der entscheidende Unterschied zur primären Prävention besteht in der Definition der Zielgruppe: während die primäre Ebene noch auf allgemeinere Aufklärungsarbeit abzielt, wird in der sekundären Ebene die Zielgruppe bereits von vornherein als Risikogruppe definiert, somit sind Anzeichen und Symptome bereits erkennbar.

In der tertiären Prävention findet bereits eine therapeutische Intervention statt, die effektive Behandlungsmaßnahmen beinhaltet. Als Ziel sind langfristige Verhaltensänderungen definiert.

Die tertiäre Prävention umfaßt auch schon weitere Schritte, die gezielt auf die Heilung einer schon bestehenden Störung hinwirken sollen. Dazu werden folgende Therapieformen angewandt:

- restriktive Ernährungstherapie, hierbei wird das Eßverhalten konsequent kontrolliert und so versucht, wieder ein „normales“ Eßverhalten zu trainieren
- medikamentöse Therapie: durch die Einnahme von Appetitzüglern und das Hungergefühl hemmenden Medikamenten soll erreicht werden, daß die Betroffenen nicht mehr zu Freßattacken zur Stillung eines (Heiß-)Hungergefühls hingerissen werden.
- Psychotherapeutische Maßnahmen: Diese können in Form einer Beratung oder einer Gruppentherapie erfolgen. Es wird versucht, den Betroffenen den Zusammenhang von Wohlbefinden und Nahrungsaufnahme zu verdeutlichen und so eine Eßverhaltensänderung zu erzielen.
- Familien- und Verhaltenstherapie: In der Familientherapie wird nicht nur der/die einzelne Betroffene behandelt sondern das ganze System, in dem der oder die Eßgestörte lebt. Dies basiert auf der Erfahrung, daß in der Familie eines Eßgestörten oft weitere Familienmitglieder (meist Eltern) vorhanden sind, die ein auffälliges Eßverhalten zeigen. In einer Verhaltenstherapie wird versucht ein angemessenes Verhalten zum Essen zu trainieren. Dies muß sich jedoch nicht ausschließlich auf das Eßverhalten konzentrieren, da oft weitere auffällige Verhaltensweisen vorhanden sind.

Besonders bei der Magersucht (eventuell auch bei Ess- und Brechsucht) ist zu beachten daß eine Behandlung der psychischen Faktoren, erst wirklich Sinn macht, wenn der Zustand des extremen Hungergefühls gelöst ist. Dies sollte unter Berücksichtigung der oft angegriffenen Verdauungsorgane unter Umständen mit einer Schonkost geschehen. Danach kann dann mit einer stabilisierenden psychischen Betreuung der Person und des Umfelds begonnen werden.

4.1.2 Beispiel: Hagener Modellprojekt „Wie schlank muß ich sein um geliebt zu werden“

Ab 1992 führten in Hagen zwei Sozialarbeiterinnen ein Modellprojekt durch daß der Prävention von Eßstörungen dienen sollte.

Ziel dieses Modellprojekts war es den Teilnehmerinnen den Zusammenhang zwischen Essen/Hungern und seelischen Bedürfnissen zu verdeutlichen. Dabei wurden folgende Ansätze und Methoden berücksichtigt:

- Orbach (1989), differenziert zwischen physischem und psychischem Hunger, zur Heilung sollen andere Mittel zur Bedürfnisbefriedigung und Konfliktlösung entwickelt werden. Orbach sieht Eßsucht als Reaktion auf Überforderung und Widersprüche in konkreten Lebenssituationen.
- Besonders wichtig für eine Heilung: den Betroffenen sollen die Ursachen ihrer Symptome bewußt gemacht werden und sie sollten diese verstehen.

- Die Performanzen und Handlungskompetenzen der Betroffenen sollen gestärkt werden, eigene Ressourcen und kreative Fähigkeiten aktiviert werden und somit die Überwindung einer psychosomatischen Krise erleichtert werden.
- Durch den offenen, aber der Schweigepflicht unterliegenden, Austausch wird das Erleben von Mitmenschlichkeit und das Erfahren von Solidarität möglich, was zu einer Verringerung des Gefühls gesellschaftlicher und persönlicher Entfremdung führt.
- Durch Beziehungsarbeit wird die Bindungsfähigkeit gefördert.
- Erlebnispädagogik zum aktiven Erleben und Entdecken von neuem
- Prozeßorientierung: keine festen Vorgaben, Entwicklung von Themen und Inhalten aus dem Gruppenprozeß
- Kulturpädagogischer Ansatz: z.B. Tanz, Musik, Bewegung, Theaterspiel, Videoarbeit, Körperwahrnehmungsübungen, ähnliche Ziele wie der erlebnispädagogische Ansatz
- Gestalterisches Arbeiten: Ton und Masken
- Psychodrama: Rollenspiele, heilende Wirkung des Nacherlebens und Ausagierens von belastenden Erfahrungen

Zielvorstellung: Unabhängig machen des Wohlbefindens von der Nahrungsaufnahme

4.2 Beratung

In der Bundesrepublik gibt es für Menschen mit Eßstörungen verschiedene Anlaufstellen. Teilweise sind dies von Betroffenen selbst gegründete Selbsthilfegruppen, zum anderen Beratungsstellen und –zentren, die sich auf Menschen mit Eßstörungen spezialisiert haben und über speziell ausgebildete Fachkräfte mit entsprechenden Erfahrungen verfügen.

Eine Vorreiterrolle spielt dabei das Frankfurter Zentrum für Eßstörungen. Dieses setzt in seiner Arbeit drei Schwerpunkte:

- In einer Beratungsstelle können sich Betroffene und Angehörige/PartnerInnen über Hintergründe und Behandlungsmöglichkeiten von Eßstörungen informieren.
- Es bietet Einzel- und Gruppentherapien an. Ziel ist es hier psychische Konflikte aufzuarbeiten, die hinter den Symptomen „Essen“, „Hungern“ oder „Erbrechen“ liegen.
- Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte und Interessierte: Supervision, Wochenendseminare, MultiplikatorInnenfortbildungen und Fortbildungsreihen für Ernährungsfachleute.

Das Frankfurter Zentrum für Eßstörungen erteilt Diätversuchen eine strikte Absage und versucht mit den einzelnen Personen einen eigenen, angemessenen Rhythmus zwischen Hunger und Essen zu finden.

4.3 Therapie

Angestrebte Therapieerfolge sind:

- das Leben der Betroffenen dreht sich nicht mehr ausschließlich um Essen oder Nicht-Essen

- Das Selbstwertgefühl ist soweit etabliert, daß das Wohlbefinden nicht mehr allein vom Körpergewicht abhängig ist.
- Hunger- und Sättigungsgefühle werden wahrgenommen
- Der eigene Körper wird als zu-sich-selbst-gehörend wahrgenommen
- Gefühle werden ausgedrückt und nicht mehr weggegessen
- Rückfälle in Krisensituationen können akzeptiert werden.

4.3.1 Behandlungsentscheidungen nach dem ICD

Die Entscheidung, welche Behandlungsform ergriffen wird richtet sich in der Regel nach folgenden Kriterien:

4.3.1.1 Medizinische Kriterien

Eine ambulante Behandlungsform wird vorgezogen, wenn nicht bestimmte Indikationen dagegensprechen. Bei

- kritischem Unter- oder Übergewicht bzw. Gewichtsverlust
- Suizidgefahr
- Komorbidität
- somatischen Komplikationen, z.B. ausgeprägte Elektrolytstörung
- hohe Heißhungerattackenfrequenz (bei Bulimie)
- Bulimie mit anderen Störungen der Impulskontrolle
- Substanzabusus
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

werden in der Regel stationäre Aufenthalte notwendig.

4.3.1.2 Psychosoziale Kriterien:

Stationäre Aufenthalte werden notwendig bei folgenden Indikationen:

- festgefahrene familiäre Interaktion
- soziale Isolation
- Scheitern ambulanter Behandlungsversuche

4.3.2 Spezifische Eßstörungstherapien

Bei Eßstörungen wird zunächst einmal mit der Patientin ein Ernährungsprotokoll oder Ernährungstagebuch geführt. Durch Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme, die zum Beispiel durch „Modellessen“ von Betreuern erfolgen kann, oder bei entsprechender Notwendigkeit in der Überwachung der Nahrungszufuhr bestehen kann, sollen die Betroffenen wieder ein angemessenes wohltuendes Eßverhalten erlernen.

Desweiteren sollte eine Ernährungsberatung erfolgen, in der die Betroffenen lernen, sich gesund und adäquat zu ernähren.

Durch regelmäßige Gewichtskontrollen wird sichergestellt, daß die Betroffenen nicht weiter in ihre Krankheit hineinrutschen.

Bei Bulimiepatienten wird versucht durch kleine Zwischenmahlzeiten dem Heißhungergefühl vorzubeugen.

4.3.3 Psychotherapie

In der Therapie von Eßstörungen werden folgende Therapieformen eingesetzt:

- Kognitive Therapie: wird eingesetzt bei Gewichtsphobien, Gewicht und Figur betreffenden dysfunktionalen Gedanken, sowie bei chronifizierten Eßstörungen
- Psychodynamisch orientierte Therapie: Bei schweren Störungen des Selbstwertgefühls, Traumata in der Anamnese, akuten und chronischen Konflikten, Reifungskrisen, psychiatrische Komorbidität
- Elternberatung, bei kindlichen und adoleszenten Patientinnen ohne chronifizierte Störung
Familientherapie

4.3.4 Psychosoziale Integration

In jedem Fall wichtig ist die psychosoziale Reintegration, z.B. in der Schule, durch eine Relativierung des Leistungsanspruches und eine Aufhebung der Isolation von Gleichaltrigen.

4.3.5 Medikamentöse Therapie

Bei anhaltenden depressiven Verstimmungen nach ausreichender Gewichtszunahme können Antidepressiva verabreicht werden.

Zur Osteoporoseprophylaxe kann die ausreichende Calciumzufuhr durch Tabletten gesichert werden.

Psychopharmaka sollten nie ohne zusätzliche Psychotherapie und Ernährungsberatung verabreicht werden. Jedoch können diese helfen, Heißhungerattacken zu reduzieren, depressive Begleitsymptomaten abmildern.

5 Quellen

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
„Zur Prävention von Eß-Störungen“
Langelüddecke GmbH, Braunschweig, 01.12.1998
- Jetzt hab ich es satt
- Internetseiten des team.solution
- Internetseiten der Uni Düsseldorf
- "Diagnostische Kriterien DSM-IV"
Henning Saß, ect.
Hogrefe-Verlag für Psychologie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998
- "Zur Prävention von Eß- Störungen"
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Langlüddecke GmbH, Braunschweig 01. 12 1998
- "Psychotherapie der Eßstörungen"
Günther Reich/Manfred Cierpka
Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 1997
- "Eßstörungen und die Suche nach Identität"
Ingeborg Stahr, Ingrid Barb-Priebe, Elke Schulz
Juventa Verlag Weinheim München, 2. Auflage, 1998
- "Diagnostische Kriterien DSM-IV"
Henning Saß, etc
Hogrefe-Verlag für Psychologie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998
- Ingeborg Stahr, Ingrid Barb-Priebe, Elke Schulz,
Eßstörungen und die Suche nach Identität
Juventa Verlag Weinheim und München
2. Auflage 1998
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
„Zur Prävention von Eß-Störungen“
Langelüddecke GmbH, Braunschweig, 01.12.1998
- Heinrich Kasper
Ernährungsmedizin und Diätetik,
8. Auflage, 1997, Urban & Schwarzenberg München