

Essstörungen



→ Was ist das?

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Diese Broschüre richtet sich an ...

➔ **alle Menschen, die sich über
Essstörungen informieren möchten.**

Anhand von Fallbeispielen werden gestörtes Essverhalten sowie verschiedene Essstörungen beschrieben. Außerdem macht die Broschüre aufmerksam auf die damit verbundenen Gefahren. Zu den Essstörungen zählen: Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Binge-Eating-Störung. Diese Formen können ineinander übergehen. Durch die Beschreibung eines auffälligen Essverhaltens sollen bereits Anfänge einer Essstörung erkannt und ihr entgegengewirkt werden. Hilfsangebote runden die Darstellung ab und erleichtern es, professionelle Unterstützung anzunehmen.



Inhalt

Wenn, dann ... _____	4
Was sind Essstörungen? _____	5
Wer ist betroffen? _____	6
Zu dick, zu dünn oder doch gerade richtig? _____	7
Schönheitsideale und Diäten _____	7
Zu dick oder zu dünn? _____	9
Wann beginnt eine Essstörung? _____	11
Ursachen und Auslöser von Essstörungen _____	12

Vier Geschichten

Angelika oder **Ein ständiges Auf und Ab**

Gestörtes Essverhalten _____ 13

Beate oder **Dünn, dünner, am dünnsten**

Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa) _____ 16

Kathrin oder **Mein zweites Ich**

Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa) _____ 20

Marga oder **Satt sein – was is(s)t das?**

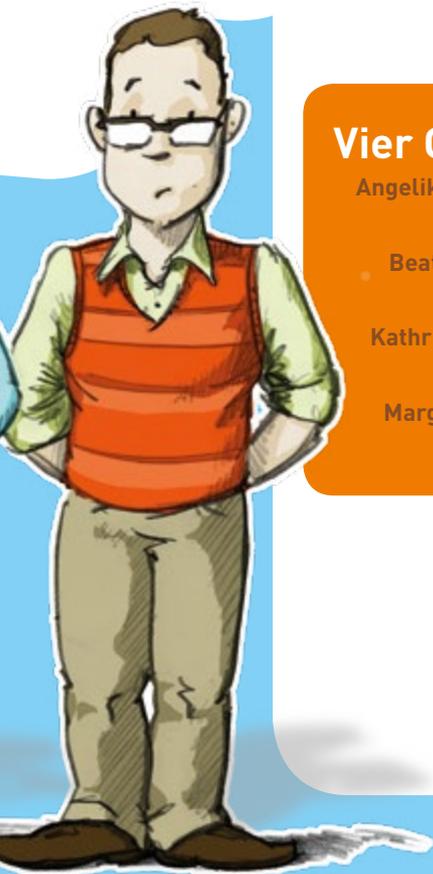
Binge-Eating-Störung (Binge Eating Disorder oder BED) _____ 24

Wissenswertes für Sie _____ 28

Essanfälle _____ 28

Mischformen von Essstörungen _____ 28

Ess O Ess – Hilfsangebote _____ 29



Wenn, dann ...

Ein Leben voller Hoffnung oder ein Leben in der Warteschleife?

- Beginnen Sie den Tag mit dem Blick auf die Waage?
- Vermeiden Sie es, in den Spiegel zu schauen?
- Zählen Sie Kalorien?
- Schmieden Sie immer wieder Diätpläne?
- Wissen Sie genau, wie viel Sie essen dürfen?
- Essen Sie selten das, was Sie wirklich möchten?
- Wissen Sie, wie sich Sattsein anfühlt?

Hoffen Sie, wenn Sie erst richtig schlank sind ...

- gelingt Ihnen alles viel besser,
- haben Sie weniger Probleme,
- sind Sie schön und beneidenswert,
- sind alle mit Ihnen zufrieden,
- gehören Sie endlich zu den Siegern?

... dann kann Ihr wirkliches Leben endlich beginnen!

Wenn Sie diese Fragen berühren und Sie viele davon mit Ja beantworten, dann suchen Sie sich Hilfe!



→ Was sind Essstörungen?

Essstörungen sind sehr ernst zu nehmende Krankheiten, die unbedingt behandelt werden müssen. Wenn jemand sein Essverhalten übermäßig stark einschränkt, kontrolliert oder die Kontrolle über das Essverhalten verliert, spricht man von einer Essstörung. Es gibt verschiedene Formen von Essstörungen:

- Magersucht
- Bulimie
- Binge-Eating-Störung

(siehe auch Seite 12)

Alle Essstörungen können ineinander übergehen oder sich abwechseln. Nicht alle Essstörungen lassen sich den drei Hauptformen zuordnen. Dann wird von unspezifischen und untypischen sonstigen Essstörungen gesprochen. Essstörungen entwickeln sich über eine längere Zeit. Es kommen viele Faktoren zusammen, die bei der Entstehung einer Essstörung eine Rolle spielen.

Häufig treten Essstörungen gleichzeitig mit anderen körperlichen Folgeerkrankungen oder psychischen Begleiterkrankungen und Abhängigkeiten auf wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Depressionen, Ängste, Medikamentenmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit. Essstörungen können auch in Kombination mit einer Selbstverletzungsproblematik wie z. B. Schneiden mit Messern, Klingen oder Scherben, Zufügen von Brandwunden, Beißen, Haarereißern usw. auftreten.

Essstörungen können Lösungsversuche für tiefer liegende seelische Probleme, Ausweg, Flucht oder Ersatz für verdrängte Gefühle und Bedürfnisse sein, ebenso stummer Protest oder Ablehnung. Sie signalisieren Verweigerung und stehen zugleich auch für Resignation oder Anpassung.

Das Gefühl, sich über Essen bzw. über Hungern Befriedigung zu verschaffen, führt erst einmal zur schnellen Erleichterung und zu einem Erleben von Sicherheit und Selbstständigkeit. Da es sich um eine Kurzzeitbefriedigung handelt, benötigen die Betroffenen Wiederholungen. Dadurch bekommt die Essstörung eine Eigendynamik und gerät außer Kontrolle. Betroffene verlieren die Kontrolle über das wahllose In-sich-Hineinstopfen großer Nahrungsmengen oder über die Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Der Leidensdruck der Betroffenen ist sehr hoch.



→ Wer ist betroffen?

An Essstörungen erkranken vor allem Mädchen und Frauen aber auch Jungen und Männer können betroffen sein.

- **Essstörungen** treten über die gesamte Altersspanne auf. Im Jugendalter, vor allem in der Zeit der Pubertät ist die Gefahr eine Essstörung zu entwickeln am größten.
- **Magersucht** tritt vor allem im Alter zwischen 15 und 24 Jahren auf.
- An **Bulimie** erkranken die meisten Betroffenen zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr, eine Ersterkrankung tritt jedoch auch im dritten Lebensjahrzehnt noch häufig auf.
- Um das 20. Lebensjahr herum gibt es gehäuft Ersterkrankungen an **Binge-Eating-Störung**. Eine zweite Häufung der Erstmanifestation der Binge-Eating-Störung findet sich im Alter zwischen 45 und 54 Jahren.



Zu dick, zu dünn oder doch gerade richtig?

→ Schönheitsideale und Diäten

In der Welt der erfolgreichen Models, Stars und Sternchen wird ein dünner Körper verlangt. Wer das als Maßstab für Schönheit nimmt, ist schnell mit der eigenen Figur unzufrieden.

Viele junge Frauen und auch Männer leben ständig mit dem Gefühl, fehlerhaft und mit Makeln behaftet zu sein. Das zermürbt und lässt das Selbstvertrauen schwinden. Selbst untergewichtige und normalgewichtige, meist weibliche Jugendliche bezeichnen sich verächtlich als „dick“ und „fett“. Sie entwickeln eine Wut auf den eigenen „unvollkommenen“ Körper und beginnen mit Diäten.

Das alleine ist jedoch nicht der Grund für ein gestörtes Essverhalten oder eine Essstörung.

Achtung: Diäten können Vorläufer für ein gestörtes Essverhalten sein. Diäten führen zudem selten dauerhaft zum gewünschten Körpergewicht.

Neben Diäten versuchen viele Menschen, durch

- exzessiven Sport,
- Hungern,
- einseitige, eingeschränkte Ernährung, (restriktives Essverhalten),
- die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und
- den Missbrauch von Medikamenten wie beispielsweise Appetitzügler, Abführmittel und Entwässerungsmittel zu ihrem Wunschgewicht zu gelangen und somit dem Schönheitsideal zu entsprechen. Auch chirurgische Eingriffe wie z. B. Fettabsaugen werden immer häufiger von jungen Frauen in Betracht gezogen, obwohl gesundheitliche Risiken damit verbunden sind. Daneben gibt es zahlreiche zweifelhafte Angebote zur Gewichtsreduktion, die angeblich einen schnellen, mühelosen Erfolg garantieren, wie z. B. Einlegesohlen, Gürtel, Schwitzhöschen etc.

All das macht eher das Portmonee schmaler, aber nicht den Körper. Eine sehr kritische Haltung gegenüber den in den Medien angepriesenen Diäten und Maßnahmen zur Gewichtsregulation ist angebracht. Das spart Geld und schützt vor Enttäuschungen.



HÄTTEN SIE'S GEWUSST ...?

- Fast die Hälfte der Mädchen und ein Fünftel der Jungen im Alter von 15 Jahren empfinden sich als zu dick, obwohl sie normalgewichtig sind.
- Mehr als die Hälfte der Mädchen hat in diesem Alter bereits Diäterfahrungen gesammelt, jedes vierte Mädchen sogar mehrfach.
- Mehr als 20% der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis 17 Jahren gelten als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens.
- Abführmittel sind – auch wenn sie als „pflanzlich“ deklariert werden – eher schädlich bei der dauerhaften Gewichtsregulation. Sie können abhängig machen und verursachen bei Missbrauch schwere körperliche Folgen (z. B. Kaliummangel, der u. a. zu bedrohlichen Herzrhythmusstörungen führen kann).
- Es gibt nur sehr wenige wirksame Medikamente gegen Übergewicht. Da sie immer auch Nebenwirkungen haben können, werden sie nur dann empfohlen, wenn das Gewicht mit einer Lebensstiländerung allein nicht reduziert werden konnte. Diese Arzneimittel sind nur für Erwachsene zugelassen, weil ihre Sicherheit im Jugendalter nicht belegt ist.
- Viele Lebensmittel sind von Natur aus kalorienarm, ohne dass diese speziell gekennzeichnet sind (z. B. Obst, Gemüse, Brot, Quark usw.). Lightprodukte sind aus diesem Grund unnötig.

ALSO: Nehmen Sie abwechslungsreiche Kost zu sich und achten Sie auf Ihr Hunger- und Sättigungsgefühl.



→ Zu dick oder zu dünn?

Bin ich zu dick, zu dünn oder genau richtig? Sie täuschen sich, wenn Sie glauben, diese Frage allein mit dem Metermaß oder der Waage beantworten zu können. Messungen geben lediglich Hinweise auf den Durchschnitt.

Für die Messung des Gewichts wird bei Erwachsenen der Body-Mass-Index (BMI) zugrunde gelegt. Er errechnet sich aus Körpergewicht geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat ($\text{kg}:\text{m}^2$).

Das Besondere am BMI ist, dass keine bestimmte Gewichtszahl als Ergebnis berechnet wird, sondern ein Spielraum, in dem sich das Gewicht je nach körperlicher Veranlagung bewegen kann:

- **unter 17:** hochgradiges bis mäßiggradiges Untergewicht
- **zwischen 17 und 18,4:** leichtgradiges Untergewicht
- **zwischen 18,5 und 24,9:** Normalgewicht
- **zwischen 25 und 29,9:** Übergewicht
- **zwischen 30 und 34,9:** Adipositas, Grad I
- **zwischen 35 und 39,9:** Adipositas, Grad II
- **ab 40:** Adipositas, Grad III

ACHTUNG: Der BMI gilt nicht für Leistungssportler, Bodybuilder, Schwangere oder stillende Mütter.



Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren werden zur Beurteilung des Gewichts sogenannte Wachstumskurven (Perzentilkurven) verwendet.

Der BMI wird wie bei den Erwachsenen berechnet und anhand der Grafik (siehe Folgeseite) abgelesen.

Beispiel zur Berechnung Ihres BMI:

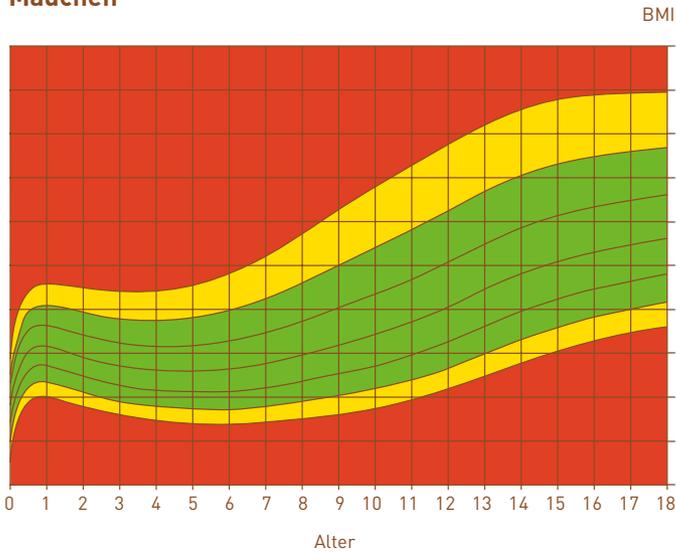
1. Körpergröße x Körpergröße
 $1,57 \text{ m} \times 1,57 \text{ m} = 2,4649 \text{ m}^2$
2. Gewicht durch das Ergebnis teilen
 $46 \text{ kg} : 2,4649 = 18,7 \text{ (BMI)}$
3. BMI mit Geschlecht und Alter in der Tabelle vergleichen.



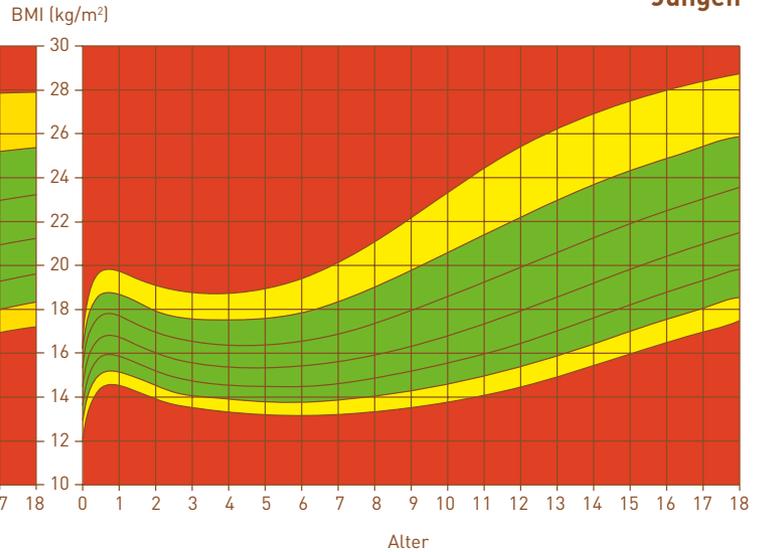
Wachstumskurven für den BMI

für Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre), unter Berücksichtigung von Körpergewicht/-größe, Alter und Geschlecht

Mädchen



Jungen



Alter

starkes Übergewicht Übergewicht Normalgewicht Untergewicht starkes Untergewicht

Quelle: BZgA nach K. Kromeyer, M. Waubitsch, D. Kunze et al.: Monatszeitschr. Kinderheilk. 149 (2001)

Außer dem BMI gibt es weitere Methoden zur Einordnung der Körpermasse, z. B. die Bestimmung der Körperfettmasse (Bioelektrische Impedanz-Analyse BIA) oder die Messung der Fettverteilung, die anhand des Taillenumfangs beurteilt wird. Es ist gut, wenn dieser bei Frauen unter 80 cm, bei Männern unter 94 cm liegt. Ein apfelförmiges Übergewicht (viel Bauchfett) ist gesundheitsgefährdender als ein birnenförmiges (Fett an Hüften und Oberschenkeln).

WICHTIG: Es gibt Menschen, die aus anderen Gründen als einer Essstörung unter- oder übergewichtig sind.

→ Wann beginnt eine Essstörung?

GUT ZU WISSEN: Jeder Mensch hat sein ganz individuelles Normalgewicht und individuelle Proportionen. Dies ist auch genetisch bedingt.

Wer mit Lust dann isst, wenn er hungrig ist, und aufhört zu essen, wenn er satt ist, wird sich weder ständig überessen noch unversorgen. Wer nicht ständig ans Essen denkt, sich in seiner Haut wohlfühlt, genießen kann und zufrieden ist, wird wenig gefährdet sein, eine Essstörung zu entwickeln!



Treffen mehrere der folgenden Aussagen auf Sie zu, dann suchen Sie sich Hilfe:

Möglicherweise haben Sie eine Essstörung,

- wenn Sie Ihren Körper als „zu dick“ ablehnen,
- wenn die Gedanken nur noch ums Essen und die Figur kreisen und Sie sich in Ihrem Leben kaum noch um andere Dinge kümmern können,
- wenn Sie ständig Angst haben, zu viel zu essen und zuzunehmen,
- wenn Sie Ihr Gewicht sehr streng kontrollieren,
- wenn Sie sich vorwiegend mit anderen, Ihnen schlanker erscheinenden Menschen vergleichen,
- wenn Sie nur noch nach Essens- und Diätplänen essen und sich spontanes lustvolles Essen verbieten,
- wenn Sie ständig noch mehr von sich und Ihren Leistungen erwarten und Sie häufig bei Misserfolgen, Enttäuschungen und negativen Gefühlen zum Essen greifen (Frustessen),
- wenn Essen zur Ersatzhandlung wird, statt satt macht,
- wenn Sie das Maß für die vernünftige Menge beim Essen verloren haben und selbst kleinste Mahlzeiten als üppig erleben,
- wenn Sie weder Hunger noch Sättigungsgefühl mehr spüren,
- wenn Sie ohne Kontrolle mal viel, mal wenig essen und unter hemmungslosen Essanfällen leiden.

Betroffene schämen sich häufig für dieses Verhalten und verstecken die Störung vor anderen, sodass anfangs Freundinnen und Freunde, Bekannte und die Familie ahnungslos sind. Diese Heimlichkeit ist eine zusätzliche große Belastung.



→ Ursachen und Auslöser von Essstörungen

Mögliche **Auslöser** für eine Essstörung können z. B. ein Umzug in eine andere Stadt, ein Auslandsaufenthalt, ein Verlust oder drohender Verlust einer Bezugsperson, Mobbing, die Pubertät, Diäten, Leistungssport und vieles mehr sein. Die **Ursachen** sind jedoch in der persönlichen Entwicklung (wie z. B. ein niedriges Selbstwertgefühl, eine erhöhte Ängstlichkeit, den Wunsch alles perfekt zu machen, eine erhöhte Zwanghaftigkeit, eine Überforderung mit der Aufgabe des Erwachsenwerdens etc.), den gesellschaftlichen Einflüssen (wie z. B. das stark schlankheitsbezogene Schönheitsideal) sowie in biologischen und körperlichen Einflüssen (z. B. erbliche Faktoren) zu finden. In der Regel sind immer mehrere Ursachen an der Entstehung einer Essstörung beteiligt.

Bei einer Essstörung wird zudem oft eine **Begleiterkrankung** (wie z. B. Depression, Angststörungen, Zwänge, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch etc.) festgestellt. Andere psychische Erkrankungen können Auslöser einer Essstörung sein oder als Folge einer Essstörung auftreten.

Essstörungen äußern sich durch ein gestörtes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper.

Es gibt drei verschiedene Formen von Essstörungen:

→ Magersucht

Bei der Magersucht liegt das Körpergewicht mindestens 15% unter dem für Geschlecht, Größe und Alter zu erwartenden Gewicht bzw. bei Erwachsenen unter einem BMI von 17,5 kg/m². Betroffene nehmen ihr Gewicht und ihren Körper verzerrt wahr. Sie haben panische Angst davor, dick zu werden – trotz Untergewicht.

→ Bulimie

Bulimie tritt häufig im Zusammenhang mit Magersucht auf. Die Betroffenen leiden unter Heißhungeranfällen. In kürzester Zeit essen sie sehr große Mengen. Um nicht zuzunehmen, erbrechen sie sich meist nach diesen Essattacken.

→ Binge-Eating-Störung

Bei der Binge-Eating-Störung leiden die Erkrankten an regelmäßigen Heißhungerattacken. Anders als bei der Bulimie ergreifen die Betroffenen aber nach Essanfällen keine Gegenmaßnahmen. Diese Störung ist meist mit Übergewicht oder Fettleibigkeit (Adipositas) verbunden. Das bedeutet aber nicht, dass Menschen mit Übergewicht oder Fettleibigkeit automatisch an einer Binge-Eating-Störung leiden.

Die drei Formen können ineinander übergehen.

→ Angelika

oder

Ein ständiges Auf und Ab



Angelikas Geschichte ist die Geschichte vieler Frauen. **Angelika ist essgestört.** Sie hat Gewichtsprobleme. Und das bereits seit Längerem. Sie sieht mal normalgewichtig aus, mal übergewichtig. Kleidergröße 38 bis 44, eine große Auswahl. Bisher schaffte sie es immer wieder, ihr Gewicht einigermassen zu regulieren. Aber mit jeder Fastenkur oder Diät wird es schwieriger. Was sie besonders erschreckt: Über die Zeit von sieben Jahren hinweg gesehen, wiegt sie jetzt mehr als damals.

Angelikas Stimmung schwankt wie ihr Gewicht. Die Waage ist ihr Stimmungsbarometer, sie zeigt an, ob sie hungrig sein darf oder satt zu sein hat. Natürlich hat sie keinen Hunger zu haben, wenn sie zu dick ist. Zeitweise ist das richtiger Terror. Manchmal wird sie dann wütend und verbannt die Waage in den Keller. Leider nur für kurze Zeit.

Ihre häufigen Diäten brachten ihr anfangs Bewunderung ein. Sie schaffte es, durchzuhalten. Inzwischen ist es „normal“, dass sie ständig Diäten macht. Die sichtbaren Erfolge lassen immer länger auf sich warten und damit auch die Anerkennung.

Angelika hat „es“ satt. Was ist die Alternative? Dick werden? Darf es ihr denn nur gut gehen, wenn sie schlank ist? Wie viele Energien verschwendet sie damit, sich ständig zu kontrollieren? Ganz abgesehen von dem vielen Geld, das sie für diverse Schlankheitsmittel ausgegeben hat. Angelika stellt fest: Irgendwie möchte sie unabhängig werden!



Ihr gehen viele Gedanken durch den Kopf. Warum können andere alles essen und bleiben schlank? Warum haben besonders Süßigkeiten eine nahezu magische Anziehungskraft auf sie? Warum fällt es ihr so schwer, sich zu beherrschen? Wie sehr sehnt sie sich danach, wieder zwanglos essen zu können, richtig zu genießen. Ohne Reue.

Die meisten ihrer Freundinnen haben ähnliche Probleme. Doch so richtig darüber zu sprechen, ist für Angelika schwierig. Sie ist hin und hergerissen und hat Angst davor ausgelacht oder abgelehnt zu werden.

Zufällig findet Angelika in einem Volkshochschulprogramm einen Anti-Diät-Kurs. Es gefällt ihr, sich mit genauso betroffenen

Frauen mit dem Problem auseinandersetzen zu können. Der Kurs ist gut besucht. Anfangs sind alle voller Begeisterung, die dann in Skepsis umschlägt, ob das „was bringt“. Doch die meisten halten tapfer durch und sind am Ende des Kurses überzeugt, dass sie auf dem richtigen Weg sind. Mehr Bewegung, eine lustvolle, ausgewogene Ernährung und vor allem Gespräche darüber, was ihnen im Leben wirklich wichtig ist und wie sie dies verwirklichen können. Viele Themen beschäftigen sie. Sie entschließen sich, eine Selbsthilfegruppe zu gründen und gemeinsam weiterzumachen. Sie spielen mit dem Gedanken, sich regelmäßig professionelle Unterstützung zu holen. Die Selbsthilfegruppe gibt Angelika Halt. Sie fühlt sich nicht alleine und spürt, dass sie selbst etwas bewirken kann.



Typisch für gestörtes Essverhalten:

- Einsatz von Appetitzüglern
- Verwendung von Lightprodukten
- Einsatz von Abführmitteln
- Wechsel zwischen übermäßigem Essen und Diät halten
- Kalorienzählen
- Schwankendes Gewicht

Ein gestörtes Essverhalten kann Vorbote einer ausgeprägten Form einer behandlungsbedürftigen Essstörung sein.

WICHTIG: Gestörtes Essverhalten begünstigt den Einstieg in andere Essstörungen (z. B. in Bulimie oder Magersucht). Es ist wichtig, sich Hilfe zu holen.



Mögliche Hinweise:

- Hohe Gewichtsschwankungen innerhalb kurzer Zeit, Jojo-Effekt.
- Angst vor Gewichtszunahme.
- Unfähigkeit, entspannt zu genießen und den Hunger zu befriedigen.
- Häufige, immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit dem Körpergewicht.
- Fehlendes Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse und Körpersignale.

Erste Schritte hinaus:

- Regelmäßig, langsam und genussvoll essen.
- Regelmäßig Möglichkeiten zur Bewegung nutzen.
- Lernen, Körpersignale richtig zu deuten: Müdigkeit, Durst, Hunger.
- Hände weg von Abführmitteln und Appetitzüglern.

HÄTTEN SIE'S GEWUSST ...?

- Sie täuschen sich, wenn Sie glauben, es gäbe ein Produkt auf dem Markt, das dauerhaft zu einer Gewichtsreduktion führt! Alle Diätprodukte sind langfristig wirkungslos.
- **BESSER:** ein lustvolles und ausgewogenes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, auch wenn damit die Kilos nur langsam weniger werden. Der Gewinn ist eine höhere Lebensqualität!

→ Beate

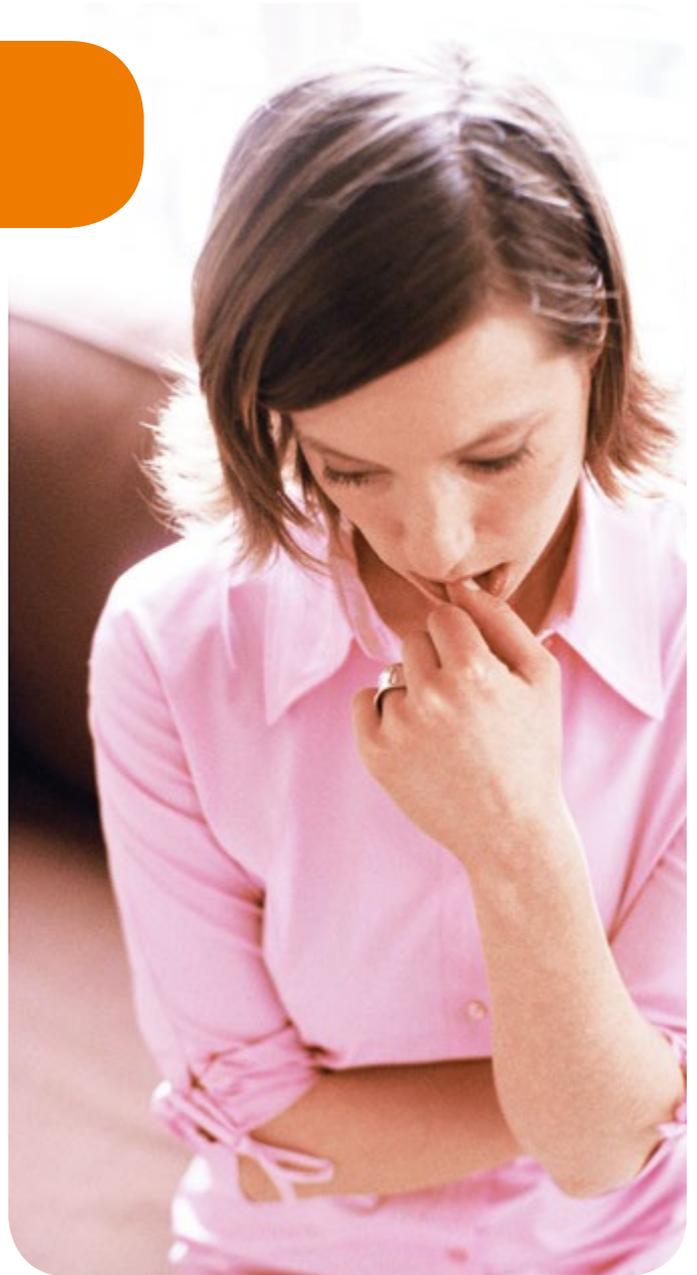
oder

Dünn, dünner, am dünnsten

Beate ist extrem schlank und ständig in Bewegung. Mit ihrer zwiebelartigen Kleidung versucht sie, ihre dünnen Arme und Beine zu kaschieren. **Beate ist magersüchtig** und setzt alles daran, dies zu verbergen. Sie hat die Kontrolle über die Kontrolle verloren.

Sie ist blass und wirkt fahrig. Ihre Hände sind gerötet. Sie friert ständig. Hilfe kann sie nicht annehmen. Ihr Ehrgeiz, stets die Beste und perfekt zu sein, treibt sie trotz körperlicher Schwäche zu auffallend guten Leistungen. Doch das kostet sie zunehmend Anstrengung. Woher soll sie auch die Energie schöpfen? Beate hat ihre Nahrungszufuhr auf ein absolutes Minimum gedrosselt: zwei grüne Äpfel und einen Magermilchjoghurt am Tag!

Beates Magersucht nimmt so schnell niemand wahr. Sie ist eine hervorragende Schülerin, treibt viel Sport, steht nachmittags meist in der Küche und kocht für die ganze Familie. Dass sie selbst hungert, kann sie geschickt verbergen. Und schließlich waren alle stolz, als „ihr Pummelchen“ endlich etwas für die Figur tat und auf gesunde Kost umstieg. Dass sie die Nahrungsmenge Schritt für Schritt immer mehr reduzierte, ihr „Traumgewicht“ immer niedriger wurde, sie zwanghaft Kalorien zählte und dabei ihren Körper noch ekelhaft fand, geschah „ganz nebenbei“. Sprach sie jemand auf ihr manchmal eigenartiges Verhalten an, wurde sie aggressiv



und brach das Gespräch ab. Ihre Mutter hofft, dass diese „Ma-cke“ vorübergehend ist, zumal sie selbst ihr noch einige Tipps zum Abnehmen gegeben hatte. Beate übertreibt es einfach immer! Der Vater reagiert mit Spott und Ironie: „Du Hungerhaken, an dir fehlt ja alles! Sieh dir mal deine Freundin an, die hat alles an der richtigen Stelle!“

Als Beate es einmal verpasst, ihren nackten Körper vor den Augen der Mutter zu verstecken, nimmt die Familienkrise ihren Lauf: Entsetzen, Angst, Ratlosigkeit, Wut und verzweifelte Kämpfe um das Essen bestimmen jetzt das Familienklima. Das harmonische Familienleben ist vorbei.

Der Gang in eine ärztliche Praxis bringt die Gewissheit, dass Beate magersüchtig ist. Bei Magersucht sind Medikamente nutzlos. Deswegen wird Beate empfohlen, sich an eine Beratungsstelle für Essstörungen zu wenden. Hier finden sie und ihre Eltern Unterstützung und erhalten nähere Informationen über die Erkrankung und die entsprechenden Behandlungsangebote.

Nach einem Beratungsgespräch und dem dringenden Appell des Arztes entscheidet sie sich für einen Klinikaufenthalt. Dort wird sie sowohl medizinisch als auch psychotherapeutisch versorgt. Ihre Eltern finden Hilfe bei einer Angehörigengruppe und kümmern sich um eine Familientherapie, die im Anschluss an Beates Klinikaufenthalt helfen wird, das Familiengefüge neu zu gestalten. Damit haben Beate und ihre Familie eine gute Chance, die Magersucht zu überwinden.

Typisch für Magersucht (Anorexie; Anorexia nervosa):

- Fehlender Kontakt zum eigenen Körper und dessen Bedürfnissen.
- Der Körper wird als Feind erlebt und bekämpft.
- Ständiges Wiegen und Sich-zu-dick-Fühlen.
- Der Kopf kontrolliert und steuert.
- Kontrolle vermittelt das Gefühl, autonom und selbstständig zu sein.
- Manchmal übertriebene Sparsamkeit und extremer Reinlichkeitssinn, Ablehnung jeglicher lustbetonter Betätigung, eine ausgesprochen spartanische Lebensweise.
- Rückzugsverhalten.
- Schwarz-weiß-Denken und depressive Verstimmungen.
- Ritualisiertes Essverhalten.
- Extrem langsames Essen, extrem heiß oder kalt essen.
- Verzehr von Baby- oder Kindernahrung, breiige Kost.
- Bevorzugung von kalorienarmen Nahrungsmitteln und Getränken, meist sehr einseitige Nahrungsauswahl.
- Essen vortäuschen, kauen und ausspucken.
- Kochen, backen, Rezepte sammeln und andere zum Essen animieren.
- Vieles im Stehen machen.
- Sich Kälte aussetzen.
- Exzessiv Sport treiben.
- Tragen von schweren Taschen/Rucksäcken.
- Die Betroffenen weigern sich über lange Zeit, sich ihre Krankheit einzugestehen.

Magersüchtige sind von ihrem äußeren Erscheinungsbild auffallend dünn. Sie sind hochsensibel für die Bedürfnisse



anderer und können sich verbal gut mit Freundinnen und Freunden, Bekannten und Verwandten auseinandersetzen. Der Zugang zu ihrer eigenen Gefühlswelt ist ihnen jedoch sehr schwer möglich. Daher ist es auch für nahestehende Personen schwer, die Betroffenen emotional zu erreichen und zu stützen.

WICHTIG: Dringender Handlungsbedarf für Angehörige, Freundinnen und Freunde besteht, wenn Betroffene apathisch reagieren, nur noch mit leiser Stimme sprechen, kraftlos sind und beim kleinsten Konflikt mit Weinen reagieren. Dies sind Alarmsignale, die als ersten Schritt einen Besuch bei einem Arzt oder einer Ärztin nötig machen. Betroffene dazu zu zwingen, therapeutische Hilfe anzunehmen, ist sinnlos. Es ist wichtig, dass Angehörige sich bei fehlender Krankheitseinsicht der Betroffenen an eine Beratungseinrichtung wenden und sich Hilfe holen.



Mögliche Hinweise:

- Auffallender Gewichtsverlust in kurzer Zeit.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch streng kontrollierte und eingeschränkte Nahrungsaufnahme, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbst induziertes Erbrechen oder Abführen (anfallartig).
- Ständiges, übertriebenes gedankliches Kreisen um Nahrung und Körperschema.
- Extreme Angst vor Gewichtszunahme.
- Körperschemastörung (der eigene Körper wird immer als fett wahrgenommen, auch wenn schon deutliches Untergewicht besteht).
- Perfektionismus.
- Hyperaktivität.
- Fehlende Krankheitseinsicht.
- Ausbleiben der Monatsblutung.

Die **körperlichen Folgeschäden** sind z. B. das Absinken des Stoffwechsels, des Pulses, des Blutdrucks und der Körpertemperatur. Das führt zu Müdigkeit, Frieren und Verstopfung. Trockene Haut und brüchige Haare zeigen die hormonellen Veränderungen an, die sich auch im Ausbleiben der Menstruation und im Extremfall auch in einer Veränderung der Körperbehaarung äußern.

Bei einer Erkrankungsdauer über mehrere Jahre kann es als Folge der hormonellen Veränderung auch zu Osteoporose kommen (Verringerung der Knochendichte).

Bei Einnahme der Pille zur Schwangerschaftsverhütung tritt die Menstruation weiterhin ein. In diesem Fall kann trotz auftretender Menstruation eine Magersucht vorliegen.

Die **seelischen Folgen** sind z. B. der ständige zwanghafte Vergleich mit anderen Menschen, ein starkes Kontrollbedürfnis, Schuldgefühle, wenn etwas schmeckt, Angst vor eigenen Bedürfnissen, Selbsthass, Geiz, zwanghaftes Verhalten (Waschen/ Putzen), sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen, manchmal auch selbst verletzendes Verhalten.

Erste Schritte hinaus:

- Aufgabe der Verleugnungsstrategien und gegenüber sich selbst das Eingeständnis, krank zu sein.
- Medizinische und therapeutische Hilfe akzeptieren.

ACHTUNG: Aufgrund der massiven Folgeschäden und der fehlenden Selbsteinschätzung der Betroffenen bezüglich ihrer körperlichen Befindlichkeit ist eine medizinische Betreuung in jedem Fall erforderlich. Es ist sehr wichtig, seitens der Familie darauf zu bestehen.

HÄTTEN SIE'S GEWUSST ...?

- Zwischen 1998 und 2015 starben in Deutschland pro Jahr zwischen 33 und 100 Menschen an Essstörungen.
- Es besteht die Gefahr, dass die Magersucht chronisch wird.





→ Kathrin oder Mein zweites Ich

Für Kathrin interessieren sich viele Menschen. Sie ist klug und attraktiv. Sie scheint kontaktfreudig und aufgeschlossen. Jeder verzeiht ihr gern, wenn sie ab und zu eine Verabredung kurzfristig absagt. In ihrem Job ist sie ehrgeizig und erfolgreich.

Andere Menschen sind völlig davon überzeugt, dass für Kathrin alles super läuft. Misstrauen ausgeschlossen. Doch Kathrin führt ein Doppelleben. Das offizielle Leben der perfekten Frau, die allen Rollen gerecht wird: kluge Kollegin, attraktive Geliebte, aufmerksame Tochter. Und das heimliche Leben als gierige, hemmungslose Frau im ständigen Krieg mit sich selbst.

Kathrin ist bulimisch. Sie denkt den ganzen Tag ans Essen, hat panische Angst vor einer noch so geringen Gewichtszunahme und kauft heimlich im Supermarkt riesige Mengen von Nahrungsmitteln ein.

Ihre inzwischen angewachsenen Schulden und ihre Heißhungeranfälle quälen sie. Sie hat das Gefühl, jegliche Kontrolle über sich zu verlieren: beim Einkaufen, wenn sie den Stecker vom Telefon herauszieht, die Verpackungen aufreißt und alles in sich hineinstopft. Wie von Sinnen. Erst wenn sie danach eine Handvoll Abführmittel nimmt, erbricht oder tagelang fastet, um alles rückgängig zu machen, fühlt sie sich besser. Jedes Mal schwört sie: Nie mehr! Bis die Gier erneut da ist und sie sich erneut in dieses fressende Etwas verwandelt.

Anfangs hatte sie gehofft, ihre „Gewichtsprobleme“ auf diese Weise ohne viel Anstrengung zu lösen: ab und zu ein paar Abführmittel oder nach dem Essen zu erbrechen. Was jedoch scheinbar harmlos anging, wurde zwanghaft und bedrohlich: Die Nahrungsmengen, die sie verschlang, wurden immer größer.

Manchmal glaubt Kathrin an diese selbstbewusste, erfolgreiche Frau in sich, doch sie kennt auch ihr anderes Ich. Dieses verbirgt sie anderen gegenüber, koste es, was es wolle. Das raubt Kraft und macht sie sehr einsam. Kathrin fühlt sich zerrissen von ihren ambivalenten Gefühlen. Nach und nach machen sich auch die ersten körperlichen Folgeschäden bemerkbar: Ihr wird schwindelig, ihre Haut macht ihr Probleme.

Kathrin hat große Hemmungen, sich einem Menschen anzuvertrauen. Nachdem sie zufällig eine Fernsehsendung mit einem Bericht über eine bulimische Frau sah, in welcher der Hinweis auf eine Internetseite eingeblendet wurde, sucht sie aktiv im Internet nach Informationen. Sie erhält dort Kontaktadressen von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Therapieeinrichtungen in ihrer Nähe. Es gibt auf der Internetseite zudem eine Telefonnummer einer Hotline für Betroffene. Kathrin nimmt allen Mut zusammen und ruft dort an. Hier kann sie das erste Mal offen über ihre Problematik sprechen und fühlt sich verstanden. Ihr wird empfohlen, zunächst einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen, damit sie sich erst einmal um ihren körperlichen Mangelzustand kümmern kann. Sie kümmert sich zudem um eine Therapie. Die ersten Schritte sind getan.

Typisch für Ess-Brech-Sucht (Bulimie; Bulimia nervosa):

- Essverhalten in der Öffentlichkeit ist kontrolliert.
- Auswahl von Light- und fettarmen Produkten für die Mahlzeiten, die „offiziell“ gegessen werden und im Körper bleiben.
- Trennen in erlaubte und verbotene Lebensmittel.
- Einkauf großer Mengen billiger, leicht verzehrbare Lebensmittel für die Essanfälle.
- Schlingendes Essen bei den Essanfällen.
- Horten von Lebensmitteln mit gleichzeitiger Angst davor, Lebensmittel zu Hause zu haben.
- Manchmal erhebliche Verschuldungen aufgrund der hohen Ausgaben für Lebensmittel.
- Keine geregelten Mahlzeiten.
- Nach außen hin funktioniert alles perfekt, die Fassade stimmt.
- Bulimie ist schambesetzt und heimlich.
- Selbstekel, das Gefühl, abnorm zu sein.
- Soziale Isolation, Vernachlässigung von Interessen, depressive Verstimmungen.
- Viele sportliche Aktivitäten.

Vom äußeren Erscheinungsbild sind bulimische Frauen und Männer scheinbar normal, meist schlank. Sie sind sehr gepflegt und ehrgeizig. Es ist kaum zu erkennen, dass sie Probleme haben und Hilfe benötigen.



Mögliche diagnostische Hinweise:

- Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.
- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden.
- Scharf definierte, sehr niedrige persönliche Gewichtsgrenze.
- Mindestens zwei Essattacken pro Woche in einem Zeitraum von über drei Monaten.
- Dabei schnelle Aufnahme großer Mengen meist leicht verzehrbaren und kalorienreicher Nahrungsmittel.
- Das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten während der Anfälle.
- Im Anschluss versuchtes Rückgängigmachen der Kalorienzufuhr über:
 - selbst induziertes Erbrechen,
 - Medikamentenmissbrauch (z. B. Abführmittel, Entwässerungstabletten ...),
 - strenge Diäten/Fastenphasen,
 - übermäßige körperliche Betätigung.

Diese Verhaltensweisen können einzeln oder parallel auftreten.

Die **körperlichen Folgeschäden** sind unterschiedlich, je nachdem wie versucht wird, die Essanfälle rückgängig zu machen. Es können Herzrhythmusstörungen, Kreislaufprobleme, Zahnschmelzschäden, Elektrolytentgleisungen (Kalium-/Magnesiummangel) und/oder Nierenschäden auftreten.

Die Regelblutung kann ausbleiben, Schlafstörungen, Haarausfall und/oder Konzentrationsstörungen können auftreten.

Zu den **seelischen Folgen** gehören starkes Ambivalenzverhalten, Wenn-dann-Denken, Schwarz-weiß-Denken, Perfektionismus, Abwertung der eigenen Person und von anderen bis hin zu Selbsthass und Depressionen. Häufig kommt es zu Verleugnung der Essstörung, und die Betroffenen sind bemüht, eine unauffällige Fassade aufrechtzuerhalten. Es kommt zu Schamgefühlen und zu Rückzugsverhalten.

Mehrfachabhängigkeiten von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder Kaufsucht kommen vor, auch selbstverletzendes Verhalten kann zusätzlich auftreten.





Erste Schritte hinaus:

- Regelmäßiges Essen bremst Gier und Essanfälle.
- Lernen von Entspannungstechniken zum Stressabbau.
- Einsicht, dass die Bulimie sich verselbstständigt und professionelle Hilfe nötig ist.
- Aufsuchen einer medizinischen Betreuung und einer Therapie.

HÄTTEN SIE'S GEWUSST ...?

- Oft beginnt Bulimie im jungen Erwachsenenalter.
- In der Regel erleiden die Betroffenen mindestens zweimal pro Woche Heißhungerattacken. Durch das Erbrechen glauben die Betroffenen, die angestrebte Idealfigur erhalten und gleichzeitig dem Essbedürfnis nachkommen zu können.
- Magersüchtige können im Verlauf ihrer Essstörung bulimisch werden. Übergänge sind fließend. So sind z. B. auch Fälle von bulimischer Magersucht bekannt.



→ Marga
oder
Satt sein – was is(s)t das?

Marga ist esssüchtig. Sie war ein pummeliges Kind. Sie wurde mit Essen getröstet, belohnt und verwöhnt. Das ist ihr auch heute noch vertraut. Sie isst aus Wut, Trauer oder Langeweile, ohne hungrig zu sein. Das Gefühl, satt zu sein, ist Marga fremd.

Marga ist dick und hilflos. Doch vor allem die Menschen, die ihr nahestehen, übersehen das. Sie ist die hilfsbereite Kollegin, die geduldige Freundin und die opferbereite Mutter. Allgemein ist sie sehr beliebt. Innerlich kommt sie bis jetzt immer zu kurz. Außer beim Essen, und das hat Folgen.

Besonders abends, wenn sie allein ist, lockt der Kühlschrank. Obwohl sie dann Zeit hat, isst sie hastig und häufig aus dem Papier. Bloß wegschauen! Danach geht es ihr immer öfter schlecht, sie plagt sich mit Vorwürfen. Das schlechte Gewissen klopft an, denn tief im Inneren ist Marga sich ihrer Verantwortung gegenüber sich selbst bewusst. Sie sucht erfolglos eine Antwort auf die Frage, weshalb sie sich immer wieder gehen lässt, auch wenn sie die Folgen kennt. Häufig fühlt sie sich wie fremdgesteuert, das macht ihr Angst.

Nach zahlreichen Diätversuchen hat sie resigniert. Ab und zu hat es funktioniert, wenn sie sich „richtig im Griff“ hatte. Und für wie lange? Monatelange Disziplin für zwei Wochen Traumgewicht? Die Versuche, ihre Figur mit der Kleidung zu kaschieren, hat sie aufgegeben. Sieht sowieso alles zeltartig aus. Und wer sie liebt, soll sie nehmen, wie sie ist. Doch in dieser Hinsicht ist im Moment Fehlanzeige. Eine „gepanzerte“ Frau macht selbst den stärksten Männern Angst, und dann noch dieses verfluchte Schönheitsideal. Marga bewegt sich zwischen Trotz und Traurigkeit, Wut und Hilflosigkeit.

Marga spürt immer stärker den Druck der Notwendigkeit, etwas für sich zu tun. Ihre Ärztin bestätigt ihr, dass sie zu dick ist, und empfiehlt ihr eine Ernährungsberatung. Sie zögert, das kennt sie alles. Sie findet in der Zeitung einen Hinweis auf eine Beratungsstelle für Essstörungen. Wagen wir`s! Was hat sie schon zu verlieren?

Im Beratungsgespräch wird ihr deutlich, wie illusorisch ihre Hoffnung auf eine schnelle und problemlose Lösung war. Doch sie fühlt sich verstanden und beginnt, über einiges nachzudenken.

Die Idee, die Ersatzfunktion des Essens zu erkennen, einen neuen Bezug dazu zu entwickeln und Veränderungen Schritt für Schritt zu riskieren ...

Marga ist voller Zweifel, so wie auch die anderen Frauen und Männer, die sie während ihrer Therapie kennenlernt. Erst nach einigen Wochen kann sie geduldiger mit sich sein und ihren bisherigen Leitspruch „Lieber das vertraute Elend als das fremde Glück“ immer öfter loslassen.

In der Beratungseinrichtung kann Marga zudem die neuesten Informationen zur Behandlung der Binge-Eating-Störung bekommen. Und sie findet dort auch Hinweise, welche Sportmöglichkeiten es für sie gibt. Bewegung – Psyche – Ernährung, um diese drei Bereiche wird Marga sich jetzt kümmern. Sie wird sich dafür Zeit nehmen, denn eine Umstellung ihres Lebensstils ist ein Prozess, der spannend und anstrengend ist.



Typisch für Binge Eating Disorder (BED):

- Häufige Heißhungeranfälle, dabei werden große Mengen von Lebensmitteln verzehrt.
- Gestörtes Essverhalten zwischen den Essanfällen (abwechselnd restriktives und unkontrolliertes Essen).
- Fehlende Regelmäßigkeit bei der Ernährung.
- Häufiges Diäthalten und Abbruch von Diäten.
- Störung der Hunger- und Sättigungswahrnehmung.
- Geringe körperliche Bewegung und Aktivität.
- Bevorzugen bewegungsarmer Freizeitbeschäftigungen wie Fernsehen und Computerspielen.
- Herunterschlucken von Gefühlen (Ärger, Wut, Traurigkeit, Freude).

„Binge“ bedeutet „schlingen“. Der Unterschied zur Ess-Brech-Sucht liegt im Wesentlichen darin, dass keine Gegenmaßnahmen nach einem Essanfall ergriffen werden, das heißt es erfolgt kein kompensatorisches Verhalten wie z. B. extremer Sport, Hungern oder Erbrechen.

Die Binge-Eating-Störung ist eine Essstörung, die meist mit Übergewicht oder Adipositas verbunden ist. Das bedeutet aber nicht, dass Übergewichtige automatisch an einer Binge-Eating-Störung leiden. Ebenso kann das Krankheitsbild der Binge-Eating-Störung auch bei Normalgewichtigen auftreten.

Mögliche Hinweise:

- Wiederkehrende Episoden von Heißhungeranfällen (mindestens zwei pro Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten). Diese Anfälle werden als zwanghaft und hemmungslos erlebt. Bei einem Essanfall verschlingen Betroffene eine enorm große Nahrungsmenge in relativ kurzer Zeit. Danach plagen Schuldgefühle, Depressionen und Selbstvorwürfe das bereits angekratzte Selbstbewusstsein.
- Die Episoden der Essanfälle treten mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - übermäßig schnelles Essen, Schlingen,
 - Essen bis zu einem belastenden Völlegefühl,
 - Essen von großen Nahrungsmengen ohne körperliches Hungergefühl,
 - allein essen aus Scham,
 - Ekel, depressive Verstimmungen und Schuldgefühle nach dem Essen,
 - die bei den Essanfällen aufgenommene Nahrung wird im Körper behalten, Aktivitäten, um die Kalorienzufuhr auszuschneiden oder abzutrainieren, bleiben aus.

Die **körperlichen Folgeschäden** bei starkem Übergewicht (BMI über 30) sind z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt), Gelenkleiden, Wirbelsäulenschäden, Diabetes mellitus.



Erste Schritte hinaus:

- Langsam und genussvoll essen und gut kauen.
- Regelmäßig essen.
- Beim Essen nicht fernsehen oder lesen! Alle Sinne sollten beim Essen auf die Nahrungsaufnahme gerichtet sein.
- Körpersignale wahrnehmen. Auf Durst oder Müdigkeit angemessen mit Trinken oder Schlaf reagieren – nicht mit Essen.
- Regelmäßige Bewegung, beispielsweise Treppensteigen, Spaziergehen oder Ähnliches.
- Streitgespräche bei Tisch vermeiden.
- Professionelle Hilfe aufsuchen: medizinische Betreuung, Therapie, Selbsthilfegruppe.

Seelische Folgen sind z.B. Resignation, Flucht in Tagträume, Antriebslosigkeit, Depressionen, Hass auf den eigenen Körper, Vermeiden von Spiegeln, Probleme, eigene Grenzen zu spüren.

Zusätzlich kann es zu Alkoholmissbrauch, Angstzuständen, Selbsthass, zwanghaftem Putzen und Waschen kommen.

HÄTTEN SIE'S GEWUSST ...?

- Fast die Hälfte der Betroffenen hat Diäterfahrung.
- Gut zwei Drittel aller Patientinnen mit Binge-Eating-Störung können ihre Essstörung durch die Behandlung überwinden.

→ Essanfälle

Essanfälle treten bei allen Formen der Essstörung auf und sind durch Kontrollverlust gekennzeichnet.

„Ich esse immer weiter, auch wenn ich schon satt bin! Auch wenn ich mir fest vorgenommen habe, rechtzeitig aufzuhören, esse ich immer weiter!“

Leidet ein Mensch unter Essanfällen, führt dies häufig zu Selbstvorwürfen, Schamgefühlen und Depressionen.

Essanfälle kosten Zeit und Geld. Mehrere Essanfälle am Tag können zur sozialen Isolation führen. Betroffene schämen sich für die Essanfälle und verbergen diese unter allen Umständen vor ihren Mitmenschen. Da die für Essanfälle benötigten Lebensmittel teuer sind, kann es auch zu Verschuldungen kommen.

Betroffene, die unter der **Binge-Eating-Störung** leiden, haben Essanfälle. Die Nahrungsmittel bleiben jedoch, im Unterschied zur Ess-Brech-Sucht, dem Körper erhalten. Viele berichten auch, ständig zu essen, sodass ein Anfall sich über den ganzen Tag hinziehen kann. Eine Untergruppe sind die „Nachtesser“ (Night Eating Syndrome). Bei den „Nachtessern“ finden die Essanfälle entweder vor dem Schlafengehen statt oder in der Nacht, als Schlafunterbrechung.

Essanfälle gehören ebenfalls zum Krankheitsbild der **Ess-Brech-Sucht**. Die Menge der bei einem Essanfall aufgenommenen Nahrungsmittel ist enorm groß.

Die Nahrungsmittel sind meist leicht verzehrbar und haben viele Kalorien. Die Essanfälle werden häufig geplant und können sich über mehrere Stunden hinziehen. Dabei ist es den Betroffenen äußerst wichtig, heimlich zu essen. Sie schämen sich für ihr Verhalten und haben Angst davor, entdeckt zu werden.

Magersüchtige berichten manchmal auch von Essanfällen. Jedoch ist für sie ein Essanfall anders definiert. All das, was Magersüchtige „außerplanmäßig“ und nach dem eigenen Verständnis „verbotenermaßen“ gegessen haben, wird als Essanfall bezeichnet. Das kann z. B. ein Apfel sein! Der Kontrollverlust ist hier mit großen Selbstvorwürfen verbunden, sodass es manchmal zu Gegenmaßnahmen wie Erbrechen, exzessivem Sport oder Abführmittelmissbrauch kommt.

→ Mischformen von Essstörungen

Die klassischen Formen von Essstörungen wie Magersucht und Bulimie treten auch als Mischformen auf. Häufig gibt es fließende Übergänge gestörten Essverhaltens: Phasen des extremen Hungerns, durchbrochen von Essanfällen (eine Anorexie mit Essdurchbrüchen) oder strikte Hungerphasen nach einigen Tagen vieler Essanfälle (Bulimie mit anorektischen Anteilen). Auch aus der Norm fallende Essstörungen wie das Kauen und wieder Ausspucken von Nahrungsmitteln gehört zu den Varianten gestörten Essverhaltens.



→ Ess O Ess – Hilfsangebote

Es gilt für uns alle: Eine ausgewogene, lustvolle Ernährung, ausreichend Bewegung und eine stabile Psyche sind der Schlüssel zur Gesundheit.

Voraussetzung für jeden ist: mit dem eigenen Körper in Kontakt zu stehen. Nur dann ist es uns möglich, seine an uns gerichteten Signale als solche zu erkennen. Indem wir „uns selbst“ zuhören, gelingt es uns, die gesetzten Zeichen auch richtig zu deuten. Sind wir in Kontakt mit unserem Körper, spüren wir uns, finden unser Maß und wissen ganz genau, was uns wirklich gut tut und wer oder was uns schadet.

Für Menschen mit einer Essstörung ist es ein weiter Weg zu lernen, sich selbst wieder liebevoll anzunehmen und die Verantwortung für sich zu übernehmen. Dies gilt insbesondere für die Befriedigung eigener Bedürfnisse.

Für sich selbst gut zu sorgen, ist manchmal schwierig und doch bedeutet es einen Schritt aus der Krankheit hinaus, der Unterstützung durch Fachleute und Angehörige bedarf.

1. Der erste Schritt aus einer Essstörung besteht darin, sich einzugestehen, eine Essstörung zu haben. Die Entscheidung, der Realität ins Auge zu blicken, bedeutet einen Wendepunkt im Leben und ist die Grundlage für eine Veränderung.
2. Selten gelingt es, alleine die Krankheit zu besiegen. Es gibt andere Menschen, die helfen. Sich einer Person – dem Partner oder der Partnerin, einer guten Freundin oder einem guten Freund, einem Familienmitglied – anzuvertrauen, ist ein weiterer Schritt einzugestehen, dass man Hilfe braucht.
3. In einer Beratungsstelle für Essstörungen erhalten Betroffene professionelle Unterstützung und Hilfestellung. Es gibt viele unterschiedliche Arten von Behandlungen: Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Familientherapie, ambulante oder stationäre Maßnahmen usw. Die Beratungsstelle hilft herauszufinden, welche für jeden einzelnen Menschen die richtige Maßnahme ist. Gegebenenfalls findet eine Vermittlung an Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Psychiater/Psychiaterinnen oder spezifische Kliniken statt.
4. Der Arzt oder die Ärztin übernimmt die medizinische Behandlung. Eine Behandlung der körperlichen Folgen der Essstörung ist wichtig. Die medizinische Betreuung ist ergänzend zu einer Psychotherapie zu sehen.
5. Nach einer medizinischen und therapeutischen Behandlung sollte eine Nachsorgemaßnahme folgen. Ziel ist es, den Therapieerfolg aufrecht zu erhalten und einen Rückfall zu vermeiden. Nachsorgemaßnahmen werden von Kliniken, Beratungsstellen, Spezialambulanzen oder Selbsthilfegruppen mit medizinischer/therapeutischer Supervision angeboten.

Der erste Kontakt kann auch durch eine E-Mail oder Telefonberatung hergestellt werden.



Die Angst vor einer Therapie beruht häufig auf der Vorstellung, fremdbestimmt dicker oder dünner gemacht zu werden. Zur Heilung gehört auch die Akzeptanz eines veränderten und angepassten, altersmäßig akzeptablen Körpergewichts und der damit verbundenen Nahrungsaufnahme. Die Therapie bietet Betroffenen einen sicheren Rahmen. Dort können Menschen mit einer Essstörung lernen, ihr Selbstvertrauen zu stärken, ihre Fähigkeiten zu erkennen und zu entwickeln. Durch eine Therapie kann die Funktion, welche die Essstörung im Leben übernommen hat, erkannt und Alternativen entwickelt werden. Selbstvertrauen und Selbstverantwortung sind zentrale Schritte zum Erwachsenwerden, zur Individualität und zu wahrer Selbstständigkeit.

Zu guter Letzt:

Menschen mit Essstörungen brauchen medizinische, therapeutische und psychosoziale Behandlung. Eine zusätzliche Betreuung der Angehörigen z. B. der Eltern und Geschwister, ist ratsam. Therapeutische Hilfe bedarf der Freiwilligkeit der Betroffenen. Mit Krankheitseinsicht und dem eigenen Wunsch, etwas zu verändern, ist die Therapie erfolgversprechend.

ACHTUNG: Magersucht stellt eine Lebensgefahr dar. Laut Bundesgesetzbuch (BGB) nach §1631b „Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung“ kann von den Sorgeberechtigten ein Antrag auf stationäre Aufnahme des Kindes beim Familiengericht gestellt werden.



Beratungseinrichtungen, die über Hilfsangebote in Ihrer Nähe Auskunft geben finden Sie unter:

www.bzga-essstoerungen.de oder

www.bzga.de

Das Infotelefon

Das Infotelefon der BZgA ist Montag bis Donnerstag zwischen 10:00 und 22:00 Uhr und Freitag bis Sonntag zwischen 10:00 und 18:00 Uhr unter der Nummer **02 21/89 20 31** erreichbar.

Hier informieren Sie Fachleute zu den unterschiedlichen Formen von Essstörungen. Betroffene, Angehörige oder Interessierte erhalten dort individuelle Informationen. Die Telefonberatung bietet unter anderem Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Maßnahme zur Vorbeugung oder Behandlung einer Essstörung an.

Ergänzende Materialien der BZgA:

- Essstörungen – Informationen für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte
Bestell-Nr.: 35231400
- Essstörungen – Suchtmedizinische Reihe Band 3 – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte Bestell-Nr.: 33221203

Medien zu bestellen unter: order@bzga.de oder www.bzga.de

Ergänzende Materialien des BMG:

- Was tun bei Verdacht auf Essstörungen? Informationen für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen Bestell-Nr.: BMG-V-10024
- Essstörungen – Was kann ich tun? Informationen für Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte Bestell-Nr.: BMG-V-10026
- Essstörungen kompetent und multiprofessionell behandeln – Informationsflyer für Ärztinnen und Ärzte Artikel-Nr.: BMG-V-10020 Nur als Download verfügbar

Medien zu bestellen unter:

publikationen@bundesregierung.de oder www.bundesgesundheitsministerium.de

Leben hat Gewicht.
Gemeinsam gegen den Schlankeitswahn

Die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ verfolgt das Ziel, jungen Menschen ein positives Körperbild zu

vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken.

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerungen/leben-hat-gewicht.html.

Impressum

Herausgeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Maarweg 149–161, 50825 Köln

Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss
Alle Rechte vorbehalten.

Text: Sylvia Baeck Dick & Dünn
Berlin, Susanne Sidi-Jacoub
Impulswerkstatt Löffingen

Illustration: Simon Eule

Bilder: tabato images, getty images

Gestaltung:

LEADCOMMUNICATIONS, Köln

Druck: Kunst- und Werbedruck,
Bad Oeynhausen

Stand: 05/2016

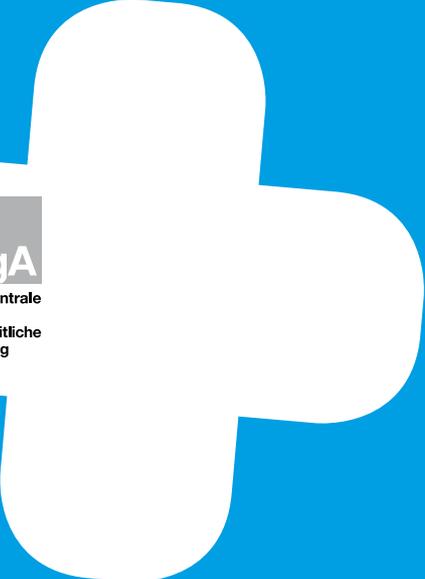
Ausgabe: 5.80.11.18

**Beratungsstellen bei Essstörungen
finden Sie im Internet unter
www.bzga-essstoerungen.de**

Bestelladresse: order@bzga.de

**Diese Broschüre wird von der
BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist
nicht zum Weiterverkauf durch die
Empfängerin, den Empfänger oder
Dritte bestimmt.**

Bestell-Nr.: 35231002



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Leben hat Gewicht.

Gemeinsam gegen den Schlankeitswahn