

# Essstörungen

Leitfaden für Eltern, Angehörige,  
Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen



# Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen

Herausgeber:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

# Vorwort



**Prof. Dr. Elisabeth Pott**  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

Der Qualifizierung von Mittlerkräften kommt eine zentrale Bedeutung in der Prävention von Gesundheitsstörungen zu.

Deshalb erarbeitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - neben Materialien für Endverbraucher - vermehrt Maßnahmen und Materialien um jene Personen zu unterstützen, die in der Förderung und Stabilisierung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen eine wichtige Aufgabe wahrnehmen.

Manchmal kann diese Hilfe erst einsetzen, wenn es schon zu Auffälligkeiten, d.h. gesundheitsriskanten Verhaltensweisen gekommen ist. Besonders dann ist die wirksame Unterstützung des Betroffenen durch sein Umfeld (Eltern, Geschwister, Freunde, Kollegen und Kolleginnen, aber auch Lehrer und Beratungsfachkräfte) von entscheidender Bedeutung, um gesundheitsriskantes Verhalten einzudämmen und nicht manifest werden zu lassen.

In der Prävention von Essstörungen hat sich gezeigt, dass gerade im Vorfeld und in der Anfangsphase dieser Störungen die Aufmerksamkeit und die richtige Unterstützung durch das soziale Umfeld entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung einer Störung nehmen.

Immer wieder erleben wir aber die Hilflosigkeit derer, die helfen wollen und könnten, weil sie mit der/dem Betroffenen in Kontakt stehen und eine Bindung zu ihr/ihm besteht.

## **Das Angebot der BZgA zum Thema »Essstörungen« besteht aus folgenden Materialien:**

- ✦ Essstörungen - was ist das?  
Hintergrundinformation zu Magersucht, Bulimie, Binge Eating Disorder und Latenter Esssucht
- ✦ Essstörungen und Übergewicht - so findest Du Hilfe  
Informationen für Jugendliche, die die richtige Hilfe für sich suchen
- ✦ Essstörungen  
Arbeit mit Selbsthilfegruppen. Ein Praxishandbuch für Gruppenmoderatorinnen
- ✦ Essstörungen  
Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen

**Beratungsstellen bei Essstörungen und  
Literaturhinweise finden Sie im Internet unter:  
[www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)**

# Inhaltsangabe

<b>1.0 Entstehungsgeschichte, Symptomatik und Folgeschäden</b>	<b>8</b>
1.1 Einführung: Essstörungen	10
1.2 Formen der Essstörungen	14
<b>2.0 Binge-Eating-Störung - meist mit Übergewicht verbundene psychogene Essstörung</b>	<b>20</b>
2.1 Ein Fallbeispiel	22
2.2 Typische Muster und Abläufe	24
2.3 Hinweise auf Ursachen und Auslöser	26
2.4 Was sollten Sie tun, was vermeiden?	27
2.5 Resümee	40
<b>3.0 Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa)</b>	<b>42</b>
3.1 Ein Fallbeispiel	44
3.2 Typische Muster und Abläufe	49
3.3 Hinweise auf Ursachen und Auslöser	52
3.4 Was sollten Sie tun, was vermeiden?	53
3.5 Resümee	64
<b>4.0 Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa)</b>	<b>66</b>
4.1 Ein Fallbeispiel	68
4.2 Typische Muster und Abläufe	71
4.3 Hinweise auf Ursachen und Auslöser	73
4.4 Was sollten Sie tun, was vermeiden?	75
4.5 Resümee	82
<b>5.0 Hilfe bei Essstörungen</b>	<b>84</b>
5.1 Einstieg in die therapeutische Arbeit	86
5.2 Beratung und Behandlung	88
5.3 Ambulante Beratung	89
5.4 Ambulante Behandlung	90
5.5 Stationäre Behandlung	92
5.6 Psychotherapie	94
5.7 Selbsthilfe	96

<b>6.0 Das sollten Sie noch wissen...</b>	<b>98</b>
6.1 Sexueller Missbrauch	100
6.2 Suizidgedanken und Selbstverletzungen	102
6.3 Essanfälle als Begleiterscheinung von Essstörungen	104
<b>Anhang</b>	<b>106</b>
<b>Impressum</b>	<b>108</b>



1.

# Entstehungsgeschichte, Symptomatik und Folgeschäden

## 1.1

# Einführung: Essstörungen

**Unter dem Begriff »Essstörungen« versteht man im Wesentlichen drei Krankheitsbilder:**

- ✦ Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa)
- ✦ Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa)
- ✦ Binge-Eating-Störung - meist mit Übergewicht verbundene psychogene Essstörung

Die Magersucht ist die am längsten bekannte Essstörung. Anorexia nervosa heißt Appetitlosigkeit. Bulimie ist seit 1980 als Krankheitsbegriff in den Handbüchern für Diagnosekriterien bekannt, die Übersetzung dafür ist Stierhunger. Binge-Eating dagegen ist die Essstörung, die noch auf die offizielle Aufnahme in die Diagnosekriterien wartet, inzwischen jedoch intensiv beforscht wird. To binge bedeutet in etwa, etwas in sich hineinkippen. Etwa 2 % der Übergewichtigen leiden unter einer BED (Binge-Eating-Disorder).

Alle Essstörungen können ineinander übergehen oder sich abwechseln. Einige Mischformen sind die Anorexie mit Essdurchbrüchen oder die Bulimie mit anorektischen Zügen. Zudem unterscheiden wir bei der Magersucht den Purging Typus (verbunden mit Essanfällen und folgendem Ungeschehenmachen) und den restriktiven Typus (keine Essanfälle, Appetitzügler, Abführmittel etc.).

Obwohl sich Betroffene der drei Krankheitsbilder u.a. in ihrem Erscheinungsbild beträchtlich unterscheiden, ist doch allen Essgestörten gemeinsam, dass das lebensnotwendige »Essen« ein erhebliches psychosomatisches Problem, oft mit körperlichen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen geworden ist. Die Ernährung dominiert das Leben der Betroffenen, nicht nur ihren Tagesablauf und ihre sozialen Beziehungen, sondern auch langfristig viele berufliche und private Entscheidungen.

Die Diskriminierung und Stigmatisierung von Übergewichtigen haben in den vergangenen Jahren im Zusammenhang mit immer schlankeren Schönheitsidealen enorm zugenommen. Der Druck ist für sensible und wenig selbstbewusste Mädchen kaum auszuhalten. Diäten oder restrikt-

tives Essverhalten scheinen dann ein Ausweg zu sein. Falls dies nicht funktioniert, sind bulimische Verhaltensweisen, d.h. Essanfälle, die anschließend durch Erbrechen, exzessiven Sport oder Abführmittel wieder ungeschehen gemacht werden sollen, eine scheinbar wirkungsvolle »Lösung«.

Die Medien sind voll von Diätangeboten und entsprechenden Erfolgsversprechungen. Wer die nötige Disziplin nicht aufbringt, ist selbst schuld und gilt als willenlos und unbeherrscht. Diätverhalten wird in der Regel von der Umwelt gelobt und gestärkt. Die Familie freut sich über das neue Gesundheitsbewusstsein der Tochter oder des Sohns und kauft fleißig Diätprodukte, der Ehemann ist stolz auf seine figurbewusste Frau und isst die kalorienreduzierte Kost solidarisch mit, die Kollegen machen neidvolle Bemerkungen.

Einige Menschen können durch eine anfänglich sogar sinnvoll erscheinende Ernährungsumstellung bzw. Nahrungsreduktionen in einen Teufelskreis von Hungern, Essanfällen und Erbrechen gelangen. Crashkuren, verbissenes Hungern oder das totale Vermeiden von Fett oder Zucker führen in der Regel zu Heißhungerattacken und Kontrollverlust.

Einige realisieren die totale Kontrolle über ihr Essverhalten so »gut«, dass sie »magersüchtig« werden. Sie reduzieren ihre Nahrungsaufnahme auf ein Minimum, nehmen sehr schnell ab, fühlen sich autonom und unabhängig, sind jedoch nicht in der Lage, nach Erreichen des »Traumgewichts« mit dem Hungern aufzuhören. Sie spüren ihren Körper kaum noch und finden sich selbst bei starkem Untergewicht zu dick. Es kann zwar geschehen, dass sie ab und zu die Kontrolle verlieren und anfallsartig essen, dies wird jedoch sofort mit noch strikterem Hungern oder mit Erbrechen beantwortet. Besorgte Äußerungen von Verwandten oder Freunden hören sie nicht, oder sie reagieren aggressiv.

Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und den Körperformen, dem so genannten Körperschema, ist besonders bei weiblichen Jugendlichen stark verbreitet. Auch männliche Jugendliche sind - mit steigender Tendenz - unzufrieden mit ihrem Körper. Sie streben nach Muskeln und Fitness. Die Unzufriedenheit führt sowohl zu dem Grundgefühl: »So wie

## 1.1

ich bin, bin ich nicht richtig« als auch zu unterschiedlichen Versuchen, den Körper in die »richtige« Form zu bringen, was immer es auch kosten möge. Unterstützung finden sie in den Medien, die dabei den schnellen und leichten Erfolg versprechen. Körperbewusste Mütter und dem gängigen Schönheitsideal erlegene Väter und Partner tun das ihrige dazu. Ständige Diäten und gezügeltes Essen können jedoch häufig der Einstieg in eine Essstörung sein.

Insbesondere bei Jugendlichen geht der Trend dahin, selbst bei einem normalen Ausgangsgewicht eine Gewichtsabnahme anzustreben. Das angestrebte Idealgewicht ist dann meist ein Untergewicht. Hier verständnisvoll mit Diättempfehlungen zu reagieren, wäre fatal. Stattdessen müssen verständnisvoll der Abnahmewunsch und die Hintergründe für die Unzufriedenheit mit sich selbst problematisiert werden.

## Hinweise auf eine Essstörung

Die übertriebene Beschäftigung mit Nahrung und ständige Gedanken um das Essen bzw. Nichtessen sind ein erster Hinweis auf eine beginnende Störung. Hinzukommen tägliches Wiegen, Nörgeleien über das Körpergewicht, über bestimmte Körperpartien.

Der Umstieg auf eine anscheinend gesunde, oft auch fleischlose Nahrung kann ein weiteres Signal sein, mit Sicherheit dann, wenn von den gesunden Nahrungsmitteln immer weniger gegessen wird.

Wenn Nahrung oder der Verzicht auf Nahrung dazu benutzt wird, Gefühle zu unterdrücken oder Konflikte zu vermeiden, sind das weitere eindeutige Hinweise. Essstörungen sind auch eine Antwort auf Überforderung, innere Leere oder die Angst vor Nähe - bei gleichzeitigem Wunsch danach -, eine Antwort auf Ärger oder manchmal sogar Freude.



## 1.2

# Formen der Essstörungen

## **Binge-Eating-Störung eine psychogene Essstörung meist verbunden mit Übergewicht**

Vorab einige Bemerkungen zu den verschiedenen Begriffen wie Übergewicht, Adipositas, Fettsucht. Die Begriffe Adipositas und Übergewicht werden häufig synonym verwandt, bezeichnen jedoch nicht dasselbe. Adipositas liegt nur bei einem beträchtlichen Übergewicht vor, und zwar bei einem sogenannten Body Mass Index (BMI) über 30 und höher. Dieser BMI errechnet sich nach folgender Formel: Körpergewicht gemessen in Kilogramm geteilt durch Körperlänge gemessen in Meter zum Quadrat. Ein Beispiel: Jemand der 1,70 m groß und 61 kg schwer ist, hat einen BMI von  $61 : 1,7 \times 1,7 = 21,1$ .

Bei mäßigem Übergewicht (einem BMI von über 27) besteht häufig weder eine Einschränkung der Lebensqualität noch - solange keine zusätzlichen Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes - ein erhöhtes Krankheits- oder Sterberisiko. Der Wunsch nach Gewichtsreduktion entsteht meist aufgrund des gesellschaftlich bevorzugten Schlankheitsideals. Bei Menschen mit Adipositas sollten jedoch regelmäßig Risikofaktoren überprüft werden. Zudem ist ihre körperliche Belastbarkeit in der Regel reduziert. Sie sind in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt, leiden demzufolge häufig an Bewegungsmangel, der das Symptom in einem Teufelskreis verstärkt.

Übergewicht bei Kindern kann zu einer Adipositas im Erwachsenenalter führen. Man geht von etwa 33% der Fälle aus. Besonders gefährdet sind Kinder, deren Eltern übergewichtig sind, wobei genetische Faktoren und in der Familie erlernte Verhaltensweisen, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten eine große Rolle spielen. Ob ein Kind oder Jugendlicher übergewichtig ist, sollte ein Arzt feststellen. Die für Erwachsenen BMI-Formel ist erst ab einem Alter von ca. 17/18 Jahren anzuwenden oder es ist eine zweite Percentilen-Tabelle zusätzlich zu benutzen.

Unter Kindern und Jugendlichen ist Übergewicht weit verbreitet. Die psychogene Form der des Übergewichts, die Binge-Eating-Störung, ist hier sehr selten klar zu diagnostizieren. Es ist jedoch auch schon bei

Kindern und Jugendlichen der ein oder andere Hinweis auf psychische Hintergründe für das ständige Zuvielessen zu finden. Bei genauem Nachfragen berichten Eltern und auch oft die Kinder selbst, dass sie Spannungen über das Essen regeln, sich lahmlegen mit dem Essen, Wut, Ärger und Langeweile damit zudecken. Auch schlingendes Essen, heimliches Essen, ein schlechtes Gewissen nach dem Essen ist übergewichtigen Kindern nicht fremd. In Zusammenarbeit mit Kindern und Eltern gilt es Strategien und Möglichkeiten zu erarbeiten, die den Kindern ein entspannteres und auch bewußteres Verhältnis zum Essen ermöglichen und die kompensatorischen Faktoren verringern. Familien müssen dabei unterstützt werden, besser zu kommunizieren und Konfliktlösungsmuster zu finden. Zudem ist es wichtig, Kinder zur Bewegung zu ermutigen, damit sie ihren Körper erleben und ihre körperlichen Fähigkeiten verbessern können. Ein wesentlicher Aspekt ist auch ein hoher Fernseh- und Computerkonsum. Essen und fernsehen sollten sich ausschließen. Diese Veränderungen können Familien nur gemeinsam angehen.

**Die Diagnosekriterien für eine Binge-Eating-Störung sind:**

- Wiederkehrende Episoden von Heißhungeranfällen (mindestens zwei pro Woche) über sechs Monate.
- Diese Anfälle werden als zwanghaft und unkontrolliert erlebt. Es wird dabei eine definitiv größere Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum aufgenommen, als vergleichbare Menschen in ähnlicher Zeit und unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen.
- Danach Unbehagen, Schuldgefühle, Depressionen, Selbstvorwürfe.
- Die Episoden der Essanfälle treten mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
  - übermäßig schnelles Essen/Schlingen
  - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
  - essen von großen Nahrungsmengen ohne körperliches Hungergefühl
  - allein essen aus Scham
  - Ekel, depressive Verstimmungen und Schuldgefühle nach dem Essen
  - die Essanfälle werden nicht ungeschehen gemacht.

## 1.2

Die körperlichen Folgeschäden können u.a. Diabetes (auch bei Kindern), Bluthochdruck, Gelenkleiden sein. Die seelischen Folgen, die häufig auch durch diskriminierendes Verhalten im Umfeld der Betroffenen entstehen, sind meist sehr heftig und von langer Dauer. Depressionen, Resignation, Flucht in Tagträume, Antriebslosigkeit, Hass auf den eigenen Körper, Vermeiden von Spiegeln, Probleme, eigene Grenzen zu spüren, sind hier besonders zu erwähnen.

### **Magersucht oder Anorexia nervosa**

Magersüchtige sind auffallend dünn. Sie stehen nicht mehr in Kontakt zu ihrem Körper, wichtig ist ihr Kopf, der kontrolliert und steuert. Der Körper ist ihr Feind, der gierig und bedürftig ist und bekämpft werden muss. Die Kontrolle gibt ihnen das Gefühl, autonom und unabhängig zu sein. Betroffene kochen gern und viel für andere, essen selbst davon jedoch nichts oder täuschen das Essen vor. Magersüchtige kommen meist - von außen gesehen - aus sehr harmonisch erscheinenden Familien und hatten in dieser überbehüteten Atmosphäre keine Chance, sich selbst auszuprobieren und eine eigene Identität zu entwickeln. Im Verlauf der Erkrankung kapseln sich Betroffene immer stärker ab.

Niemand ist ihnen gut genug. Schwarzweißdenken und depressive Verstimmungen machen den Umgang mit ihnen schwer. Dringender Handlungsbedarf für Angehörige und Freunde besteht, wenn Betroffene apathisch reagieren, nur noch mit leiser Stimme sprechen, kraftlos sind und bei dem kleinsten Konflikt mit Weinen reagieren. Dies sind Alarmsignale, die als ersten Schritt einen Arztbesuch nötig machen. Doch: Auffallend schlanke Menschen sind nicht automatisch magersüchtig!

**Die Diagnosekriterien für Magersucht sind:**

- ✦ Gewichtsverlust von 20% vom Ausgangsgewicht innerhalb kurzer Zeit (ca. 3-4 Monate), z.B. 12 kg bei ursprünglichen 60 kg, bei einer Größe von 1,70 m
- ✦ Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt, z. B. durch:
  - streng kontrollierte und eingeschränkte Nahrungsaufnahme,
  - Vermeidung hochkalorischer Speisen,
  - übertriebene körperliche Aktivität,
  - selbst induziertes Erbrechen oder Abführen (anfallsartig),
- ✦ ständiges übertriebenes gedankliches Kreisen um Nahrung und Figur,
- ✦ Perfektionismus,
- ✦ Hyperaktivität,
- ✦ Körperschemastörungen, d.h. auch bei einem vorhandenen Untergewicht bezeichnen sich Betroffene als »fett«,
- ✦ extreme Angst vor Gewichtszunahme,
- ✦ fehlende Krankheitseinsicht.

Seelische Folgen der Magersucht können Selbsthass, Geiz, zwanghafte Verhaltensweisen, sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen, Ablehnung jeglicher lustbetonter Betätigung, starkes Kontrollbedürfnis und Perfektionismus sein. Die körperlichen Folgeschädigungen sind Absinken des Stoffwechsels, des Pulses, des Blutdrucks und der Körpertemperatur, was zu Müdigkeit, Frieren und Verstopfung führt. Trockene Haut, 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 Krankheitsdauer von mehreren Jahren kommt es als Folge der hormonellen Veränderungen auch zu Osteoporose. Das Ausbleiben der Menstruation tritt nicht bei einer Hormonbehandlung zur Schwangerschaftsverhütung (Einnahme der Pille) ein. Dies ist dann jedoch kein Beweis dafür, dass keine Magersucht vorliegt.

## 1.2

### **Ess-Brech-Sucht oder Bulimie**

Vom äußeren Erscheinungsbild her sind bulimische Menschen unauffällig, meist schlank. Auch ihr Essverhalten in der Öffentlichkeit ist eher kontrolliert. Nach außen hin funktioniert alles perfekt. Bulimie ist eine schambesetzte und heimliche Essstörung. Die Betroffenen ekeln sich vor sich selbst, haben das Gefühl abnorm zu sein. Sie tun alles, um ihre Essanfälle und das danach Folgende ungeschehen zu machen (Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch), die Kalorienzufuhr zu verheimlichen. Oft entscheiden sie sich für extreme sportliche Betätigungen, die zwar viele verwundern, jedoch nicht misstrauisch machen. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es vermehrt zur sozialen Isolation und depressiven Verstimmungen. Um ihren Heißhungerattacken nachgeben zu können, vernachlässigen Betroffene häufig jegliche Interessen und den Kontakt zu anderen Menschen.

#### **Die Diagnosekriterien für Bulimia nervosa sind:**

- ✦ mindestens 2 Essattacken pro Woche über 3 Monate, Aufnahme großer Mengen meist leicht verzehrbare und kalorienreicher Nahrungsmittel,
- ✦ das Gefühl, das Essverhalten während der Anfälle nicht unter Kontrolle halten zu können,
- ✦ im Anschluss Ungeschehen-Machen der Kalorienzufuhr durch selbstinduziertes Erbrechen, Medikamentenmissbrauch (Abführmittel und/oder Entwässerungstabletten) und/oder Diät-/Fastenphasen und/oder übermäßige körperliche Betätigung,
- ✦ andauernde übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht,
- ✦ krankhafte Furcht davor, dick zu werden, scharf definierte sehr niedrige persönliche Gewichtsgrenze.

In der Vorgeschichte von Betroffenen finden sich häufig magersüchtige Phasen. Auch im Verlauf der Bulimie kann es wieder zu Magersucht kommen. Essstörungen können sich immer wieder verlagern. Besonders Magersucht und Ess-Brech-Sucht haben fließende Grenzen.

Zu den seelischen Folgeschäden gehören starkes Ambivalenzverhalten, Schwarz-Weiß-Denken, Perfektionismus, Abwertung von sich selbst und anderen bis hin zum Selbsthass, Depressionen, Verleugnung und Fassadenverhalten, Schamgefühle und Rückzugsverhalten.

**Die körperlichen Folgeschäden der Bulimie sind:**

Schwellung der Speicheldrüsen, Zahnschmelzschäden, Speiseröhreneinrisse, Magenwandperforationen sowie Elektrolytenentgleisungen, die zu Nierenschäden und Herzrhythmusstörungen führen. Die Regelblutung kann ausbleiben. Hinzukommen häufig finanzielle Schwierigkeiten, bedingt durch den großen Nahrungsmittelkonsum und Ausgaben für Abführmittel.



2.

# Binge-Eating-Störung

## 2.1

### Ein Fallbeispiel

Jens ist 35 Jahre und übergewichtig. Seit er denken kann, ist er »der Dicke«. Er lebt allein in seiner kleinen Wohnung, seine Bürotätigkeit macht ihm nicht viel Freude, er erledigt sie aber gewissenhaft. Die Kollegen mögen ihn ganz gern, private Kontakte hat er jedoch zu keinem. Er ist froh, wenn er abends vor dem Fernseher seinen Feierabend genießen kann. Ab und zu telefoniert er mit seiner Mutter. Sie kommt regelmäßig, um ihm die Wohnung in Ordnung zu halten. Sonntags geht er zu ihr zum Mittagessen. Ansonsten bieten die Wochenenden nicht viel Abwechslung. Er pendelt zwischen Fernseher und Kühlschrank.

Eigentlich wollte er gern eine kleine Familie haben. Seinen Vater verlor er im Alter von sieben Jahren. Für die Mutter war er von da an Partnerersatz und Trost, kaum noch Kind. Sie überschüttete ihn mit Fürsorge und ihren Ängsten, erwartete auf der anderen Seite aber auch, dass er sich wie ein kleiner Mann verhielt. Er sollte sie ins Theater begleiten, mit ihr verreisen und sich einfach für sie zuständig fühlen. Dabei blieb ihm nicht viel Zeit für sich selbst und andere. Auch in der Pubertät, als Freunde ihn überreden wollten, eine gemeinsame Skireise zu unternehmen, wagte er nicht, sich unloyal und undankbar zu verhalten. Mit solchen Vorwürfen reagierte jedenfalls seine Mutter auf seinen Wunsch. Außerdem sei das viel zu gefährlich bei seiner Unsportlichkeit, so ihr Argument.

Er lernte weder seinen Körper noch seine Gefühle zu erproben. Als Kind konnte er von seinen Pfunden noch profitieren, bei Streitigkeiten schmiss er sich einfach dazwischen und machte so einen mächtigen Eindruck und verschaffte sich Respekt. In der Pubertät wurde es dann schwierig. Kein Mädchen himmelt ihn an, als guter Kumpel war er ok, aber als Sexualpartner schien er nicht attraktiv. Und das ist bis heute geblieben. Inzwischen hasst er seinen Körper. Die Spiegel in seiner Wohnung hängen so hoch, dass er nur noch seinen Kopf sieht. Er vermeidet Bewegung, wo er kann. Es ist ihm peinlich, wenn er ins Schwitzen kommt.

Essen ist ihm sicher, gibt ihm Trost, nimmt die Langeweile, macht ihn müde. Eigentlich könnte er immer essen. Seine nächtlichen Essanfälle ziehen sich häufig über Stunden hin, dann ist alles außer Kontrolle. Er schlingt das Essen in sich hinein. Das was er versucht in der Öffentlichkeit zu vermeiden, dieses gierige Essen, kann er in seiner Einsamkeit nicht mehr bremsen. Er schämt sich für sein Verhalten, findet aber keinen Ausweg.

Verschiedene Diätversuche, die er meist zusammen mit seiner Mutter unternahm, führten zwar zu recht schnellen Gewichtsverlusten, doch es war eine Frage der Zeit, bis er die Pfunde wieder drauf hatte. Und meist waren es dann noch einige Kilos zusätzlich nach jeder Diät. Deswegen hat er in den letzten Jahren damit aufgehört und sich in sein Schicksal ergeben. Er ist »der Dicke« und wird es bleiben.

Im vergangenen Jahr bekam Jens erstmals körperliche Beschwerden. Er hatte Schmerzen im Knie, auch sein Blutdruck war zu hoch. Mehrere Arztbesuche führten zu dem Resultat, dass er eine Kur machen sollte. Drei Monate verbrachte er in einer Klinik. Anfangs fiel es ihm schwer, sein Zuhause und die Mutter im Stich zu lassen. Die Vorstellung, sich ein Zimmer teilen zu müssen, löste fast Panik bei ihm aus. Doch Schritt für Schritt fand er Gefallen an den gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Kurgästen. Er fand Spaß am Schwimmen und an Bewegung, obwohl sie ihm nicht leicht fiel. Aber er sah, wie auch andere sich überwandern, und das gab ihm Mut. In den Gesprächen mit dem Therapeuten und den anderen Mitpatienten entdeckte er viele Zusammenhänge zwischen seinem Essverhalten und seinen Ängsten und Sehnsüchten. Ihm wurde auch deutlich, dass er sich wie ein Neutrum fühlte, seine Identität als Mann nicht gefunden hatte. Er war immer noch das Kind. Er hat sich entschlossen, sich auf die Spur zu kommen. Im Rahmen einer ambulanten Therapie wird er sich entdecken und Zeit finden zum Nachreifen. Parallel dazu wird er seine Ernährung umstellen, fettärmer, aber lustvoll essen und sich mehr bewegen. Er ist neugierig, welcher Jens sich unter den Fettpolstern verbirgt.

## 2.2

# Typische Muster und Abläufe

Übergewichtige Kinder werden in ihren körperlichen Fähigkeiten häufig unterschätzt und ihre Mobilität daher nicht ausreichend gefördert. Der natürliche Bewegungsdrang von Kindern benötigt Spielräume.

Und hier setzen die ersten Schwierigkeiten ein: zu kleine Wohnungen, zu wenig Spiel- und Abenteuerplätze. Fernsehen und Computer sind die nächsten Gefahrenquellen. Die neuen Spielräume befinden sich auf dem Bildschirm. Hier drohen zwar keine blauen Flecken und Beulen, dafür aber umso mehr psychischer Stress. Kinder lernen nicht, sich körperlich zu erproben, ihre Stärken, aber auch ihre Grenzen herauszufinden. Konflikte und Streit erleben sie als bedrohlich und sie haben keine Muster, diesen anders als mit dem Essen zu begegnen. Essen beruhigt. Sie fressen förmlich alles in sich hinein, polstern sich ab und lassen so niemanden an sich heran. Gegessen wird aus Langeweile, Ärger, Frust, aber auch aus Freude: Sie essen statt zu fühlen.

In den Familien herrscht häufig ein Klima, das Unzufriedenheit und Frustration spüren lässt. Die Eltern sind meist ungleichgewichtige Partner. Oft hat der Vater dabei die schwächere Position, meidet Streit und überlässt der Mutter das Regime. Wenn ihm einmal der Kragen platzt, dann wird er schon mal laut und unberechenbar. Aber das geschieht nicht oft. Die Mutter redet zwar nicht viel, weiß aber alles. Sie weiß, was alle benötigen, fühlen und denken. Sie fühlt sich für alles verantwortlich und überlastet. Resigniert über die wenig unterstützende Rolle ihres Mannes und enttäuscht über seinen mangelnden Ehrgeiz und seine Trägheit, versucht sie nun, aus dem Kind das Beste zu machen.

Sicherlich gibt es auch andere Familienmuster. Die ängstliche Haltung eines oder beider Elternteile gegenüber dem Kind ist jedoch zu einem erstaunlich hohen Prozentsatz zu finden. Verunsicherte Kinder entwickeln kein ausreichendes Selbstwertgefühl, was wiederum zu konfliktausweichenden Handlungen führen kann, die sich dann z.B. im Essen niederschlagen.

**Es gibt einige Denkmuster und Verhaltensweisen, die charakteristisch für Familien sind, in denen eine Binge-Eating-Störung auftritt:**

1. In der Herkunftsfamilie wird Essen als Belohnung eingesetzt. Beim Erwachsenen bleibt das Muster, dass das die Möglichkeit der Wahl ist, sich etwas Gutes zu tun.
2. Einsamkeit, Langeweile, Frustration, innere Leere, Spannungen lassen sich mit Essen bekämpfen oder besser aushalten. Die schnelle Befriedigung von Gefühlen gaukelt eine Lösung vor.
3. Dicksein setzt Grenzen, die anders nicht akzeptiert werden. „Sich jemanden vom Leibe halten.“
4. Konflikte kann man aussitzen. Wenn gestritten wird, dann destruktiv und ohne Lösung.
5. Wer dick ist, ist mächtig, dies gilt nur für Männer, Frauen gelten dafür als unbeherrscht.
6. Verweigerung des Essens gilt als Zurückweisung der Person, die das Essen zubereitet oder angeboten hat.



## 2.3

# Hinweise auf Ursachen und Auslöser

Warum Menschen eine Binge-Eating-Störung entwickeln, ist nicht mit einem Satz zu beantworten. Ein schlechtes Körperbild bis hin zum Selbsthass, fehlende Kompetenzen, mit Frustration und Konflikten umzugehen spielen ohne Frage eine Rolle. Häufig finden sich auch Neigungen zu Depressionen. Dieses Krankheitsbild wird aktuell beforscht, es gibt viele Hinweise darauf, dass es ähnliche Hintergründe wie bei der Bulimie gibt.

Warum Menschen übergewichtig werden, scheint heute beinahe unklarer als vor einigen Jahren. Es hat sich nicht nachweisen lassen, dass Übergewichtige überdurchschnittlich viel essen. Das so genannte Bilanzprinzip, demzufolge Übergewichtige ihrem Körper mehr Kalorien zuführen, als dieser braucht, ist nicht haltbar. Auch die Hypothese, derzufolge übergewichtige Menschen leichter zu »verführen« sind und bei entsprechendem Angebot mehr und länger essen, konnte nicht bestätigt werden.

Es deutet immer mehr darauf hin, dass das Körpergewicht von vielen Dingen beeinflusst wird. Stärker als früher angenommen scheinen zu diesen auch die genetische Veranlagung und rein körperliche Faktoren zu gehören. Es ist daher zu empfehlen, einen fachkundigen Arzt zu Rate zu ziehen, um körperliche Ursachen auszuschließen.

**Der Körper scheint die Tendenz zu haben, sich auf ein für ihn optimales Gewicht (welches in den seltensten Fällen dem Modegewicht entspricht), den so genannten Set-Point einzupendeln. Eine Verschiebung des Set-Points scheint außergewöhnlich schwierig.**

Unstrittig ist, dass sich Diäten sehr ungünstig auf das Körpergewicht auswirken: Nach einer Phase massiver Nahrungseinschränkung kommt es anschließend innerhalb kurzer Zeit zu einer Wiederherstellung des alten Körpergewichts, oft zu einer Gewichtszunahme. Die Amerikaner haben hierfür den Begriff des Jo-Jo-Dieting geprägt. Grundlage für dieses Phänomen ist folgender Mechanismus: In Zeiten verminderter Nahrungszufuhr schaltet der Körper auf Sparflamme. Der Kalorienverbrauch reduziert sich und der Körper lernt, seine wesentlichen Funktionen mit einer geringeren Energiezufuhr aufrechtzuerhalten. Kommt



es nun nach einer längeren Zeit der Einschränkung wieder zur Normalisierung der Kalorienzufuhr, so stellt sich der Körper keineswegs spontan auf die neue Situation ein. Er verharrt vielmehr für einige Zeit auf seinem niedrigen Niveau, bis die alten Fettdepots wieder gut aufgefüllt sind. Normales Essen nach Diäten führt wegen des noch reduzierten Energieverbrauches somit zum Gewichtsanstieg.

## Was sollten Sie tun, was vermeiden?

Bei Kindern findet sich selten eine ausgeprägte Binge-Eating-Störung. Es ist jedoch sinnvoll, bei übergewichtigen Kindern sensibel zu reagieren, um vielleicht das Ausprägen einer psychogenen Essstörung im Sinne eines Binge-Eatings zu verhindern.

Die nachfolgenden Empfehlungen sind zwar gezielt für einzelne Beteiligte aufgeführt, es ist jedoch ratsam, alle Kapitel zu lesen. Damit erhalten Sie ein umfassenderes Bild und sicherlich noch den ein oder anderen wichtigen Hinweis.

### Mütter

Als Mutter eines betroffenen Kindes haben Sie viele Möglichkeiten, Ihr Kind zu stärken, unabhängig von der Nahrungszufuhr.

Als Erstes gilt es, bei sich selbst anzufangen. Welche Einstellung haben Sie zum Dicksein? Haben Sie vielleicht selbst Figurprobleme? Wenn ja, dann sollten Sie sich auf jeden Fall mit dem Unsinn von Diäten auseinandersetzen und Ihre Einstellung dazu ändern. Reagieren Sie auf keinen Fall mit Diäten oder der Reduzierung oder Verboten von Nahrungsmitteln auf das Übergewicht Ihres Kindes. Ob Ihr Kind ein behandlungswürdiges Übergewicht hat, sollte ein Arzt feststellen.

### Schritt eins



## 2.4

Nach dieser Bestandsaufnahme sollten Sie überprüfen, wie eine fettärmere, aber nicht fettlose Nahrung aussehen könnte. Je nach Alter des Kindes sollten Sie das Kind in Ihre Entscheidungen mit einbeziehen, vielleicht gemeinsam eine Ernährungsberatung oder einen Kochkurs besuchen.

Aber nicht nur die Nahrungsmittel sollten überprüft werden, auch die Art und Weise der Nahrungsaufnahme. Gegessen werden sollte nur am Tisch, auf keinen Fall beim Fernsehen oder Zeitungslesen. Die Konzentration auf die Sinneswahrnehmung ist wichtig. Wie schmeckt, riecht und fühlt sich das Essen an? Die Portionen kann das Kind selbst wählen. Günstig ist es, die Portionen vorzubereiten und keinen Nachschub auf dem Tisch stehen zu haben. Kleine Zwischenmahlzeiten sind erlaubt, süße Getränke sollten mit Mineralwasser verdünnt werden.

Grundsätzlich gilt: Es gibt keine verbotenen Nahrungsmittel oder Getränke! Besonders bei Kindern, deren Essen stark kontrolliert wurde, ist es nötig, ihnen erst einmal eine Chance zu geben, ihre eigenen Bedürfnisse wieder herauszufinden. So sollten Sie z.B. Ihrem Kind in diesem Fall erlauben, zwei Wochen lang mit Ihnen einzukaufen. Das Kind darf in dieser Zeit frei wählen, was es gerne einkaufen und essen möchte.

### **Schritt zwei**

Ihre Rolle ist es, diese gewährende Haltung auszuhalten und nur zu beobachten. In der Regel werden Kinder nach einem anfänglichen Nachholeffekt dazu übergehen, bestimmte Nahrungsmittel auszuwählen.

Auch Süßigkeiten sollten nicht verboten oder lediglich als Belohnung eingesetzt werden. Sie sollten im Haushalt einen bestimmten, für das Kind erreichbaren Platz haben. Wenn Sie selbst auf Süßigkeiten verzichten, sollte das Kind einen Teil des Taschengeldes auf den Kauf von Naschereien verwenden dürfen. Verbote führen nur zu Gier, Heimlichkeiten und Schuldgefühlen.

Bieten Sie reichlich saisonales Obst und Gemüse an. Aber auch hier gilt: Was Sie mit Ihrem Essverhalten vorleben, hat die beste Wirkung.

Schlagen Sie vor, mit den Mengen zu experimentieren. Da das Sättigungsgefühl erst nach ca. 15 Minuten einsetzt, ist es gut, nach einer angemessenen, altersgemäßen Portion eine Pause einzulegen. Nach einer Pause von ca. 15 Minuten kann das Kind dann nach Überprüfung (einem In-sich-Hineinhorchen), ob es wirklich noch hungrig ist ohne Kommentar Ihrerseits noch etwas nachnehmen. Sollten Sie sich über die Portionen unsicher sein, suchen Sie sich Hilfe bei einer Ernährungsberatungsstelle. Die Krankenkassen können Ihnen eventuell Adressen nennen.

Ziel muss es sein, die Selbstverantwortung und das Selbstvertrauen des Kindes in die eigenen Bedürfnisse zu stärken.

Der nächste Schritt ist, die Bewegungsangebote zu erweitern. Auch hier ist Ihre Vorbildfunktion gefragt!

Gemeinsame Fahrradtouren, Spaziergänge oder Wanderungen können ein erster Schritt sein. Trauen Sie Ihrem Kind, reagieren Sie nicht ängstlich und überfürsorglich. Ermutigen Sie es beispielsweise, sich einem Sportverein anzuschließen und sich vermehrt mit Gleichaltrigen zu bewegen.

Im dritten Schritt ist zu beobachten, in welchen Situationen Ihr Kind vermehrt isst. Wann benutzt es Essen aus Langeweile, Frust, Ärger, um Konflikte zu vermeiden, aus Trauer oder Wut? Vielleicht können Sie mit ihm diese Gefühle ansprechen, vielleicht benötigen Sie dazu aber auch eine familientherapeutische Unterstützung.

Vermeiden Sie auf jeden Fall eine zusätzliche Stigmatisierung, indem Sie Ihr Kind z.B. »Dickerchen« nennen oder es mit seinem Gewicht aufziehen. Beachten Sie insbesondere die positiven Seiten Ihres Kindes. Welche Talente hat es, welche sozialen Fähigkeiten? Geben Sie Ihrem Kind dazu eine ehrliche Rückmeldung. Heucheln Sie nicht.

Diäten sind sinnlos und schädlich, wenn sie nicht aus medizinischen Gründen notwendig sind. Zur Gewichtsreduktion machen sie keinen Sinn. Reden Sie mit Ihrem Kind über Ihre - vielleicht neu gewonnenen - Erkenntnisse dazu und verhalten Sie sich entsprechend. Problematisieren Sie das Schönheitsideal.

### Schritt drei

## 2.4

Mütter von erwachsenen Töchtern/Söhnen mit einer Binge-Eating-Störung sollten besonders darauf achten, nicht ständig Druck auszuüben und nach dem Gewicht zu fragen. Suchen Sie andere Gesprächsinhalte. Vergleichen Sie nicht mit anderen, die es angeblich mit Diät geschafft haben. Versuchen Sie zu akzeptieren, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn einen Grund dazu hat, über das eigene Sättigungsgefühl hinaus zu essen.

Ein differenziertes Verständnis für die Problematik von Übergewichtigen hilft Ihnen, Ihre Tochter/Ihren Sohn mit anderen Augen zu sehen. Damit können Sie Ihre Tochter/Ihren Sohn besser akzeptieren und damit stärken.

### **Die Schuldfrage**

Es macht keinen Sinn, der Schuldfrage nachzuspüren. Sicher haben Sie als Mutter das eine oder andere falsch gemacht, doch vermeiden Sie, sich selbst oder anderen Vorwürfe zu machen. Es ist so geschehen. Sie können darüber trauern oder sich vielleicht rechtfertigen. Dies mildert vielleicht den Schmerz. Überprüfen Sie Ihre aktuellen Reaktionen und Kommunikationsmuster. Beginnen Sie, die Grenzen Ihres Kindes zu akzeptieren und auch auf ihre eigenen Grenzen zu achten. Verstehen Sie sich nicht mehr als Vermittler in der Familie. Bei Beschwerden einzelner Familienmitglieder übereinander sind Sie nicht die Pufferzone. Jeder sollte direkt mit jedem sprechen, miteinander, nicht übereinander.

### **Väter**

Väter machen sich häufig nicht so viel Sorgen um das Übergewicht der Kinder. Erst in der Pubertät, wenn aus der Tochter eine Frau und aus dem Sohn ein starker Mann werden soll, gefallen Vätern die Rundungen der Teenager nicht mehr. Sie neigen dann dazu, Vergleiche anzustellen. Bemerkungen über schöne schlanke Menschen sollen ermutigen, auch so zu werden. Das ist häufig als indirekte Ermutigung gemeint, wird jedoch nie so verstanden. Kritische Väter haben mehr Macht, als sie häufig selbst glauben. Wenn Sie als Vater Ihrer Tochter wirklich Mut

machen wollen, dann ermutigen Sie sie, sich zu bewegen, sich selbst etwas zuzutrauen und zu sich selbst zu stehen.

Kleine Bemerkungen wie: »Du könntest auch ein bisschen abnehmen ...« oder »Dein Busen ist ganz schön gewachsen ...«, können ganze Lawinen in Gang setzen. Besonders in der Pubertät sind Jugendliche sehr empfindsam und verletzlich. Ihre oberflächliche Aggressivität lässt sie zwar sehr stark erscheinen, aber dahinter stecken häufig Unsicherheiten und Ängste. Väter neigen dazu, dies zu bagatellisieren und pragmatische Lösungen anzubieten: »Ist doch einfach weniger.«

Sie sollten sich differenziert mit dem Thema auseinandersetzen - dieser Leitfaden kann ein erster Schritt sein. Falls therapeutische Hilfe nötig sein sollte, so sollten Sie Ihre Mithilfe oder Teilnahme an familien-therapeutischen Sitzungen nicht verweigern. Besprechen Sie sich mit Ihrer Frau. Haben Sie Zeit für ihre Nöte und unterstützen Sie sich als Paar gegenseitig.

Günstig sind bewegungsreiche Unternehmungen allein mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn, die auch Zeit für das ein oder andere Gespräch lassen. So können Sie wieder in Beziehung miteinander treten und sich neu entdecken.

Als Vater von erwachsenen Töchtern/Söhnen mit einer Binge-Eating-Störung werden Sie wenig gefordert sein. Hier übernehmen die Mütter meist die Kommunikation. Dabei zeigt die Erfahrung, dass bei Betroffenen häufig der Wunsch besteht, mit den Vätern ins Gespräch zu kommen, um z.B. etwas aus der Kindheit zu erfahren. Dies ist nicht als Rache-feldzug gedacht, sondern häufig die Neugier auf die eigene Geschichte, der Wunsch nach besserem Verstehen z.B. Ihrer Beziehung zu Ihrer Frau und Ihrem Verständnis der Vaterrolle. Es wäre für Sie und Ihre Tochter/Ihren Sohn sicher eine Bereicherung, wenn Sie sich solchen Gesprächen nicht verschließen würden.

## Kommunikation

## 2.4

### Geschwister

Wenn alle Kinder in einer Familie übergewichtig sind, ist die Solidarität untereinander hilfreich. Solltest du jedoch selbst schlank sein und deine Schwester/dein Bruder übergewichtig, so kann das zu einer Konkurrenzsituation führen, die die Situation für die/den Betroffene(n) verschärft. Eltern und Verwandte nutzen dann häufig das schlanke Geschwisterkind als Beispiel und rufen damit Konfliktsituationen für beide Seiten hervor. Dies sollte auf jeden Fall unterbleiben. Jede/r entwickelt sich auf seine Art und Weise und unter seinen spezifischen Bedingungen, die vielleicht nach außen hin manchmal sehr ähnlich aussehen, es aber nicht wirklich sind.

#### **Verständnis und Solidarität**

Verständnis und Solidarität können auch hier hilfreich sein. Die Betroffenen vor hämischen Bemerkungen in Schutz nehmen und ihre Partei ergreifen, ist dabei eine Möglichkeit. Eine andere ist, dass du versuchst, mit deiner Schwester/deinem Bruder über deren Probleme zu sprechen und dich auch ihnen anvertraust, sie einfach ernst nimmst und ihnen das Gefühl vermittelst, dass sie für dich wichtig sind. Diättipps sind unnütz und nicht hilfreich, dafür aber Angebote, gemeinsam etwas zu unternehmen. Auch die Fragen: »Was gefällt mir eigentlich an meiner Schwester/meinem Bruder? Was kann sie/er besonders gut?«, können ein Anlass sein, mit ihnen darüber einmal zu reden und ihnen zu zeigen, dass sie nicht nur dick sind, sondern vor allem andere Qualitäten haben. Die Gefahr ist nämlich groß, nur auf das Fett zu gucken und den Menschen dahinter zu vergessen.

Wenn ihr euch überhaupt nicht versteht - und das kann schon einmal geschehen -, dann solltet ihr so fair bleiben und das Übergewicht aus dem Spiel lassen. Respektiert euch untereinander, auch wenn es vielleicht im Moment so ist, dass ihr euch besser aus dem Wege geht.

Übergewicht ist häufig auch ein Schutzpanzer vor Verletzungen. Und das, obwohl dicke Menschen ganz besonders Angriffe auf sich ziehen. Wenn du als Schwester/Bruder das erst einmal akzeptierst, kannst du vielleicht besser verstehen, in welchem Teufelskreis sich die/der Betroffene befindet. Und vielleicht hast du mit dieser Haltung eine Chance, hinter die Fassade und das Fett zu schauen.

Wenn Sie und Ihre betroffene Schwester/Ihr Bruder bereits erwachsen sind, so können ebenso Solidarität und Verständnis hilfreich sein. Informieren Sie sich über Übergewicht und entwickeln Sie ein differenziertes Verständnis zu dieser Krankheit. Werden Sie ein vertrauter Gesprächspartner und seien Sie offen für Gespräche über ihre gemeinsame Geschichte und Erfahrungen. Vielleicht wird auch für Sie das ein oder andere verständlicher und rückt in andere Zusammenhänge. Betroffene, die sich z.B. im Rahmen einer Therapie mit ihrer Geschichte auseinander setzen, erzielen großen Gewinn, wenn sie die Sichtweisen der Geschwister mit einbeziehen können.

## Partner

Sie haben eine Frau oder einen Mann, der unter einer Binge-Eating-Störung leidet. Vielleicht haben Sie Ihre Partnerin/Ihren Partner bereits übergewichtig kennen und lieben gelernt. In diesem Fall dürfte Ihnen das Übergewicht keine Probleme bereiten. Schwierig kann es werden, wenn Sie spüren, welchen Essdruck Ihre Partnerin/Ihr Partner manchmal hat und welche Heimlichkeiten damit verbunden sind, d.h. wenn Sie feststellen, dass es sich nicht nur um das optische Übergewicht handelt, sondern um eine damit verbundene Essstörung.

Wenn Lebensmittel versteckt werden, nachts heimlich gegessen wird, Sie sich das Verschwinden von Lebensmitteln nicht erklären können, sind Sie gefordert, mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner zu reden. Seien Sie einfühlsam und nicht kontrollierend, zeigen Sie Verständnis für die Situation, ohne sich als Co-Abhängiger einspannen zu lassen. Das bedeutet, dass Sie zur Aufnahme von professioneller Hilfe auffordern und sich eventuell auch selbst Unterstützung holen.

## Übergewicht ist ein Schutzpanzer



## 2.4

### **Veränderte Lebensumstände**

Veränderte Lebensumstände, eine regelmäßiger Lebensführung, bequemere Tagesabläufe, Ruhe und Zufriedenheit können ebenso zu einem veränderten Essverhalten führen wie Spannungen, unausgesprochene Konflikte, Überlastungen durch Haushalt und Beruf und unbefriedigte Sexualität.

Übergewichtige Esssüchtige haben häufig das Problem, sich abzugrenzen. Sie schotten sich dafür mit ihrem Fett ab. Das schützt sie manchmal vor Dingen, die sie sich eigentlich wünschen, aber nicht zulassen können, so z.B. körperliche Nähe. Die Gründe dafür liegen sicherlich weit zurück in der Vergangenheit und können notfalls im Rahmen einer Therapie aufgedeckt werden.

Wenn Sie selbst keine Figurprobleme haben, wird es Ihnen schwer fallen zu akzeptieren, dass sich Ihre Partnerin/Ihr Partner so ungesund und unkontrolliert ernährt. Es wird Ihnen auch leid tun, wenn Sie sehen, wie sehr sich Ihre Partnerin/Ihr Partner bemüht und doch keine langfristigen Erfolge hat. Doch Kritik und Mitleid sind nicht hilfreich. Verständnis dafür, dass Übergewicht einen Sinn macht und manchmal sogar eine Überlebensstrategie ist, ist sicherlich schwer zu erarbeiten. Ihre Partnerin/Ihr Partner ist vielleicht einmal schwer verletzt worden und hat gelernt, seine Gefühle »wegzuessen«, sich mit Essen gegen eine Gefühlsüberschwemmung (z.B. Angst, Hilflosigkeit) zu schützen. Nur wenn Sie dafür Verständnis haben, können Sie helfen. Machen Sie keine solidarischen Diäten. Sie können aber gern Entlastung anbieten und ab und zu kochen.

### **Langfristige Erfolge**

Eine Binge-Eating-Störung bedarf einer langfristigen, meist therapeutisch unterstützenden Behandlung. Diese sollten Sie unbedingt mittragen, eventuell auch für Paargespräche bereit sein. Die Behandlung ist zwar auf der einen Seite eine Hilfe für Betroffene, kann aber auch viele Belastungen mit sich bringen. Besonders in der Phase, in der die Hintergründe aufgedeckt werden, können sich Symptome verstärken. Dies ist kein Zeichen für ein Scheitern, sondern im Gegenteil ein Zeichen dafür, dass es um sehr angstbesetzte Themen geht. Ermutigen Sie immer

wieder zur Behandlung. Unterstützen Sie eine angepasste Ernährung und regen Sie zu gemeinsamen Unternehmungen an, denn Bewegung ist sehr wichtig. Stärken Sie das Selbstbewusstsein Ihrer Partnerin/Ihres Partners, indem Sie sie/ihn ernst nehmen, wirklich zuhören, ehrliche Rückmeldungen geben und auch über Ihre Gefühle sprechen. Öffnen Sie sich und nehmen Sie sich Zeit füreinander.

## Angehörige (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)

Als Angehörige werden Sie den Unterschied von Übergewicht und einer Binge-Eating-Störung nicht ohne weiteres erkennen. Depressives Verhalten kann ein Hinweis sein. Doch egal, wie die Diagnose aussieht, sollten Sie einfühlsam reagieren.

Angehörigen begegnet man häufig bei Familienfesten. Hier wird dann festgestellt, wer sich wie verändert hat.

Diese Begutachtung ist besonders bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, aber auch bei betroffenen Erwachsenen gefürchtet. Deswegen versuchen viele, diesen Begegnungen aus dem Weg zu gehen.

Gut gemeinte Ratschläge sind hier fehl am Platz. Vermeiden Sie auch Bemerkungen zum Gewicht. Gibt es nicht auch Wichtigeres an Ihren Verwandten? Zeigen Sie wirkliches Interesse an ihrem/seinem Werdegang, ihren/seinen Hobbys und Fähigkeiten. Beweisen Sie Ihre Wertschätzung, indem Sie hinhören und Verständnis, jedoch kein Mitleid zeigen.

Großmütter agieren oft zweideutig. Auf der einen Seite ermutigen sie zum Essen, auf der anderen Seite machen sie Bemerkungen über die Figur. Den meisten ist dieser Widerspruch nicht bewusst. Und Sie als Großmutter werden es bestimmt gut meinen mit Ihrer Enkelin/Ihrem Enkel. Sie waren es auch, die immer wieder dafür gesorgt haben, dass es doch Süßigkeiten geben durfte. Früher war es auch etwas Besonderes, Schokolade zu bekommen. Doch die Zeiten haben sich geändert. Großeltern erfreuen sich zu Recht häufig großer Beliebtheit, weil hier alles anders sein darf. Sie sind gewährender, geduldiger und haben häufig

### Großmütter

## 2.4

mehr Zeit für die Kinder. Nutzen Sie diese gemeinsame Zeit für Aktivitäten. Spielen Sie miteinander, lösen Sie gemeinsam Kreuzworträtsel, den Fernseher lassen Sie besser aus. Erzählen Sie von früher, teilen Sie Ihre Erfahrungen mit, hören Sie zu und schenken Sie Vertrauen. Sie sollten sicherstellen, dass Ihre gemeinsamen Gespräche unter ihnen bleiben, nur so können Sie damit rechnen, dass sich Ihre Enkelin/Ihr Enkel Ihnen wirklich anvertraut.

Wenn Sie sich aus Sorge verpflichtet fühlen, mit den Eltern Ihrer Enkeltochter/Ihres Enkelsohns zu sprechen, so sprechen Sie das vorher offen ab. Tun Sie nichts hinter dem Rücken der Eltern.

### **Freunde und Kolleg(inn)en**

Seien Sie nicht schnell bei der Hand mit guten Tipps zum Abnehmen. Fast jeder hat zeitweise in seinem Leben einmal Figurprobleme und auch eigene Erfahrungen mit dem Thema. Doch diese Erfahrungen helfen Menschen mit einer Binge-Eating-Störung nicht. Sie fühlen sich damit nicht ernst genommen. Ihr Übergewicht heißt nicht einfach, ein paar Kilos zu viel haben, es ist weitaus mehr. Bagatellisieren Sie die Probleme der Betroffenen auf keinen Fall. Geben Sie Ihre Unwissenheit zu und machen Sie sich die Mühe, sich zu informieren. Damit können Sie das Vertrauen Ihrer Freundin/Ihres Freundes gewinnen und ein kompetenter Gesprächspartner werden. Dies trägt zu einem Erfolg wesentlich bei. Zeigen Sie sich solidarisch und regen Sie gemeinsame Unternehmungen an. Für Kolleg(inn)en gilt Ähnliches. Durch die berufliche Verbindung entsteht eine natürliche Distanz, die Sie auch nicht überschreiten sollten. Akzeptieren Sie, wenn Betroffene nicht mit Ihnen über ihre Probleme reden möchten.

## Lehrer(innen)

Wie Sie aus diesem Kapitel ersehen, ist Übergewicht nicht einfach zu behandeln, zumal wenn es mit einer Binge-Eating-Störung zusammen hängt. Die Komplexität des Themas ist für Jugendliche nicht einfach zu verstehen, zumal die Vorurteile und die Stigmatisierung gegenüber Übergewichtigen schnell bei der Hand sind. Es ist an Ihnen, hier eine differenziertere und sensiblere Umgangsweise zu fördern. Gesunde Ernährung ist sicherlich ein Teil des Themas. Wichtig ist es, das Verständnis dafür zu entwickeln, dass Übergewicht eine Funktion haben kann und für die Schülerin/den Schüler vielleicht im Moment die beste Lösung ist. Dies sollte Voraussetzung sein, wenn Sie ein individuelles Gespräch mit einer/einem Betroffenen suchen.

Auch die Überprüfung Ihrer Motivation ist wichtig. Setzen Sie voraus, dass nur schlanke Menschen gesund sein können? Haben Sie Mitleid? Möchten Sie helfen, dass der/die Betroffene schlanker und damit auch zufriedener wird? Vermuten Sie, dass der/die Betroffene Hilfe benötigt, weil er/sie vielleicht Schwierigkeiten hat?

Die Beantwortung der Frage, was der Anblick eines dicken Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen bei Ihnen auslöst, könnte Ihnen Hinweise auf Ihr Verständnis von Übergewicht und Ihre Motivation zu helfen geben.

Übergewichtige Kinder sind manchmal sehr angepasst. Sie schämen sich für ihr Aussehen und versuchen, gefällig und liebenswert zu sein. So werden sie sicherlich auch Ihrem Gesprächsangebot folgen. Wenn Sie in dem Gespräch wirkliches Interesse für die Probleme des Kindes zeigen - und dies erst einmal völlig unabhängig von dem Übergewicht -, dann haben Sie die besten Chancen, Vertrauen zu gewinnen. Wenn das Kind dann im Verlauf des Gespräches selbst das Übergewicht thematisiert, dann können Sie mit Ihrem Verständnis sicherlich sensibel darauf reagieren und signalisieren, dass Sie nicht die gängige Meinung teilen, dass Übergewichtige faul, unbeherrscht und dumm sind. Bringen Sie dem Kind mit Ihrem Gesprächsangebot eine Wertschätzung entgegen. Dies gelingt am besten, wenn Sie sich wirklich für das Kind interessieren und nicht

## Ernährung

## 2.5

sofort mit Ratschlägen und Lösungen reagieren. Einfach zuhören und ernst genommen werden, das sind Kinder und Jugendliche häufig nicht gewöhnt.

### **Symptome des Übergewichts**

Sicherlich werden Sie dann Einblicke in die Probleme bekommen, die hinter dem Symptom des Übergewichts liegen. Die Eltern werden zur Sprache kommen, und bestenfalls können Sie diese auch zu einem Gespräch motivieren. Dies ist häufig sehr schwierig. Eltern fühlen sich schnell angegriffen und schuldig und vermeiden daher gern, sich und die familiären Probleme »öffentlich« zu machen.

### **Beratungsstellen**

Der günstigste Verlauf wäre, Eltern und Betroffene davon zu überzeugen, sich vielleicht auch in einer Beratungsstelle für Essstörungen Hilfe zu holen. Sicherlich ist der direkte Kontakt zu einem Kinder- und Jugendpsychologen, einer/einem Familientherapeutin/-therapeuten oder dem schulpsychologischen Dienst hilfreich.

Ein Weg, der weniger an einem einzelnen Kind orientiert ist, wäre eine Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen in der Klasse durchzuführen (viele Beratungsstellen unterstützen Sie gern dabei) und Informationsmaterial (siehe Medien- und Literaturhinweise im Anhang) zu verteilen. Auch eine Informationsveranstaltung im Rahmen eines Elternabends wäre ein erster Schritt. Diese Vorgehensweise sollten Sie wählen, wenn Sie sich nicht sicher fühlen, ob Sie einen Kontakt zu der/dem Betroffenen herstellen möchten, der Sie vielleicht inhaltlich, emotional und zeitlich überfordert. In diesem Fall wäre eine weitere Möglichkeit, eine Kollegin/einen Kollegen einzuschalten, die/der eventuell eine größere Nähe zu der/dem Betroffenen hat.



## 2.6

## Resümee

- ✦ Hinterfragen Sie kritisch Ihr eigenes Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht.
- ✦ Schärfen Sie Ihre Wahrnehmung und sehen Sie den Menschen und nicht die/den Dicke/n.
- ✦ Fördern Sie soziale Kontakte.
- ✦ Ermutigen Sie zu Bewegung.
- ✦ Nehmen Sie sich Zeit für Gespräche.
- ✦ Geben Sie Hinweise zu Beratungseinrichtungen.
- ✦ Keine Diätvorschläge, keine solidarischen Diätaktionen.
- ✦ Keine abfälligen Bemerkungen, Ausgrenzungen und damit Stigmatisierung von Übergewichtigen.
- ✦ Ermutigen Sie zur professionellen Hilfe (z.B. Verhaltenstherapie).
- ✦ Ermutigen Sie zu regelmäßigem, langsamen Essen.



5.

# Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa)

**Prinzipiell gilt: Nicht jeder untergewichtige Mensch ist magersüchtig. Wenn Sie jedoch einige der folgenden Symptome erkennen, dann sollten Sie nicht zögern, aktiv zu werden. Jegliche länger andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Nahrung und dem Körperschema (»Ich habe zu kurze Beine, einen zu dicken Bauch, zu breite Hüften...«), ist ein ernst zu nehmender Hinweis auf eine Essstörung. Magersüchtig werden zwar überwiegend weibliche, pubertäre Jugendliche, aber auch bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen beiderlei Geschlechts tritt Magersucht auf. Hier gibt es Hinweise darauf, dass die Anzahl der Betroffenen zunimmt. <sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Vgl. Uexküll, Thure von: Psychosomatische Medizin. Hrsg. v. Adler, Rolf; Herrmann, Jörg M; Köhle, Karl; Schonecke, Othmar W; Uexküll, Thure von; Wesiak, Wolfgang, 5. Neubearb. Aufl., München 1996 sowie Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Dt. Bearb. u. Einf. v. Sass, Henning; Wittchen, Hans U; Zaudig, Michael, 2. verb. Aufl., Göttingen 1998.

## 3.1

### Ein Fallbeispiel

Iris ist heute 16 Jahre alt. Sie ist ein Einzelkind. Iris hat ein eigenes Zimmer im Haus ihrer Eltern. Sie geht auf das Gymnasium und ist eine sehr gute Schülerin. Ihr Vater ist Arzt mit eigener Praxis, ihre Mutter seit der Geburt von Iris Hausfrau. Früher arbeitete Iris' Mutter als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität. Sie hatte sich zwar ungern dazu durchgerungen, ihren Beruf aufzugeben, aber gemeinsam mit ihrem Mann so entschieden. Außerdem hatte sie so auch mehr Zeit, sich um ihre allein stehende Mutter zu kümmern, die in der Nähe wohnte.

Bis zu ihrem 15. Lebensjahr war Iris ein normalgewichtiges, ausgeglichenes Mädchen. Sie war bei ihren Freundinnen beliebt, ging gern zum Klavierunterricht und in den Schwimmverein.

Dann - vor etwa einem Jahr - begann sie, sich auf vegetarische Kost umzustellen. Viele in ihrer Klasse taten das, die meisten aus ideologischen Gründen. Auch ihre Mutter konnte sie überzeugen, neue Kochrezepte auszuprobieren. Der Vater war zwar nicht begeistert. Er hatte aber in der Woche sowieso kaum Zeit, mit ihnen zu essen. Und am Wochenende bereitete ihm seine Frau schon einmal eine fleischhaltige Extramahlzeit zu.

Im Schwimmverein trainierte Iris inzwischen drei Mal die Woche. Der Trainer begutachtete die Figuren seiner Mädchen sehr kritisch. Auch Iris könnte ein wenig abnehmen. Nur ein bis zwei Kilo weniger täten ihr gut, sagte er ihr. Nun, das sollte für Iris kein Problem sein. Auch ihre Mutter machte häufiger einmal eine Diät und war sehr figurbewusst. Also begann sie, zusammen mit ihrer solidarischen Mutter, eine vierwöchige Frühjahrsdiät.

Ohne Probleme verlor Iris ihre Pfunde. Und das gefiel ihr. Sie hatte zwar manchmal gerade auf das Appetit, was sie nicht essen durfte, aber mit viel Disziplin und Ehrgeiz bekämpfte sie ihre Bedürfnisse. Sie hatte nach zwei Wochen schon zwei Kilo verloren, nach vier Wochen waren es bereits sechs Kilo. Alle sprachen sie darauf an. Stolz berichtete sie, wie einfach es sei, abzunehmen. Und sie nahm sich vor, vorsichtshalber noch einige Kilos, sozusagen als Vorbeugung, zu verlieren. So dünn wie einige aus ihrer Klasse war sie schließlich noch lange nicht.

Ihre Mutter hatte es viel schwerer, abzunehmen. Sie beendete die Diät nach vier Wochen und hatte nur zwei Kilo verloren. Iris wollte zwar weiter diäten, aber ihre Mutter sagte, es sei nun genug. Iris beschloß daher, einfach weniger zu essen, und reduzierte drastisch die Mengen, die sie zu sich nahm. Nach weiteren drei Monaten wog sie bei einer Größe von 1,65 Meter nur noch 46 Kilogramm. Sie hatte in vier Monaten insgesamt 12 Kilo abgenommen.

Nun fiel auch ihrem Vater auf, dass sie immer schlanker wurde. Er lobte sie wegen ihrer Disziplin und ihres Durchhaltevermögens. Er dachte, dass Iris nun endlich zufrieden und damit das Thema Figur und Gewicht beendet sei.

Für Iris war es noch lange nicht vorbei. Täglich stand sie auf der Waage und vor dem Spiegel. Sie freute sich über jedes Gramm, das sie verlor. Hatte sie einmal leicht zugenommen, ärgerte sie sich dermaßen, dass sie am nächsten Tag einfach überhaupt nichts aß. Obwohl ihr inzwischen alle sagten, dass sie doch jetzt schlank genug sei, fand sie sich noch zu dick. Ihr Bauch, die Oberschenkel! Nein, sie war fest entschlossen, noch dünner zu werden.

Ihre Gedanken drehten sich bald nur noch um das Essen. Sie wälzte Kochbücher, buk unzählige Kuchen, machte vegetarische Aufläufe für die Familie. Ihr Lieblingsplatz war in der Küche. Doch sie aß nichts von dem, was sie zubereitete. Ihre Eltern dachten zwar, dass sie - wenn sie schon ständig in der Küche ist - auch nascht und beim gemeinsamen Essen auch isst, doch das stimmte nicht. Iris behielt das Essen häufig im Mund und spuckte es unbemerkt in die Serviette. Sie täuschte den Eltern vor, zu essen. Doch in Wirklichkeit ernährte sie sich täglich nur noch mit den gleichen Lebensmitteln: zwei Äpfeln, einem Magerjoghurt, einer trockenen Scheibe Brot. Dazu nahm sie Vitamintabletten.

Sie zog sich ziebelartig an, weil sie ständig fror. Das verhinderte auch, dass ihre Magerkeit gleich auffiel. Beim Schwimmen und im Turnunterricht war es jedoch nicht zu verbergen, so dass sie die eine oder andere Bemerkung zu hören bekam. Aber das bestärkte sie nur darin, dass sie auf dem richtigen Wege sei. Sie wollte ja schlank sein.



## 3.1

Iris ist magersüchtig geworden. Sie fand sich bei starkem Untergewicht noch zu dick, hatte panische Angst davor, auch nur ein Gramm zuzunehmen. Ihre Gedanken drehten sich nur noch um das Essen und ihr Gewicht. Nach einem halben Jahr bemerkte ihre Mutter, dass sich Iris' Zustand und ihre Stimmungen ständig verschlechterten, und schlug Alarm. Zuerst sprach sie mit ihrem Mann über ihren Verdacht, dass Iris magersüchtig sei. Er hatte zwar auch leichte Bedenken. Immerhin hatte er an den Wochenenden mitbekommen, dass Iris sich nicht nur figürlich, sondern auch in ihrem Verhalten sehr verändert hatte. Sie lernte richtig verbissen für die Schule, lud kaum noch Freundinnen ein, war manchmal fast hyperaktiv und schien auch unter Schlafstörungen zu leiden. Er hatte diese Veränderungen jedoch auf die Pubertät geschoben. Und dünn sein wollen doch die Mädchen heutzutage alle. Gemeinsam suchten die Eltern das Gespräch mit Iris. Sie jedoch reagierte aggressiv und wollte nur in Ruhe gelassen werden. Sie fand, dass mit ihr alles in Ordnung sei.

Magersucht, dieses Wort schreckte alle auf. Auch die Oma, die davon gar nichts hören wollte. Sie nahm ihre Enkelin ins Gebet und versuchte, ihr klarzumachen, wie gefährlich das sei. Sie sollte doch wieder ein wenig zunehmen, das sei doch nicht so schlimm. Aber auch sie stieß bei Iris auf Granit. Iris hungerte weiter.

Manchmal überwältigte Iris der Hunger, und sie schlang alles Essbare in sich hinein. Danach erbrach sie alles ganz schnell wieder und war erleichtert, die Folgen ihrer Gier wenigstens ungeschehen machen zu können. Das kam aber höchstens einmal die Woche vor.

Iris' Mutter wusste keinen Rat mehr. Als ihre Ängste immer größer wurden, suchte sie eine Beratungsstelle auf. Iris wusste davon nichts. Als sie es später erfuhr, reagierte sie ärgerlich. Sie habe keine Probleme, und man solle ihr keine einreden.

Iris' Mutter jedoch wusste nun, dass die fehlende Krankheitseinsicht typisch ist, und konfrontierte ihre Tochter mit den Symptomen der Magersucht immer wieder. Zusätzlich ließ sie Informationsmaterial über Magersucht und Beratungsstellen offen herumliegen.

Sofort nach der ersten Beratung verlangte sie von ihrer Tochter, sich regelmäßig in ärztliche Betreuung zu begeben. Und dies nicht bei ihrem Vater, sondern bei einem von der Beratungsstelle empfohlenen Arzt. Sie erklärte ihrer Tochter, dass sie die Verantwortung für deren Gesundheit nicht übernehmen könne und wolle. Der Arzt übernehme dann die Verantwortung für eine eventuelle Klinikeinweisung in einer lebensbedrohlichen Situation, er würde sie auch wiegen und die Folgeschäden ihrer Fehl- und Unterernährung behandeln. Unter diesen Voraussetzungen könne sie als Mutter auch aufhören, sie ständig zum Essen zu ermahnen. Iris erklärte sich erstaunlicherweise damit einverstanden und machte selbst innerhalb der kommenden zwei Wochen einen Arzttermin aus.

Die Eltern besuchten eine Angehörigenselbsthilfegruppe bereits, bevor Iris krankheitseinsichtig war. Sie lernten dort, sich gegenseitig zu unterstützen und ihre Tochter zu einer Behandlung zu motivieren. Zunächst wurde ihnen deutlich, welche Zusammenhänge zwischen den Handlungsweisen und Reaktionen ihrer Tochter und der Erkrankung bestehen. Sie begriffen die Nahrungsverweigerung ihrer Tochter nicht mehr als sinnlose Verweigerung und Aggression, sondern als Signal dafür, dass es ihrer Tochter vielleicht nur auf diese Weise möglich ist, bestimmte Konflikte auszutragen und sich eventuell von ihrer elterlichen Behütung freizumachen. Andere leidgeprüfte Eltern konnten berichten, wie sie bestimmte Handlungsweisen verändert hatten und welche Auswirkung dies auf die Tochter/den Sohn hatte. Iris' Mutter litt besonders unter Schuldgefühlen. In der Gruppenarbeit wurde ihr klar, dass die Schuldfrage wohl nie eindeutig zu klären und der Blick zurück im Moment eher lähmend als hilfreich ist. Zusammen mit ihrem Mann lernte sie, das zu vermeiden, was die Krankheit aufrechterhält, z.B. doppelbödige Kommunikation in der Familie – die Vermittlung gegensätzlicher Botschaften in Worten und Verhalten.

Weiterhin vermieden sie Gespräche über Essen und Figur, da dies zu ständigen Konfliktsituationen führte, ebenso das gemeinsame Einnehmen der Mahlzeiten. Hier wurde vereinbart, vorübergehend getrennt zu essen. Der Aufenthalt in der Küche war Iris nur für das Zubereiten von

## 3.1

eigenen Mahlzeiten erlaubt. Kochen und backen für andere entfiel. All diese Maßnahmen wurden Iris erklärt und damit begründet, dass Bedingungen, die die Erkrankung ungünstig beeinflussen können, vermieden werden sollen.

Nach vier Monaten - während sie sich bereits in ärztlicher Behandlung befand - kam Iris zusammen mit ihrer Mutter zu einem Beratungsgespräch. Zwei weitere Termine, zu denen Iris auf Wunsch allein kam, halfen ihr, sich zu einer Therapie zu entschließen, und gaben ihr wichtige Hinweise, worauf sie bei der Auswahl der Therapeutin oder des Therapeuten achten sollte. Sie entschied sich für eine Einzeltherapie, die bei Bedarf auch ihre Eltern mit einschließen sollte.



# Typische Muster und Abläufe

## 3.2

Pubertäre Magersucht ist meist ein Autonomiebestreben der Jugendlichen, ein gewaltsamer Ablösungsprozess vom Elternhaus. Eine übergroße Fürsorge und Liebe der Eltern machen es der/dem Jugendlichen schwer, eigene Erfahrungen zu machen, sich auszuprobieren und zu fühlen. Überfürsorgliche Eltern ebnen alle Wege, räumen Probleme im Vorfeld aus, bieten fertige Lösungen an. Dazu kommt, dass in einem Haus der offenen Türen, wo keiner etwas zu verbergen hat, es schwer ist, sich abzugrenzen. Eine symbiotische Beziehung der Tochter zur Mutter, in der die eine nicht ohne die andere existieren kann, und ein emotional abwesender Vater, dessen Gefühle nicht erkennbar werden, sind typisch für betroffene Familien.

Diese Familien wirken nach außen hin wie eine Festung: Alles läuft perfekt und harmonisch. In diesem System ist es zunächst einmal unerklärlich, dass eine so schwere psychische Erkrankung auftreten kann. Doch besonders in einem sehr zudeckenden, harmonischen Klima besteht eine große Gefahr, doppelbödig zu kommunizieren, etwas anderes zu sagen, als was man fühlt. So übernimmt z.B. die Mutter Pflichten mit einem freundlichen Lächeln und fühlt dabei Wut und Ärger, dass sie sich wieder einmal hat überreden lassen. Der Vater hört scheinbar geduldig zu, wenn Tochter und Mutter über ihre Probleme reden, in Gedanken ist er jedoch bei seiner Arbeit. Ein Kind fühlt Stimmungen sehr sensibel, ein magersüchtiges ganz besonders. Wenn die Worte dann nicht zu den Gefühlen passen bzw. etwas anderes vermitteln, wird es unsicher und traut seinen Gefühlen irgendwann einmal nicht mehr. Das Kind lernt: »Ich fühle falsch und glaube an die gehörten Worte, also zählt mein Verstand und nicht mein Gefühl.«

Diese Verunsicherung wird dann besonders groß, wenn zwischen den Eltern zusätzlich unausgesprochene Trennungswünsche existieren. Kinder haben große Angst vor Verlust und Trennung. Sie versuchen häufig, über sehr angepasstes Verhalten die vorhandenen Spannungen zu mildern, und entwickeln schnell das Gefühl, für das Unwohlsein der Eltern verantwortlich und schuldig zu sein.

### Äußerlichkeiten

## 3.2

Auffallend ist auch, dass Leistung und Perfektionismus einen hohen Stellenwert in den Familien haben und von beiden Elternteilen vorgelebt werden: Der Vater schont sich nicht bei der Arbeit, macht ständig Überstunden und geht auch noch krank seinen Pflichten nach, die Mutter ist Tag und Nacht im Einsatz, richtet Familienfeste perfekt aus, ist immer freundlich zu anderen, kümmert sich sehr um die Großeltern und achtet nicht auf ihre körperlichen Grenzen. Magersüchtige erhalten häufig Anerkennung über Leistung und sind zwanghaft perfektionistisch. Sie sind in der Regel sehr gute Schüler(innen) und können trotz körperlicher Auszehrung lange ihr Leistungsniveau halten. Sie leugnen ihre Bedürfnisse nach Nahrung, Ruhe, Entspannung und »Faulsein« und überschreiten ständig ihre Grenzen. So fühlen sie sich autonom und unschlagbar.

### **Erwartungen**

Darüber hinaus entwickeln Magersüchtige oft utopische Erwartungen. Sie glauben, mit dem Schlanksein alle Lebens-Probleme lösen zu können. Sobald sie dünn sind, so ihre irrige Annahme, sind alle anderen Schwierigkeiten automatisch gelöst.

Charakteristisch ist auch die Entwicklung von Paradoxien. Gemeint ist hiermit zum Beispiel die paradoxe Tatsache, dass die magersüchtigen Frauen das Essen zwar rigoros ablehnen, sich aber dennoch ständig mit Essen beschäftigen. Sie lehnen auch ihren Körper ab, konzentrieren sich aber mit allem Denken und Handeln auf ihn. Sie haben Angst vor dem Normalen, dem Mittelmaß, fürchten aber unendlich, aufzufallen. Sie haben große Angst vor Trennung, fürchten sich aber gleichzeitig vor Nähe, insbesondere vor intimer, sexueller Nähe.

Hinzukommen kann die elterliche paradoxe Botschaft Tochter bzw. Sohn und Kind bleiben zu sollen und gleichzeitig als erwachsene Person eigenständig leben zu sollen.

All dies muss jedoch nicht unweigerlich zu einer Magersucht führen. Ein immer größer werdender Druck besonders für weibliche Jugendliche,

schlank zu sein, ist ebenfalls ein wesentlicher Entstehungsfaktor für die Magersucht. Untersuchungen unter dem Motto: »Wie schlank muss ich sein, um dazugehören?«, haben gezeigt, dass der »Eintrittspreis« in eine Gruppe von weiblichen Jugendlichen das Schlanksein ist; männliche Jugendliche dagegen müssen sportlich sein. Nur sehr selbstbewusste Jugendliche können sich über diese Gruppennormen hinwegsetzen.



## 3.3

# Hinweise auf Ursachen und Auslöser

Wie oben dargestellt, liegen die Ursachen der Magersucht im familiären oder soziokulturellen Bereich. Auch traumatische Trennungssituationen, wie der Verlust eines Elternteils oder eines nahen Familienangehörigen, oder ein Schul- und Wohnungswechsel können eine Magersucht auslösen. Wie bei anderen Essstörungen können auch sexueller Missbrauch oder sexuelle Übergriffe eine Ursache sein.

### Die Modelle zur Entstehung der Anorexie orientieren sich an verschiedenen funktionalen Aspekten:

#### Modell 1

So versteht eine psychoanalytische Erklärung die Magersucht als eine Form der Abwehr sexueller Wünsche und als Möglichkeit wieder in die scheinbar heile Welt der Kindheit zurückzukehren. Als Beleg für diese Sichtweise wird angeführt, dass durch die Abmagerung der Körper weitgehend wieder dem eines Kindes ähnelt und damit die sexuelle Signalwirkung reduziert wird, ebenso, dass die Regelblutung bei Mädchen ausbleibt.

#### Modell 2

Ein anderes Modell versteht die Magersucht als einen Kampf um Selbstbehauptung. In der Anorexie verdeutlicht sich das Streben nach Identität, nach Kontrolle des eigenen Lebens. Die in der Kindheit oft überangepassten späteren Magersüchtigen sind von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber dem eigenen Leben beherrscht. In der Kontrolle des eigenen Körpers und der Überwindung des Hungergefühls erlebt sich die magersüchtige Patientin/Patient stattdessen als eigenständige Person.

#### Modell 3

Ein drittes Modell betont schließlich die familiären Aspekte. Anorexie findet sich verstärkt in Familien, die durch ein hohes Harmoniestreben, eine Verklärung des Familienzusammenhalts, den Verzicht auf eigene Bedürfnisse und Opferbereitschaft gekennzeichnet sind. Die magersüchtigen Frauen und Männer lenken durch ihre Erkrankung von anderen Spannungen und Konflikten in der Familie ab. Diese verlieren angesichts des starken Untergewichtes der Betroffenen an Bedeutung und müssen daher auch nicht gelöst werden.

# Was sollten Sie tun, was vermeiden?

## 3.4

### Mütter

Sie werden durch die Magersucht Ihrer Tochter/Ihres Sohnes wachsen. Wenn Sie die Magersucht als Chance begreifen, Ihr Familienleben und Ihre Rolle zu überdenken, und die Idee loslassen, dass Ihr Kind erst einmal an Gewicht zulegen muss, um gesund zu werden, dann sind Sie auf dem richtigen Weg.

Der erste Schritt ist, dass Sie sich Unterstützung holen. Das kann im Rahmen einer Beratung geschehen, in einer Selbsthilfegruppe für Angehörige oder in einer Therapie.

Informieren Sie sich ausführlich über die Symptomatik und konfrontieren Sie Ihre Tochter/Ihren Sohn damit. Lassen Sie sich nicht in die Verleugnungsstrategien der Betroffenen mit hineinziehen. Bagatellisieren Sie die Erkrankung nicht, dramatisieren Sie aber auch nicht. Es dauert in der Regel sehr lange, bis ein lebensbedrohliches Untergewicht vorliegt. Erst wenn die 40-Kilogramm-Grenze unterschritten wird, können die körperlichen Folgeschäden bedrohlich werden. Dringen Sie klar und deutlich auf regelmäßige Arztbesuche. Das entlastet Ihre Beziehung zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn. Mischen Sie sich jedoch nicht in die Behandlung ein und zerstören damit nicht das Vertrauensverhältnis zwischen behandelndem Arzt und Betroffener/m.

### Der erste Schritt

- ✦ Essen Sie getrennt, wenn Sie die Situation unerträglich finden und selbst nicht mehr entspannt essen können. Verbieten Sie der/dem Betroffenen, sich ständig in der Küche aufzuhalten und für andere zu kochen. Sie verschlimmern damit die Situation auf keinen Fall. Erklären Sie Ihre Vorgehensweisen deutlich und handeln Sie dann konsequent und überschaubar.
- ✦ Lassen Sie sich nicht auf Gespräche über das Essen, die Essensmengen und das Körpergewicht ein. Machen Sie deutlich, dass die Verantwortung dafür bei Ihrer Tochter bzw. Ihrem Sohn liegt. Alles was Sie dazu sagen würden, wäre sowieso falsch. Stellen Sie sich nicht grenzenlos für Gespräche zur Verfügung.

## 3.4

- ✦ Achten Sie darauf, ob Sie wirklich bereit für ein Gespräch, körperlich und seelisch dazu in der Lage sind. Entziehen Sie sich nicht, bestimmen Sie aber die Bedingungen mit. Nur so können Sie sich ehrlich begegnen. Sagen Sie, was Sie fühlen und denken, sprechen Sie über Ihre Befürchtungen und Ängste. Signalisieren Sie auch, dass Sie die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen werden. Magersüchtige sind die Symptomträger, die restliche Familie hat aber durchaus auch etwas mit der Entstehung und Aufrechterhaltung des Symptoms zu tun. Es ist eine Chance für alle, die Beziehungen untereinander neu und befriedigender zu gestalten. Achten Sie ab sofort darauf, dass Sie alle miteinander und nicht übereinander sprechen:
- ✦ Sollte der Vater Sie nach der Befindlichkeit der Tochter bzw. des Sohnes fragen, verweisen Sie ihn darauf, sie selbst anzusprechen. Fühlen Sie sich nicht mehr verantwortlich dafür, dass es allen gut geht.
- ✦ Nehmen Sie die Befindlichkeit Ihres Kindes nicht als Maßstab für Ihre eigene Befindlichkeit. Es darf Ihnen auch gut gehen, wenn es Ihrem Kind nicht gut geht. Es ist keinem geholfen, wenn Sie mitleiden und auch krank werden.
- ✦ Tun Sie etwas ganz persönlich für sich, treffen Sie sich mit Freundinnen, schaffen Sie sich Freiräume, in denen Sie auftanken können. Es klingt paradox, wenn Sie in einer Situation loslassen sollen, in der Ihr Kind so hilflos und bedürftig scheint. Doch nur so können Sie tatsächlich etwas erreichen. Ein/e Magersüchtige/r ist sehr stark und mächtig. Zum Hungern gehört eine große Disziplin und Beherrschung. Die Schwäche Ihres Kindes liegt darin, sich nichts Gutes tun zu können, sich nichts zu gönnen und damit die eigenen Bedürfnisse zu leugnen.
- ✦ Geben Sie ein Modell, indem sie beispielhaft zeigen, dass auch Sie bedürftig sind und dazu auch Menschen brauchen; zeigen Sie, dass Sie nicht perfekt sind und Unterstützung annehmen können.

Häufig geschieht es, dass Väter die Erkrankung bagatellisieren und Sie als die hysterische und überängstliche Glucke hingestellt werden. Besonders dann sollten Sie darauf bestehen, dass Ihr Mann mit Ihnen zur Bera-

tung bzw. in eine Selbsthilfegruppe geht, auch wenn er erst einmal nur Ihnen zuliebe mitgeht. Sie brauchen Ihre gegenseitige Unterstützung.

## Väter

Sie stehen sicherlich vor einem großen Rätsel. Ihr sonst so vernünftiges Kind ist selbst mit logischen Argumenten nicht zu überzeugen. Es hungert, obwohl es doch eigentlich essen könnte. Es will es einfach nicht.

Mit Ihrer Frau haben Sie sich darüber auch schon fast zerstritten. Sie sieht das alles zu dramatisch in Ihren Augen. So ganz im Geheimen schleicht sich jedoch auch bei Ihnen Angst ein, und die Sorge um den Gesundheitszustand des Kindes beschäftigt Sie immer mehr.

Väter haben häufig Schwierigkeiten zu akzeptieren, dass ihre Töchter/Söhne magersüchtig sind. Diese Erkrankung ist für sie nicht zu verstehen, die Gründe dafür nicht nachzuvollziehen. Und wenn dann ein Mediziner noch bestätigt, dass alle Blutwerte der/des Magersüchtigen noch in Ordnung sind, dann neigen sie schnell dazu, zu bagatellisieren, dies als eine Phase abzutun, die von allein wieder aufhört.

### Problemdefinition

Magersucht sollte unbedingt behandelt werden, therapeutisch und begleitend auch medizinisch. Der erste Schritt, den Sie tun können, ist, dies zu akzeptieren. Informieren Sie sich über die Symptomatik und die Folgeerscheinungen der Magersucht. Konfrontieren Sie Ihre Tochter/Ihren Sohn mit Ihrem Wissen und Ihren diesbezüglichen Wahrnehmungen.

Überprüfen Sie kritisch Ihre eigene Einstellung zum Schönheitsideal. Bemerkungen - z.B. beim gemeinsamen Fernsehen über die Figuren der Darstellerinnen - werden von Ihrer Tochter seismographisch aufgenommen. Werden Sie sensibel für ihre Bemerkungen und Äußerungen. Vermeiden Sie, zynisch und ironisch auf Ihre Tochter/Ihren Sohn zu reagieren. Dies ist keine konstruktive Kommunikation. Versuchen Sie, sich mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn über Ihre Wahrnehmungen und Gefühle zu

## 3.4

unterhalten, öffnen Sie sich und bauen Sie damit eine Brücke zum Vertrauen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes. Vermeiden Sie jedoch die Themen Körpergewicht und Körperformen, erklären Sie Ihrer Tochter/Ihrem Sohn auch, warum Sie dies tun (s.o.).

- ✦ Achten Sie darauf, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn nicht die Rolle Ihrer Frau übernimmt: Sie kocht für sie, sie ist die bessere Unterhalterin etc. Manchmal bilden sich ungesunde Koalitionen in der Familie: die Tochter/der Sohn mit dem Vater gegen die Mutter oder die Tochter/der Sohn mit der Mutter gegen den Vater. Eine Spaltung zwischen Ihnen und Ihrer Frau sollten Sie auf jeden Fall vermeiden. Das bedeutet nicht, dass Sie keine unterschiedlichen Meinungen haben dürfen. Wenn es jedoch um das Thema Magersucht geht, sollten Sie sich einig sein und Ihre Tochter/Ihren Sohn zu einer Therapie motivieren.
- ✦ Respektieren Sie, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn sich zurückzieht. Es ist ganz normal, dass sie/er die Badezimmertür abschließt und auch für ihr/sein Zimmer einen Schlüssel besitzt. Klopfen Sie immer an, wenn Sie ihr/sein Zimmer betreten wollen. Diese Regel gilt natürlich für alle Mitbewohner.
- ✦ Versuchen Sie ab und zu etwas mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn allein zu unternehmen. Es sollte nicht gerade ein Restaurantbesuch sein, den Sie vorschlagen, aber ein Spaziergang, den Sie für ein entspanntes Gespräch nutzen können.
- ✦ Falls sich Ihre Tochter/Ihr Sohn zu einer Familientherapie entscheidet, seien Sie kooperativ und sehen Sie es als Chance, für sich selbst und auch für Ihre Partnerschaft etwas zu tun. Viele Eltern berichten, dass sie durch eine Familientherapie wieder zueinander gefunden haben bzw. sich wieder neu begegnen konnten und ihre Partnerschaft dadurch gewonnen hat.
- ✦ Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn erwachsen und lebt nicht mehr in Ihrem Haushalt, kann das für Sie und Ihre Frau eine Erleichterung bedeuten. Sie werden dann nicht täglich mit dem Leid Ihrer Tochter/Ihres Sohnes konfrontiert und hören meist über Ihre Frau, welche Sorgen sie sich macht. Doch auch hier ist es wichtig, dass Sie sich nicht entziehen oder so tun, als ob Magersucht eine Bagatelle ist. Stützen Sie Ihre Frau, holen Sie sich gemeinsam Rat.

- ✦ Nutzen Sie den Vorteil, dass Sie emotional mehr Abstand zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn haben als Ihre Frau. Sie können klarer und sachlicher mit Ihrer Kenntnis über Magersucht konfrontieren und Behandlungswege aufzeigen. Natürlich sollte Ihr Gespräch nicht emotionslos verlaufen. Ihrer berechtigten Sorge sollten Sie durchaus Ausdruck verleihen. Druck jedoch oder die Aufforderung an die/den Betroffene/n, einsichtig und rational zu reagieren, ist nutzlos. Ihr Ziel sollte es sein, zu einer Behandlung zu motivieren.
- ✦ Ist die Behandlung eingeleitet bzw. Ihre Tochter/Ihr Sohn in ambulanter oder stationärer Therapie, ist es wichtig, dass Sie dies bejahen. Selbst wenn Ihre Tochter/Ihr Sohn zeitweilig auf Sie sehr aggressiv reagiert oder gar den Kontakt zu Ihnen abbricht, sollten Sie nicht eingeschneppelt reagieren. Verstehen Sie die Reaktion als nachträglich vollzogene Ablösung von Ihnen und als Reifungsprozess. Sie können damit rechnen, dass diese Phase vorbeigeht und Sie sich wieder versöhnlicher begegnen werden.
- ✦ Mischen Sie sich nie in die Therapie ein. Stellen Sie keine eindringlichen Fragen zum Therapieinhalt oder -verlauf. Warten Sie ab, was Sie von Ihrer Tochter/Ihrem Sohn erzählt bekommen. Nehmen Sie sich zurück und vertrauen Sie auf die Kompetenz der Therapeutin/des Therapeuten. Wenn Sie große Unsicherheiten oder Ängste verspüren, holen Sie sich notfalls Rat in einer Beratungsstelle.



## 3.4

### Geschwister

Eine magersüchtige Schwester oder einen magersüchtigen Bruder zu haben, kann für Geschwister sehr anstrengend werden. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sie sich sehr verantwortlich füreinander fühlen. Vielleicht fällt dir erst einmal auf, dass deine Schwester/dein Bruder irgendwie komisch wird und viel über das Essen und ihr/sein Gewicht spricht. Das nervt irgendwann einmal, wird aber auch bei deinem Protest nicht einfach aufhören. Im Gegenteil: Meist verschlimmert sich die Situation mit der Zeit, und deine Schwester/dein Bruder wird dir immer fremder. Auch deine Mutter wird sich verändern. Ihre Sorge wird sich nicht mehr verbergen lassen. Und dann kommt der Punkt, wo die gemeinsamen Mahlzeiten nur noch ein einziger Kampf sind.

Wichtig ist, dass du dafür sorgst, dass du deine Freunde behältst, deine Interessen verfolgst und dich nicht von der magersüchtigen Schwester/dem magersüchtigen Bruder zu stark vereinnahmen lässt. Achte darauf, dass du nur das isst, was du gern magst und auch nur die Portionen, die du für richtig hältst. Lass dich nicht von deiner magersüchtigen Schwester/deinem magersüchtigen Bruder füttern. Sage klar, dass du über das Essverhalten und die Figur deiner Schwester/deines Bruders nicht diskutierst, das hilft nämlich nichts.

#### Unterstützung

Geschwister sollten unbedingt darin unterstützt werden, ihren Ärger und ihre Wut auch aussprechen zu dürfen. Sie reagieren häufig sehr natürlich und schützen sich damit vor zu starker Vereinnahmung. Wenn Eltern dies unterbinden und verlangen, dass die/der Magersüchtige geschont wird, werden Gefühle unterdrückt, die für die Betroffenen wertvoll sind zu erfahren. Nicht Schonung ist gefragt, sondern ein ehrliches Miteinander-Umgehen.



## Partner

Als Frau/Mann einer/eines Magersüchtigen werden Sie schnell an die Grenzen Ihrer Belastbarkeit gelangen, es sei denn, Ihr Partner/Ihre Partnerin ist chronisch magersüchtig und Sie haben sie/ihn bereits so kennen gelernt.

Eine Magersucht kann in traumatischen Trennungssituationen auch nach der Pubertät ausbrechen. Dies gilt besonders für Menschen, die schon in der Pubertät zeitweise unter Essstörungen gelitten haben.

Anfangs werden Sie die Situation eventuell falsch einschätzen. Vielleicht unterstützen Sie die Idee Ihrer Partnerin/Ihres Partners abzunehmen und diäten gemeinsam. Oder Sie hoffen, dass sich das einfach wieder legt und sie bald wieder gemeinsam richtig genießerisch essen können. Wenn Sie ständig Ausreden hören wie: »Ich habe schon gegessen. Ich habe keinen Hunger. Ich esse später etwas.«, sollten Sie hellhörig werden. Wenn sich Ihre Partnerin/Ihr Partner dann noch selbstkritisch über ihre/seine unmögliche Figur und das viele Fett äußert, obwohl sie/er bereits sehr schlank ist, dann müssen Sie reagieren und konfrontieren.

Achten Sie zu zunächst auf Ihr eigenes Essverhalten. Essen Sie wirklich nur, was und wieviel Sie essen möchten. Essen Sie notfalls getrennt. Vermeiden Sie, zusammen essen zu gehen. Sie werden damit nicht erreichen, dass Ihre Partnerin/Ihr Partner wieder richtig isst. Vielleicht isst sie/er Ihnen zuliebe eine Kleinigkeit. Das spart sie/er dann aber mit Sicherheit bei der nächsten Gelegenheit wieder ein.

Schwierig wird es für Sie auch sein, wenn Sie körperlich abgewiesen werden, d.h. Ihre Partnerin/Ihr Partner sich nicht mehr von Ihnen berühren lässt. Magersüchtige haben damit häufig große Probleme. Manchmal lassen sie sich gern wie kleine Kinder streicheln, z.B. am Rücken oder am Kopf. Alle sexuell eingefärbten Berührungen sind jedoch für sie abstoßend und schwer zu ertragen. Sie hassen ihren Körper, der ihnen ständig Bedürfnisse signalisiert, die sie nicht haben möchten,

### Am Anfang

## 3.4

denn sie wollen unabhängig - auch von ihrem Körper - sein. Paradoerweise signalisieren sie mit ihrer Magerkeit gerade das Gegenteil. Jeder möchte helfen, beschützen und wärmen. In dem Moment, wo Sie dem Impuls nach Fürsorge nachgeben, kann es Ihnen geschehen, dass Sie auf Ablehnung stoßen. Irgendwann werden Sie dann in Ihren Verhaltensweisen so verunsichert sein, dass Sie sich lieber zurückziehen. Aber das ist keine Lösung. Sie müssen die Gratwanderung machen: Sie müssen Stütze sein und trotzdem loslassen. Sie helfen mit Solidarität, Präsenz und Vertrauen, also einem echten Beziehungsangebot, und schaden mit der Übernahme von Verantwortung, Überfürsorglichkeit und grenzenloser Aufopferung.

Holen Sie sich dabei Unterstützung. Viele Beratungsstellen bieten Beratung und Selbsthilfegruppen auch für Angehörige an.

### **Angehörige (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)**

#### **Schuldfrage**

Die Tatsache, dass jemand in Ihrer Familie an Magersucht erkrankt ist, wird Sie sicherlich überraschen. Und dann ausgerechnet dieses kluge Mädchen/dieser intelligente Junge! Der Familie mangelt es doch an nichts. Sie werden Erklärungen suchen und eventuell Schuldige. Vermeiden Sie das unbedingt. Für Magersucht gibt es so vielfältige Ursachen, dass es mühsam wäre, hier zu spekulieren. Und mit Schuldzuweisungen ist niemandem geholfen.

Großeltern haben häufig einen guten Kontakt zu ihren Enkeln und können, vorausgesetzt, dass sie sich über Magersucht informieren, hilfreiche Gesprächspartner sein. Auch andere Angehörige, die der/dem Betroffenen nahe stehen, sollten diesen Kontakt nutzen und nicht den Kopf in den Sand stecken. Sprechen Sie in Ruhe über Ihre Wahrnehmungen und über Ihren Verdacht bzw. Ihr Wissen über die Erkrankung. Bieten Sie Ihre Unterstützung an, z.B. indem Sie zusammen eine Beratungsstelle aufsuchen. Nehmen Sie in Kauf, dass Ihre Konfrontation auf Ablehnung stößt und Sie erst einmal schroff abgewiesen werden. Bleiben Sie

freundlich und verständnisvoll. Sprechen Sie immer direkt mit der/dem Betroffenen. Holen Sie nicht hinter deren Rücken Informationen über sie ein. Wenn Sie mit den Eltern sprechen möchten, so reden Sie mit ihnen über Ihre Sorgen und Ihre Ängste. Bieten Sie gegebenenfalls an, dass die/der Betroffene zeitweise bei Ihnen wohnen kann. Das kann für alle eine große Entlastung sein. Überlegen Sie sich aber dieses Angebot sehr genau, denn der Alltag mit einer/einem Magersüchtigen ist sehr anstrengend, weil konfliktreich. Versprechen Sie sich aber nicht davon, die Magersucht so zu heilen. Es kann zwar zu einer kurzfristigen Besserung kommen, eine Heilung jedoch kann in der Regel nur mit einer therapeutischen Behandlung erzielt werden. Nutzen Sie jedoch die kurze Entspannung, um für eine Therapie zu motivieren.

## Freunde und Kolleg(inn)en

Magersüchtige isolieren sich im Verlauf ihrer Erkrankung von Freunden. Sie ziehen sich immer mehr zurück und finden viele Ausreden, Verabredungen nicht wahrzunehmen. Sie sind häufig damit beschäftigt z.B. für die Schule zu lernen, und sind trotz bester Leistungen nie mit sich zufrieden. Sie vermeiden es, mit anderen zu essen und fühlen sich ausgeschlossen, wenn z.B. die Clique zusammen essen geht.

Freunde sollten versuchen, den Kontakt nicht abbrechen zu lassen. Wichtig dabei ist jedoch, sich nicht aufzuopfern. Thematisieren Sie Ihre Wahrnehmungen und den Verdacht der Magersucht. Informieren Sie sich über Hilfsangebote und geben Sie diese Informationen weiter. Suchen Sie gemeinsame Gesprächsthemen, die nicht mit Essen und Figur zu tun haben. Sagen Sie, was Ihnen an Ihrer Freundin/Ihrem Freund gefällt. Sprechen Sie über die von Ihnen wahrgenommenen Rückzugstendenzen und Ihre Besorgnis darüber.

Halten Sie auch bei einem längeren Klinikaufenthalt mit der/dem Betroffenen Kontakt. Es ist für sie/für ihn sehr wichtig, bei der Rückkehr aus der Klinik Gesprächspartner zu haben.

## Isolation

## 3.4

### Lehrer(innen)

Besonders Gymnasiallehrer(innen) werden die Problematik kennen. Magersüchtige sind die Klassenbesten, sehr leistungsorientiert und im Allgemeinen sehr beliebte Schüler(innen) - bis zu dem Zeitpunkt, da sie von ihrer Magersucht beherrscht werden. Dann treten Veränderungen ein wie Rückzug, Depressionen, Aggressionen und Weinerlichkeit. Das hohe Leistungsniveau halten sie meist trotz körperlicher Schwäche sehr lange aufrecht.

#### Reaktionen

Die Magerkeit der Betroffenen wird häufig von Sportlehrer(inne)n als Erstes erkannt. Sie sollten dies bei Ihren Kolleg(inne)n ansprechen und unbedingt Ihre Wahrnehmungen austauschen. Sollte sich der Verdacht einer Magersucht erhärten, dann sind Sie gefragt, die Betroffene/den Betroffenen und die Eltern anzusprechen. Voraussetzung ist, dass Sie die/der Lehrer(in) sind, die das größte Vertrauen der Betroffenen/des Betroffenen genießt! Im Gespräch unter vier Augen sollten Sie mit der Symptomatik und Ihrer Wahrnehmung konfrontieren und zu einer Behandlung auffordern. Bieten Sie Ihre Unterstützung an, z.B. ein Gespräch mit den Eltern einzuleiten oder gemeinsam eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie auf Ablehnung und Widerspruch stoßen, ist groß. Lassen Sie sich davon nicht abschrecken. Erklären Sie, dass Sie damit gerechnet haben. Es ist nicht leicht, sich einzugestehen, magersüchtig zu sein. Signalisieren Sie Verständnis, aber auch, dass Sie besorgt sind. Empfehlen Sie vielleicht erst einmal einen Arztbesuch. Suchen Sie das Gespräch nach einiger Zeit erneut.

Eine Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen kann hilfreich sein, die Mitschüler(innen) zu sensibilisieren. Es ist unwahrscheinlich, dass es nur eine/einen Betroffene/n in der Klasse gibt. Meist finden sich mehrere, die mit der Figur und dem Essen Probleme haben. Sie können sehr hilfreich sein, indem Sie das Thema Schönheitsideal und Diäten aufgreifen. Seien Sie aber vorsichtig, wenn Sie selbst Probleme damit haben; Sie können dann rasch unglaubwürdig werden.

**Vorbildfunktion**

Sie sind für viele Schüler(innen) ein Vorbild – auch wenn Ihnen dies nicht bewusst ist. Mädchen berichten häufig im Rahmen der Therapie, dass sie sich an einer/einem Lehrer(in) orientiert haben. Das fordert von Ihnen eine Selbstreflexion, die sehr spannend sein kann. Wie fühlen Sie sich in Ihrem Körper? Wie ernähren Sie sich? Welche Rolle spielt Ihre Figur bei der Stärke Ihres Selbstbewusstseins? Können Sie sich abgrenzen? Welche Suchtverhaltensweisen kennen Sie von sich selbst? Holen Sie sich Hilfe, oder haben Sie den Anspruch, alles allein zu machen?

Sie können therapiebegleitend eine sehr gute Unterstützung sein, wenn Sie den Kontakt zu der/dem Betroffenen so gestalten, dass Sie sich selbst nicht verausgaben und Zeit und Gefühl ehrlichen Herzens anbieten. Konkurrieren Sie weder mit der Mutter/dem Vater noch der Therapeutin/dem Therapeuten. Seien Sie eindeutig solidarisch mit der/dem Betroffenen, machen Sie Mut und zeigen Sie Geduld und Zuversicht.



## 3.5

# Resümee

- ✦ Überprüfen Sie kritisch Ihre Einstellung zum Schönheitsideal und zu Diäten.
- ✦ Erkennen Sie die Symptome der Magersucht.
- ✦ Konfrontieren Sie die Betroffenen einfühlsam mit Ihrer Wahrnehmung.
- ✦ Dringen Sie als ersten Schritt auf einen Arztbesuch (möglichst eine Empfehlung einer Beratungsstelle), später sollte eine Therapie eingeleitet werden (von der/dem Betroffenen).
- ✦ Halten Sie Aggression und Ablehnung aus und ziehen Sie sich nicht zurück.
- ✦ Achten Sie sowohl auf Ihre Grenzen als auch auf die Grenzen der Betroffenen.
- ✦ Respektieren Sie notfalls einen - erfahrungsgemäß - vorübergehenden Kontaktabbruch.
- ✦ Informieren Sie sich über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten und geben Sie Ihre Informationen an die Betroffenen weiter.
- ✦ Mischen Sie sich nicht in Arzt- oder Therapeutenkontakte ein.
- ✦ Vermeiden Sie notfalls gemeinsame Essenssituationen.
- ✦ Vermeiden Sie unbedingt Gespräche über das Essen und über das Körperschema.
- ✦ Verbieten Sie den ständigen Aufenthalt in der Küche und das Kochen.
- ✦ Vermeiden Sie Maßnahmen, die die Erkrankung ungünstig beeinflussen können, wie z.B. Überfürsorge und doppelbödige Kommunikation. Stärken Sie die Autonomie der/des Betroffenen.
- ✦ Unterstützen Sie gegebenenfalls die Therapie - nicht durch »Einmischung«, sondern durch grundsätzliches Verständnis - und sehen Sie die Behandlung nicht als Bedrohung.
- ✦ Und: Nehmen Sie die Betroffenen ernst und erklären Sie, warum Sie Ihr bisheriges Verhalten verändern, und bleiben Sie konsequent!



4.

# Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa)

Bulimie oder Ess-Brech-Sucht ist die Essstörung, die besonders unter jungen Mädchen sehr weit verbreitet ist, jedoch in den wenigsten Fällen im Frühstadium erkannt wird. Die Betroffenen sind vom Gewicht her unauffällig. Heimlich, mit der festen Vorstellung, nach dem Erreichen des Wunschgewichts wieder ein normales Leben zu führen, begeben sich die Mädchen schrittweise in ein Doppelleben: ein offizielles, perfektes Fassadenleben und ein inoffizielles, unkontrolliertes, für sie selbst ekeliges Dasein. Diese Spaltung erschwert eine Identitätsfindung. Im fortgeschrittenen Stadium der Bulimie zehrt der Kampf beider Seiten gegeneinander stark an den Kräften der Betroffenen, sie isolieren sich und werden depressiv.

## 4.1

### Ein Fallbeispiel

Petra ist 21 Jahre alt. Sie studiert Germanistik. Bis zu ihrem 20. Lebensjahr wohnte sie zusammen mit ihrem um ein Jahr jüngeren Bruder bei den Eltern. Für ihren magersüchtigen Bruder suchte sie vor zwei Jahren eine Beratungsstelle für Essstörungen auf. Sie steckte damals im Abitur und machte sich Sorgen um den immer magerer werdenden Bruder. Im Verlauf einiger Beratungsgespräche auch zusammen mit ihrem Bruder wurde deutlich, dass sie selbst auch Hilfe benötigte. Sie war seit ihrem vierzehnten Lebensjahr essgestört. Ihre damalige Magersucht blieb weitgehend unerkannt: Sie war eben schlank. Ihr Essverhalten, erinnerte sich die Mutter in einem späteren Gespräch, war zwar merkwürdig, aber die Mädchen seien eben in einem bestimmten Alter etwas komisch. Erst als der Vater sich einmischte und darauf bestand, dass Petra wieder wie ein normaler Mensch zu essen habe, kam sie auf die Idee mit der Bulimie. So konnte sie »normal« essen, wurde aber auf keinen Fall dicker.

#### Die Anfänge

Ihr Vater spielt heute - trotz der räumlichen Entfernung - noch eine große Rolle in ihrem Leben. Sie hat Angst vor ihm. Er meint es zwar immer nur gut mit ihr, ist aber unerbittlich in seinen Entscheidungen. Seine harte Jugend bringt er immer wieder ins Gespräch. Für ihn zählen Leistung und Arbeit. Gefühle sind Luxus. Petra leidet darunter. Ebenso wie ihr Bruder. Die sensible Mutter, die versucht, immer wieder alles gut zu machen, kann diese Härte nur bedingt auffangen. Sie ist froh, dass die Kinder nunmehr aus dem Haus sind und sie nicht mehr zwischen die Fronten gerät. Allein mit ihrem Mann kommt sie einigermaßen zurecht.

Petra hat in der Schule perfekt funktioniert. Sie war immer Klassenbeste. Sie wählte ein Studium, das ihr der Vater anriet, ihr allerdings keine rechte Freude macht. Medizin wäre ihr Traum. Als sie noch zu Hause lebte, hatte sie Probleme, ihre Bulimie versteckt zu halten. Ihre Magersuchtsphase war leichter zu leben, da brauchte sie nur das Essen zu verweigern oder sich davor zu drücken. Nachdem sie nun »normal« aß, hatte sie gehofft, mit dem Erbrechen dieser normalen Mahlzeiten eine Gewichtszunahme zu verhindern. Nach und nach entstand ein Heißhunger auf bestimmte Lebensmittel, und sie verlor die Kontrolle

über ihr Essverhalten. Essanfälle entwickelten sich. Ihr Plan ging nicht auf. Neben dem normalen Essen mit der Familie hatte sie nun mit heimlichen Essanfällen zu kämpfen. Nachts, oder wenn niemand im Haus war, durchstöberte sie die Vorräte und machte sich über sie her.

Sie fühlte sich furchtbar dabei und schwor sich jedesmal, dass damit Schluss sein müsse. Das Übergeben fiel ihr schwer. Sie kam auf die Idee, es mit Abführmitteln zu versuchen. Sie schluckte immer größere Mengen und litt unsäglich an den Folgen. Dann erprobte sie die Gewichtskontrolle über den Sport.

Die Essanfälle konnte sie nicht mehr aufhalten. Inzwischen ging sie schon gezielt dafür einkaufen und versteckte die Lebensmittel in ihrem Zimmer. Das Geld wurde ihr knapp. Sie nahm ab und zu etwas aus der Geldbörse ihrer Mutter. Das merkte niemand. Nach jedem Essanfall drei Stunden auf den Stepper oder Joggen - das erschien ihr als Lösung. Aber auch diese Methode konnte sie nicht durchhalten. Sie kehrte zurück zum Erbrechen. Ihr Körper war zwar nach außen hin perfekt, sie spürte jedoch, wie ihre Kräfte nachließen. Dazu kam, dass sie sich immer mehr zurückzog. Sie fühlte sich sehr deprimiert, ihr kam alles sinnlos vor. Ihrer Mutter fiel das auf, sie schickte sie zum Hausarzt. Dem Arzt erzählte sie nichts von ihrer Bulimie. Sie befürchtete, er könnte darüber mit ihren Eltern sprechen. Sie erhielt Antidepressiva. Damit sollte sie wieder Antrieb bekommen.

Als sie das erste Mal im Rahmen eines Beratungsgesprächs, bei dem es eigentlich um ihren Bruder gehen sollte, über ihre Bulimie sprach, kam eine große Traurigkeit in ihr auf. Was hatte sie sich nicht alles ange-  
tan? Verzweifelt über ihre Unfähigkeit, das alles allein wieder in den Griff zu bekommen, wollte sie nun Hilfe annehmen. Ihre Eltern sollten aber nichts erfahren. Besonders ihr Vater nicht, der würde sowieso nichts verstehen.

Die Magersucht ihres Bruders war der Anlass, ein Familiengespräch zu organisieren. Aus diesem einen Familiengespräch wurden mehrere. Sie dienten dazu, die Familie dabei zu unterstützen, neue, gesündere und direktere Kommunikationswege zu finden, die ein Wachstum und eine



# Typische Muster und Abläufe

## 4.2

Gefährdet sind Menschen, in deren Familien Suchtverhalten aufgetreten ist. Außerdem kann eine Neigung zum übertriebenen Perfektionismus ein Hinweis auf eine Gefährdung sein. Perfektionismus wird im Verlauf einer Bulimie noch stärker und quält Betroffene nicht nur im Hinblick auf ihre Figur, sondern in allen Lebensbereichen: Schule, Ausbildung, Rolle als Tochter oder/und Freundin, Ehefrau, Mutter etc. Ich bin nicht gut genug, nicht schön genug, nicht genug überhaupt! Ich bin so wie ich bin nicht richtig, alles an mir könnte besser sein. Obwohl die Fassade lange Zeit stimmt, ist das Selbstwertgefühl der Betroffenen sehr schwach ausgeprägt, ihre Identität verschwommen.

### **Perfektionismus**

Bulimische Frauen haben nicht gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und gegenüber anderen zu vertreten. Außerdem berichten sie über starke Abhängigkeitsgefühle, die mit großen Verlust- und Trennungsängsten einhergehen. Dies trägt zur Unterdrückung eigener Gefühle und Bedürfnisse bei und hat eine starke Orientierung an den Erwartungen anderer Menschen zur Folge. Das mangelnde Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen bewirken depressive Verstimmtheit sowie Gefühle der emotionalen Leere, Hilflosigkeit und Anspannung und der Scham über die Unzulänglichkeit des eigenen Körpers. Das Wahrnehmen, Benennen und Ausdrücken der eigenen Gefühle gelingt den Frauen nur schwer. Die in der eigenen Wahrnehmung bestehenden Unterschiede zwischen dem »Wie ich sein will« und dem »Wie ich bin« führen zu Spannungszuständen, die sich dann im Essverhalten entladen.

### **Unterdrückung von Bedürfnissen**

Viele der bulimischen Frauen waren früher einmal magersüchtig. Die Symptomverlagerung ist eine scheinbare Lösung und begünstigt die Entwicklung zu einer chronischen Essstörung. Ein anderer Einstieg ist eine oder mehrere missglückte Diäten. Der Wille, schnell schlank zu werden, eine extreme Diät stehen dann am Anfang einer Krankheit. Der »Diät-Geheimtipp« wird durch die Medien verbreitet und oft auch bagatellisiert. Dieser Anfang erscheint harmlos.

Die Schwelle zur Essstörung, aus der sich Betroffene ohne fremde Hilfe kaum noch befreien können, ist aber schnell überschritten.

## 4.2

Die Entwicklung kann, muss aber nicht dramatisch werden. Bei einem schweren Krankheitsverlauf kommt es neben schweren körperlichen Schäden auch zu sozialen Auffälligkeiten: Häufig ambivalentes Verhalten (»launisch sein«, »mal hü, mal hott«) und Aggressivität be- und verhindern Kontakte, führen zur Vernachlässigung der Schulpflichten, zu einer chaotischen Wohnsituation (Zimmer ist überfüllt mit Lebensmittelresten, offenen Büchsen, Papier etc.), zum Stehlen von Lebensmitteln oder Geld, zu hoher Verschuldung.



# Hinweise auf Ursachen und Auslöser

## 4.3

Als wesentliche Risikofaktoren haben sich das gesellschaftliche Schlankheitsideal und eine veränderte Rollenerwartung an Frauen erwiesen. Einerseits können Frauen sich von der traditionellen Hausfrau- und Mutterrolle distanzieren und beruflichen Erfolg und Leistungsbereitschaft anstreben, andererseits werden ihnen aber nach wie vor die weiblichen Tugenden der Warmherzigkeit, des Sorgens für andere und vor allem des Schönseins zugesprochen und abverlangt.

### **Rollenerwartung**

Psychische Risikofaktoren sind vor allem ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine große Selbstunsicherheit und eine insgesamt gestörte Entwicklung der eigenen Identität. Es besteht ein Mangel in der Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Körpersignale wie Hunger oder Sättigung, diese werden kaum oder verzerrt wahrgenommen. Gewichtskontrolle und Diäten vermitteln dann ein Gefühl der Sicherheit, weil die eigenen Bedürfnisse scheinbar kontrolliert werden.

Die familiäre Situation bulimischer Frauen ist häufig durch große Unsicherheit geprägt; mindestens zu einem Elternteil besteht in der Regel eine unsichere Bindung. Häufig finden sich frühe Verlustereignisse, z.B. Trennung von einem Elternteil, so dass die junge Frau schon früh das Erleben mangelnder Unterstützung zu verarbeiten hatte. Immer wieder wird auch über sexuellen und emotionalen Missbrauch in den Familien berichtet.

Kontrolle und Konfliktvermeidung charakterisieren das familiäre Klima in diesen Familien. Es gibt indirekte gegenseitige Beschuldigungen und Abwertungen. Widersprüchliche Botschaften kennzeichnen den Umgang miteinander. Vor allem die Konfliktvermeidung trägt dazu bei, dass bulimische Frauen kaum taugliche Strategien zur Konfliktlösung lernen. Vielmehr scheint ein Überleben angesichts von Konflikten nur durch ein hohes Maß an Kontrolle der eigenen Gefühle möglich. Viele bulimische Frauen berichten über familiäre Schlankheits- und Gesundheitsideale, der äußeren Erscheinung wurde eine hohe Bedeutung eingeräumt.

### **Kontrolle und Konfliktvermeidung**

## 4.3

In einer Atmosphäre, in der die Bedürfnisse des Einzelnen nicht respektiert werden, wird auch die Wahrnehmung von Körpersignalen wie Hunger und Sättigung verlernt. Essen wird in diesen Familien häufig nicht bedürfnisorientiert eingesetzt, sondern als Mittel der Ablenkung, Belohnung und Entspannung und zur Aufrechterhaltung traditioneller Normen.

Hat sich die Bulimie erst einmal ausgebildet, so wird sie im Sinne eines psychosomatischen Teufelskreises aufrechterhalten. Diäten, Fasten, Erbrechen, exzessiver Sport und Abführmittelmissbrauch führen zu einem körperlichen und psychischen Mangelzustand, der nicht unbegrenzt ausgehalten werden kann. Typischerweise folgen Heißhungeranfälle, die wiederum auf körperlicher und psychischer Ebene zu massivem Unwohlsein führen, das nun abermals durch Diäten, Fasten, Erbrechen, exzessiven Sport und Abführmittelmissbrauch beendet wird. Dies hat erneut einen körperlichen und psychischen Mangelzustand zur Folge usw. usw.

# Was sollten Sie tun, was vermeiden?

## 4.4

### Mütter

Sie werden vielleicht die Erste sein, die bemerkt, dass Lebensmittel verschwinden und Sie keine Erklärung dafür haben. Vielleicht ist es auch der typisch süßliche Geruch im Badezimmer, der Sie stutzig macht. Dazu kommt dann vielleicht ein Fernsehbericht, der Ihnen die Augen öffnet. Aber wie sollen Sie Ihre Tochter ansprechen? Oder sollen Sie sie erst einmal »verfolgen« und »auf frischer Tat« ertappen? Besser ist es, Sie suchen einen ruhigen Augenblick und sprechen dann offen über Ihre Vermutung. Wahrscheinlich wird Ihre Tochter sagen, dass ihr übel geworden ist, dass Sie sich keine Sorgen machen sollen, oder sie reagiert aggressiv und verweigert jede weitere Auskunft. Lassen sie sich weder beruhigen noch abweisen. Wenn Sie eindeutige Hinweise auf eine Bulimie haben, müssen Sie in die Konfrontation gehen und dürfen sich nicht in das Verleugnungssystem Ihrer Tochter einbeziehen lassen. Achten Sie besonders auf starkes Ambivalenzverhalten und Rückzugstendenzen. Erklären Sie deutlich, dass Sie dies auf die Bulimie zurückführen, und beziehen Sie sich auf früheres Verhalten Ihrer Tochter.

Sicher ist es in der Pubertät schwierig, sowohl einer altersgemäßen Veränderung Rechnung zu tragen als auch zu erkennen, welche Verhaltensveränderungen der Bulimie zuzuordnen sind. Eindeutig wird es für Sie dann, wenn Sie Abführmittelmissbrauch erkennen, Spuren des Erbrechens finden oder Ihre Tochter exzessiv Sport treibt. Gewichtsveränderungen sind ein weiterer Hinweis. Doch sollten Sie diese Veränderung nicht in den Vordergrund stellen. Es hilft auch nicht, wenn Sie Ihrer Tochter bestätigen, dass sie doch nunmehr eine gute Figur habe und so bleiben könne. Gutes Zureden und logische Erklärungen greifen bei Betroffenen nicht. Das Schwierigste für Sie wird die Erkenntnis sein, dass Sie nur in sehr kleinem Umfang helfen können. Sie können sich Unterstützung holen und damit vorbildlich zeigen, dass Sie kein Übermensch sind und Hilfe akzeptieren, Sie können Informationsmaterial zu Hause liegen lassen, aber letztendlich muss Ihre Tochter entscheiden, wann und wie sie Hilfe in Anspruch nimmt. Druck und Zwang sind keine

## 4.4

guten Ratgeber. Sie sollten unbedingt überprüfen, wie die Kommunikation in Ihrer Familie läuft. Sind Sie das Sprachrohr für alle? Wie direkt treten die Familienmitglieder miteinander in Kontakt? Wie viele Kompromisse schließen Sie »um des lieben Friedens willen«? Wer darf wem in der Familie Grenzen setzen? Ist klar, wer wofür zuständig ist? All das sind Fragen, welche die Familienstruktur betreffen und darauf abzielen, sie klar und überschaubar zu machen. In einer Familientherapie werden solche Fragen auf Sie zukommen.

- ✦ Ihre Tochter wird wahrscheinlich vermeiden, mit Ihnen gemeinsam Mahlzeiten einzunehmen. Sie sollten Sie dazu auch nicht zwingen. Essanfälligkeit wird sie in Ihrem Beisein nicht praktizieren. Falls Sie jedoch noch gemeinsam essen, Sie selbst aber unter starker Spannung dabei stehen, weil Sie aufgrund Ihrer Erfahrung wissen, dass Ihre Tochter nach dem Essen im Bad verschwindet, so sollten Sie getrennte Essenssituationen empfehlen. Absprachen mit der Tochter, sie davon abzuhalten, das Essen wieder zu erbrechen, haben meist nur sehr kurzfristig Erfolg und münden in Aggressionsausbrüchen. Ersparen Sie sich derartige Experimente.
- ✦ Bestehen Sie darauf, dass die Toilette sauber gehalten wird, beobachten Sie, ob Ihre Vorräte verschwinden und ob Ihre Tochter das Essen versteckt. Respektieren Sie dabei aber unbedingt ihr Hoheitsrecht in ihrem Zimmer. Ihre Tochter darf ihr Zimmer verschließen.
- ✦ Falls Vorräte verschwinden, ordnen Sie getrennte Fächer im Kühl- und/oder Speiseschrank an. Kaufen Sie keine Extramengen ein. Übergeben Sie die Verantwortung für die Ernährung Ihrer Tochter an diese zurück. Manchmal ist es sinnvoll, Betroffenen einen gewissen Geldbetrag für Lebensmittel pro Woche zur Verfügung zu stellen, über den sie frei verfügen können (je nach Alter und Familiensituation 20 - 30 €). Dies unterstützt die Autonomie und entlastet die Familie. Damit ist nicht nur die getrennte Lagerung der Lebensmittel, sondern auch ihre Beschaffung gewährleistet.

- ✦ Bestehen Sie darauf, dass sie - wenn sie tatsächlich bulimisch ist - einen Arzt aufsucht. Mangelerscheinungen können so gestoppt und beseitigt werden.

## Väter

Sie werden es erst einmal nicht glauben, wenn Ihre Frau Ihnen von dem Verdacht berichtet. Ihre Tochter sieht gut aus, hat keine Schulprobleme und scheint auch sonst unproblematisch, zumindest nach dem zu urteilen, was Sie in Ihrer knappen Zeit in der Familie mitbekommen. Nehmen Sie jedoch die Hinweise Ihrer Frau ernst. Meist liegen die Mütter mit ihrem Verdacht richtig. Informieren Sie sich anhand von Literatur über die Symptomatik und über die Auswirkungen der Bulimie.

- ✦ Nehmen Sie die Bulimie Ihrer Tochter ernst. Mit Ironie oder guten Ratschlägen erreichen Sie nichts. Auch nicht mit Ermunterungen, die sich auf die guten Leistungen und das gute Aussehen Ihrer Tochter beziehen. Das könnte die Erkrankung ungünstig beeinflussen.
- ✦ Stellen Sie Ihre Tochter nicht zur Rede, sondern finden Sie gemeinsam eine Gelegenheit zu einem ruhigen Gespräch. Allerdings sollten Sie sich dabei nicht auf die Informationen Ihrer Frau beziehen, sondern auf eigene Beobachtungen. Teilen Sie Ihrer Tochter Ihre Besorgnis ehrlich mit. Sie können auch zugeben, dass es Ihnen schwer fällt, diese Erkrankung zu verstehen. Dies wird Ihre Tochter nicht verlangen. Sie möchte lediglich erst einmal ernst genommen werden. Bieten Sie Ihre Hilfe an, z.B. Ihre Bereitschaft zur Teilnahme bzw. zur Unterstützung einer zukünftigen Therapie.
- ✦ Achten Sie darauf, dass Sie sich nicht in Gespräche über die Mutter oder andere Familienmitglieder verwickeln lassen. Sprechen Sie über die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Tochter. Bilden Sie keine Koalition mit Ihrer Tochter gegen Ihre Frau.

## 4.4

### Geschwister

Wenn zum Frühstück nur noch trockenes Brot da ist, das Nutellaglas wieder einmal leer ist und die Schwester dazu schlechte Laune hat, ist die Zeit gekommen, wo auch Geschwister Ärger empfinden und fragen, was denn los ist. Da Bulimie eine heimliche Erkrankung ist, wird es auch schwer sein, sie im Anfangsstadium zu entdecken. Manchmal ahnen Schwestern oder Brüder aber schon sehr früh etwas, vielleicht auch, weil sie das Zimmer teilen. Dann sollten sie sich unbedingt Rat holen. Obwohl häufig Konkurrenzverhalten zwischen den Geschwistern besteht, ist ein ehrliches Wort von der Schwester oder dem Bruder häufig eine Brücke für die Betroffenen sich Hilfe zu holen. Je nach Alter der Schwester oder des Bruders, können die Eltern durchaus erst einmal außer Acht gelassen werden, wenn sie es sich zutrauen, Kontakt mit einer Beratungsstelle herzustellen und sich dort Unterstützung holen können.

### Partner

Es wird selten geschehen, dass Sie bereits von Beginn der Partnerschaft an über die Bulimie informiert sind. Sie werden erst einmal die lebenswerten und perfekten Seiten Ihrer meist sehr attraktiven Partnerin kennen lernen. Umso erschreckender ist es dann, von ihrer anderen Seite zu erfahren. Betroffene haben große Angst, sich zu offenbaren. Sie befürchten, dass der Partner sich vor ihnen ekelt und sie ausgrenzt. Meist ist diese Angst unbegründet. Eher erschwert die Hilflosigkeit des Partners den Umgang miteinander. Er fühlt sich verantwortlich und gefordert und kann doch so wenig machen.

### **Nichts ist richtig**

Hält er sie nach dem Essen am Tisch, lässt er sie ohne Kommentar erbrechen, tut er so, als ob alles in Ordnung ist, schimpft er, macht er Druck: Selten wird er damit langfristig etwas erreichen. Bulimie ist eine psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter, die mit einfachen

Verhaltensregeln nicht zu verändern ist. Partner können lediglich die Therapiemotivation stützen und dafür sorgen, dass sie vorbildlich Grenzen setzen. Sie sollten sich auf keinen Fall aufopfern und alles für die Betroffene tun. Führen Sie Ihr eigenes Leben in eigener Verantwortlichkeit, pflegen Sie Kontakte zu Ihren Freunden und Bekannten.

Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Partnerin und geben Sie ihr Zuwendung und Verständnis, fordern Sie dabei jedoch auch, dass sie sich in Behandlung begibt. Heimlichkeiten und Lügen, die mit der Bulimie häufig einhergehen, belasten eine Partnerschaft sehr stark. Holen Sie sich notfalls auch Unterstützung in einer Paarberatung.

### **Angehörige (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)**

Sie werden wohl am wenigsten davon mitbekommen, dass eine Verwandte von Ihnen bulimisch ist. Denn sie wird diejenige sein, die immer gut aussieht und interessant ist. Es sei denn, Sie erhalten von ihr Logierbesuch über einige Tage oder verreisen zusammen. Aber selbst dann wird es für Betroffene häufig eine Ausnahmesituation sein, in der sie es manchmal schaffen, symptomfrei zu sein. Natürlich nur im Hinblick darauf, dass sie alles in einigen Tagen wieder nachholen können. Vielleicht fällt Ihnen auf, dass sie in letzter Zeit Familienfeiern meidet bzw. erst nach dem Essen auftaucht.

Wenn sich die Mutter vertrauensvoll an Sie wendet, sollten Sie sie entlasten. Es ist jedoch gut zu überlegen, ob Sie diese Informationen nutzen, um mit der Betroffenen darüber in Kontakt zu treten. Nur wenn Sie ihr sehr nahe stehen, z.B. ihre Lieblingstante sind, sollten Sie dies in Erwägung ziehen.

Sollte sich die Betroffene selbst an Sie wenden und offen mit Ihnen reden, dann ist das ein tiefer Vertrauensbeweis. Fragen Sie dann, wie Sie ihre Verwandte unterstützen können, welche Vorstellung sie dazu hat. Besprechen Sie gemeinsam die Möglichkeiten. Achten Sie darauf, dass Sie echt bleiben in Ihrem Angebot und sich nicht übernehmen. Wenn z.B.

## 4.4

zur Debatte steht, dass die Betroffene vorübergehend bei Ihnen wohnen möchte, so sollten Sie dies nur akzeptieren, wenn diese sich gleichzeitig Hilfe holt, d.h. zum Beispiel eine Beratungsstelle aufsucht und sich in ärztliche Betreuung begibt. Dann sollten Sie sich mit den Hinweisen, die für Mütter und Väter gelten, noch einmal besonders vertraut machen.

### Freunde und Kolleg(inn)en

Falls es sie noch gibt, ist noch nicht alles hoffnungslos! Zu Beginn einer Bulimie scheinen die Betroffenen Freunde in großer Zahl zu haben, sie sind ständig verabredet und unterwegs. Genauer betrachtet, finden sich wenig wirkliche Vertraute. Die Kontakte sind in der Regel oberflächlich und kurzlebig. Die alten Freunde werden immer öfter kurzfristig versetzt, Rückrufe per Telefon nicht getätigt, gemeinsame Verabredungen zum Essen vermieden. Je mehr das Leben der Betroffenen von der Bulimie bestimmt ist, desto weniger Platz ist für anderes.

Sie sollten unbedingt versuchen, den Kontakt zu halten. Lassen Sie sich nicht abwimmeln. Wenn Sie den Verdacht haben, dass eine Essstörung der Grund für den Rückzug ist, so sprechen Sie das offen an. Bieten Sie an, zusammen zu einer Beratungsstelle zu gehen. Sollte sich Ihr Verdacht bestätigen, so planen Sie Unternehmungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Essen stehen. Vermitteln Sie, dass Sie Verständnis haben, aber auch nicht grenzenlos duldsam sind.

Wenn Sie mit einer Kollegin zusammenarbeiten, die ständig nach dem Essen verschwindet und - obwohl sie sehr viel isst - auffallend schlank ist, so könnte sich der Verdacht erhärten, dass sie bulimisch ist. Doch wenn sie nicht von sich aus mit Ihnen das Gespräch sucht und sich Ihnen anvertraut, würden Sie wichtige Grenzen überschreiten, wenn Sie sie darauf ansprechen würden.

## Lehrer(innen)

Bulimie gibt es auch unter Schülerinnen. Doch erkennen werden Sie die Betroffenen kaum. Vielleicht anlässlich einer Klassenreise. Oder jemand wendet sich vertrauensvoll an Sie. Sie sollten sehr umsichtig bei der Kontaktaufnahme sein. Häufig ist es günstiger, allgemein in der Klasse über Essstörungen aufzuklären und in diesem Rahmen auf Hilfsangebote hinzuweisen. Wenn Sie mit der entsprechenden Altersgruppe von 12- bis 18-Jährigen arbeiten, werden Sie einer Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung nicht aus dem Wege gehen können. Unterrichtseinheiten über Ernährung sind kein hilfreiches Instrument, da sie das Thema Essstörungen kaum oder überhaupt nicht behandeln. Eine Beratungseinrichtung kann Ihnen sicherlich mit einem Vortrag entweder in der Klasse oder im Kollegium weiterhelfen.



## 4.5

## Resümee

- ✦ Gehen Sie bei der Konfrontation umsichtig vor, Bulimie ist eine heimliche Erkrankung.
- ✦ Informieren Sie sich über die Symptomatik und die Folgeschäden.
- ✦ Animieren Sie nicht zum Essen oder zu gemeinsamen Mahlzeiten.
- ✦ Spionieren Sie nicht nach.
- ✦ Versuchen Sie, eine Brücke zu Hilfsangeboten zu schlagen, indem Sie Informationsmaterial besorgen.
- ✦ Zeigen Sie deutlich, dass Sie Verständnis haben und sich nicht ekeln (wenn es denn wirklich so ist!).
- ✦ Fordern Sie dazu auf, professionelle Hilfe einzuschalten.
- ✦ Beziehen Sie das Ambivalenzverhalten (»mal hü, mal hott«) der Betroffenen nicht auf sich, verstehen Sie es als inneren Konflikt.
- ✦ Stellen Sie nicht die Themen Leistung und Perfektion in den Vordergrund.
- ✦ Zeigen Sie, dass auch nicht-perfekte Menschen gut leben können.
- ✦ Wenn Sie eine gemeinsame Haushaltsführung haben, trennen Sie die Vorräte und eventuell die Haushaltskasse.
- ✦ Achten Sie auf direkte Kommunikationswege in der Familie.



50



# Hilfsmöglichkeiten bei Essstörungen

## 5.1

# Einstieg in die therapeutische Arbeit – ein interdisziplinärer Ansatz

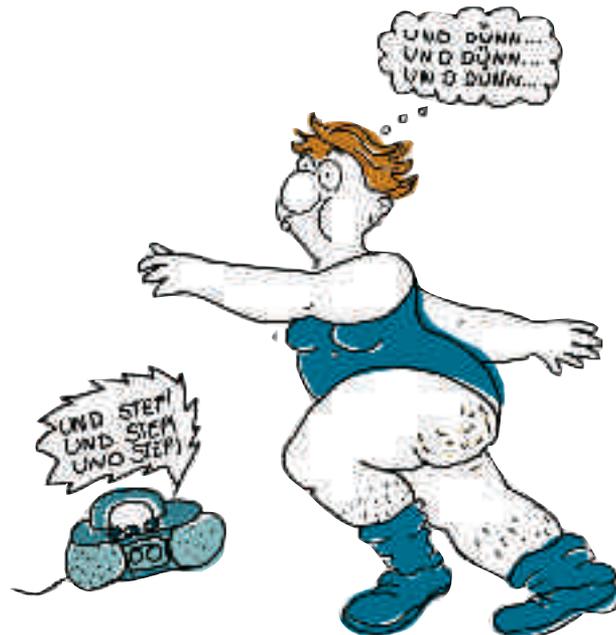
Für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen sind ganz unterschiedliche Bedingungen und Gründe verantwortlich. Deshalb reicht auch eine alleinige Ernährungsberatung nicht aus. Vielmehr ist es sinnvoll, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu kombinieren. Schwerpunkte der Behandlung sind die psychotherapeutische und die medizinische Therapie.

Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt, muss im Einzelfall entschieden werden. Körperliche und soziale Faktoren nehmen neben dem seelischen Zustand einen Einfluss auf diese Entscheidung.

**Zu Beginn einer Behandlung werden zusammen mit den Patientinnen und Patienten persönliche Behandlungsziele aufgestellt. Neben diesen sollte eine Behandlung grundsätzlich folgende Ziele beinhalten:**

- ✦ Förderung der Krankheitseinsicht
- ✦ Verstehen und Akzeptieren der Essstörung als notwendiger Schritt zur Veränderung
- ✦ Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit als Voraussetzung für seelische und körperliche Gesundheit
- ✦ Erkennen und Verstehen des seelischen und sozialen Hintergrunds unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensgeschichte
- ✦ Erarbeiten eines eigenen Lebensentwurfs, in den die jeweiligen Fähigkeiten, Möglichkeiten, Wünsche, Interessen und Zielvorstellungen einbezogen werden können
- ✦ Verbesserung der Kontaktfertigkeiten zu Partnern, Freunden und Kollegen
- ✦ Aufgabe von schädigenden Gewichtskontrollmethoden wie Erbrechen und Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern
- ✦ Abbau von Ritualen im Umgang mit Nahrungsmitteln
- ✦ Aufbau von angemessenem Essverhalten
- ✦ Förderung der Genussfähigkeit
- ✦ Stabiles Gewicht und Wiedereintreten der Regelblutung
- ✦ Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten für Krisensituationen

Insgesamt ist es sinnvoll, in der therapeutischen Arbeit mit essgestörten Patientinnen und Patienten nicht nur die schwierigen Seiten wahrzunehmen, sondern auch die gesunden Anteile zu sehen und für die Behandlung zu nutzen. Maßnahmen, die ausschließlich auf eine Ab- oder Zunahme des Gewichtes zielen, haben meistens keinen langfristigen Erfolg. Da das Ziel ist, Eigenverantwortlichkeit zu fördern, erscheint es sinnvoll, wenn auch in der Behandlung so wenig Fremdkontrolle wie möglich ausgeübt wird. Auch aus diesem Grund ist von Diäten abzuraten.



## 5.2

# Beratung und Behandlung

Das Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen ist vielfältig. Die verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Erklärung und Behandlung der Essstörungen. Die psychoanalytischen Therapierichtungen konzentrieren sich eher auf das Bewusstmachen der Entstehungsbedingungen einer Erkrankung oder Störung. Die verhaltenstherapeutische Behandlung zielt auf die Veränderung des konkreten Essverhaltens, die Einstellung zum eigenen Körper und den Umgang mit dem sozialen Umfeld ab.



Ambulante Beratung bieten die speziellen Beratungszentren für Essstörungen, Frauen-, Jugend- und Drogenberatungsstellen und andere psychosoziale Beratungsstellen freier, kirchlicher oder staatlicher Träger an. In der Regel setzt sich das Team in Beratungsstellen aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufe, z.B. Psychologen, Sozialarbeiter, zusammen. Die Beratung ist in vielen Fällen kostenfrei; manchmal wird eine geringe Kostenbeteiligung erhoben. Ein Krankenschein ist nicht erforderlich.

### **Zu den Aufgaben der ambulanten Beratung gehören:**

- ✦ Psychologische Diagnostik und Erfassen der sozialen Situation
- ✦ Informationen über weitergehende psychotherapeutische Behandlung und Selbsthilfeangebote
- ✦ Einschätzung und ggf. Förderung der Behandlungsmotivation der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen
- ✦ Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten ambulanten oder stationären Therapieplatz mit Abklärung der Kostenübernahme
- ✦ Angebot von Hilfen, um Wartezeiten für einen beantragten Therapieplatz zu überbrücken
- ✦ Beratung in akuten Krisen
- ✦ Beratung für betroffene Angehörige
- ✦ Zusammenarbeit mit den beteiligten Ärzten/-innen und Therapeuten/-innen

## 5.4

# Ambulante Behandlung

Ambulante Behandlungen bieten Beratungsstellen mit einem besonderen Schwerpunkt für die Behandlung Essgestörter und niedergelassene psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten/-innen unterschiedlicher Therapierichtungen an.

Ambulante therapeutische Behandlung kann in Form von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie durchgeführt werden. Zwar wird die Familientherapie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen angeraten, doch ist die Einbeziehung von Bezugspersonen oft auch bei erwachsenen Patientinnen und Patienten sinnvoll. Vereinzelt gibt es auch besondere Therapieangebote ausschließlich für Kinder und Jugendliche.

### **Vorteile der ambulanten Behandlung können sein:**

- ✦ Verbleib der Betroffenen im gewohnten sozialen Umfeld
- ✦ Möglichkeit, das in der Therapie Gelernte im Alltag zu erproben
- ✦ Fortlaufende Berücksichtigung und mögliche Einbeziehung von Angehörigen
- ✦ Vielfalt therapeutischer Angebote vor allem in den speziellen Beratungszentren
- ✦ Geringere Behandlungskosten

### **Die Grenzen einer ausschließlich ambulanten Behandlung können in folgenden Fällen erreicht sein:**

- ✦ Essstörungen in Kombination mit Suchtmittelmissbrauch oder
- ✦ Abhängigkeit
- ✦ Akute Mangelerscheinungen bzw. körperliche Gefährdungen
- ✦ Schwierige soziale Lebensumstände
- ✦ Akute Selbsttötungsgefahr
- ✦ Bei festgefahrenen und ritualisierten Ess- und Kochgewohnheiten

Manchmal kann eine Kombination von ambulanter und stationärer Therapie sinnvoll sein. Im Vorfeld der stationären Behandlung leistet die ambulante Therapie vor allem Hilfe in Krisen, bei der Förderung der Motivation und der Erarbeitung realistischer Zielsetzungen. In der oft

schwierigen Zeit nach der stationären Therapie kann die ambulante Behandlung im Sinne der Nachsorge bei der Umsetzung des Gelernten helfen. Wegen der langen Wartezeiten ist es sinnvoll, rechtzeitig einen ambulanten Behandlungsplatz zu suchen oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen aufzunehmen.

Über die bekannten Behandlungsmöglichkeiten hinaus, haben sich u.a. therapeutische Wohngruppen als hilfreich erwiesen.



## 5.5

# Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen werden hauptsächlich in psychosomatischen Kliniken durchgeführt, die eine spezielle Therapie für Essgestörte anbieten. In einigen Kliniken ist es auch möglich, dass Frauen mit ihren Kindern aufgenommen werden. Daneben gibt es Suchtkliniken, die auch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen durchführen.

Es gibt nur wenige psychosomatische Kliniken für Kinder und Jugendliche, so dass die Behandlung oft in Kinder- und Jugendpsychiatrien erfolgt. Einige Kliniken machen bei der Magersucht das Erreichen eines bestimmten Gewichts zur Aufnahmebedingung.

### Bei der stationären Behandlung unterscheidet man:

- ✦ Kurzzeittherapie (6-8 Wochen)
- ✦ Langzeittherapie (3-6 Monate)
- ✦ Teilstationäre Behandlung: Die Betroffenen sind tagsüber in der Klinik (Tagesklinik) und leben ansonsten in ihrem gewohnten sozialen Umfeld.

Unter besonders schwierigen Umständen können magersüchtige PatientInnen mit einer Zwangseinweisung in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden. Das sollte nur als letztes Mittel bei offensichtlich lebensbedrohlichem Zustand in Betracht gezogen werden. Zu bedenken ist, dass drohende Zwangsmaßnahmen die Bereitschaft zur Mitarbeit bei den PatientInnen beeinträchtigen können. Bei der Zwangseinweisung gelten die gesetzlichen Richtlinien zur Unterbringung psychisch Kranker. Die Unterbringung eines Kindes kann nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1631b BGB) erfolgen.

**Die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung in Frage kommt, ist in jedem Einzelfall sorgfältig zu prüfen. Vorteile der stationären Behandlung können sein:**

- ✦ Abstand der Betroffenen zu dem gewohnten sozialen Umfeld
- ✦ Konzentration auf den Veränderungsprozess
- ✦ Vorgegebene Tagesstruktur in Kombination mit Ess- und Bewegungstraining
- ✦ Veränderung verfestigter Verhaltensgewohnheiten (Essen, Kochen, Bewegung)
- ✦ Vielfalt therapeutischer Angebote durch Teams, die sich aus Kolleginnen und Kollegen verschiedener Berufe zusammensetzen (z.B. Psychotherapie, Soziotherapie, körperorientierte Verfahren, Ergotherapie, Ernährungsberatung)
- ✦ Programme zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung

Die Kostenübernahme muss vor Beginn der stationären Maßnahme abgeklärt sein. Die Behandlungskosten übernimmt je nach Versicherungsstand und Dringlichkeit der Behandlung der Rentenversicherungsträger, die Krankenkasse oder das Sozialamt.

## 5.6

# Psychotherapie

In der Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen werden verschiedene psychotherapeutische Ansätze angewandt. Die Frage, welche Therapieform im Einzelfall den größten Behandlungserfolg verspricht, wird entscheidend durch die Interessen der Patientin selbst, ihre soziale Lebenssituation, ihre therapeutische Vorerfahrung, die Dauer der Erkrankung und die regionale Versorgungssituation bestimmt.

### Hierzu einige Leitfragen:

- ✦ Wie erklärt sich eine Patientin/ein Patient selbst die Essstörung?
- ✦ Ist sie eher daran interessiert, Hintergründe der Erkrankung in ihrer Lebensgeschichte zu verstehen oder geht es ihr vor allem um die Veränderung der aktuellen Probleme und Beschwerden?
- ✦ Hat sie/er therapeutische Vorerfahrung und wenn ja, welche?

Eine Patientin/ein Patient wird schwer zu einer bestimmten Behandlungsart zu bewegen sein, wenn sie aufgrund ihrer Annahmen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung oder aufgrund früherer therapeutischer Erfahrungen meint, diese Behandlung könne ihr nicht nutzen. In solchen Fällen sollte gemeinsam mit ihr nach anderen Angeboten gesucht werden. Frühere positive Erfahrungen stärken dagegen die Motivation, es mit einer bestimmten Methode oder einem bestimmten Vorgehen noch einmal zu versuchen.

- ✦ Wie alt ist die Patientin/der Patient?
- ✦ Mit wem lebt sie/er zusammen?
- ✦ Ist sie/er erwerbstätig oder wirtschaftlich abhängig?
- ✦ Hat sie/er eine Familie zu versorgen? Die soziale Situation spielt insbesondere bei sehr jungen Frauen/Männern eine Rolle. Lebt die Patientin/der Patient als Schülerin/Schüler oder Auszubildende/r bei den Eltern und ist von ihnen finanziell abhängig, so ist unter Umständen zu einer Familientherapie zu raten. Übergewichtige Frauen, die für ihre Familien kochen müssen, können häufig den Start in die Therapie nicht im häuslichen Umfeld leisten; für sie ist es hilfreich, mit einer stationären Therapie zu beginnen.

- ✦ Welche therapeutischen Möglichkeiten stehen vor Ort zur Verfügung? Insbesondere in kleineren Orten besteht selten eine Wahlmöglichkeit zwischen Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Schulen, so dass unter Umständen eine stationäre Therapie mehr Wahlmöglichkeiten bieten kann.

Mindestens genau so wichtig wie die Therapierichtung ist die Beziehung zwischen Patientinnen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Aus diesem Grund ist es ratsam, vor Beginn einer ambulanten Behandlung von den so genannten probatorischen Sitzungen Gebrauch zu machen, die von den Krankenkassen bezahlt werden. In diesen 4-5 Sitzungen hat die Patientin die Möglichkeit, einen Eindruck vom Behandelnden und seinem Vorgehen zu bekommen, bevor eine Psychotherapie beantragt wird.



## 5.7

# Selbsthilfe

Selbsthilfe kann ein wichtiges Element bei der Bewältigung einer Essstörung sein. In Selbsthilfegruppen tauschen sich Betroffene untereinander aus, geben sich Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und unterstützen sich beim Erlernen neuer Verhaltensweisen. Es gibt Selbsthilfegruppen mit und ohne fachliche Anleitung, jedoch hat sich bei Essstörungsgruppen die Form der angeleiteten Selbsthilfe bewährt und wird daher in der Regel auch so angeboten. Selbsthilfegruppen leben von der Mitarbeit und der Aktivität aller Teilnehmenden. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist in der Regel kostenlos; nur manchmal wird ein geringer Kostenbeitrag erhoben.

Bei vielen Betroffenen stärkt die Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe die Motivation, sich in eine Behandlung zu begeben. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe schließt die Teilnahme an einer Einzel- oder Gruppentherapie nicht aus. Sie kann auch auf einen stationären Aufenthalt vorbereiten oder zur Nachsorge eines Aufenthalts in einer psychosomatischen Klinik wertvoll sein.

In der Bundesrepublik Deutschland existieren mehrere Selbsthilfeorganisationen, die nach verschiedenen Ansätzen arbeiten. Sinnvoll für Betroffene ist es, sich über die verschiedenen Arbeitsweisen zu informieren, um eine für sie passende Gruppe zu finden.

### Positive Aspekte einer Selbsthilfegruppe können sein:

- ✦ Seelische Entlastung
- ✦ Entwicklung und Erprobung von alternativen Handlungsweisen
- ✦ Überwindung von Scham und Heimlichkeit
- ✦ Hilfestellung für den Alltag
- ✦ Aktivierung
- ✦ Aufbau von Beziehungen
- ✦ Stärkung der Eigenverantwortlichkeit
- ✦ Austausch mit anderen Betroffenen und gegenseitige Unterstützung

**Überfordert sind Selbsthilfegruppen oft bei Menschen:**

- ✦ in lebensbedrohlichem körperlichen Zustand
- ✦ mit extremem Gewicht, das eine medizinische Behandlung erfordert
- ✦ mit starker Depressivität und akuter Selbsttötungsabsicht
- ✦ mit psychotischen Zuständen
- ✦ mit ausgeprägtem Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen

In diesen Fällen können Selbsthilfegruppen die fachliche Behandlung keinesfalls ersetzen; sie geben jedoch wichtige Unterstützung bei der Förderung und Aufrechterhaltung der Motivation.

6



Das sollten Sie noch wissen...

## 6.1

# Sexueller Missbrauch

Dies ist ein Thema, das bei Eltern und Angehörigen große Ängste freisetzt und daher - ähnlich wie Suizidgedanken - gern tabuisiert wird. Bei der Auseinandersetzung damit sollten Sie in Betracht ziehen, dass es spezielle Beratungsmöglichkeiten (z.B. in Jugendämtern, Gesundheitsämtern, bei Kinderärzten, bei Beratungsstellen wie Wildwasser e.V.) gibt, die auch für Eltern und Angehörige offen sind. Hier können Sie Unterstützung dabei finden, sich dem Thema zu nähern.

Eine Ursache von Essstörungen kann sexueller Missbrauch sein. Hierbei geht es um psychische und/oder körperliche Gewaltanwendungen und Machtausübungen mittels sexueller Handlungen. Essstörungen sind häufig Überlebensstrategien für Betroffene. Abspaltung, Verdrängung und Verinnerlichung helfen ihnen, den Schmerz zu ertragen, »handhabbar« zu machen.

Der Heilungsweg einer Essstörung, bei der die Erfahrung des sexuellen Missbrauchs eine große Rolle spielt, muss professionell begleitet werden. Dazu gilt es als ersten Schritt, sich die inneren Konflikte und Spannungen bewusst zu machen. Betroffene müssen lernen, die Verzweiflung oder die Wut über das Geschehene zuzulassen und nicht die Schuld dafür zu übernehmen. Das Erinnern und Aufdecken ist ein sehr schmerzhafter Prozess, der häufig erst einmal zu einer Verstärkung des Symptoms führt. Erst im Verlauf einer Therapie können Schmerz und Trauer zugelassen werden, Depressionen auftauchen und verstanden werden, Grenzen spürbar werden. Am Ende steht das Ziel, die eigene Sexualität wieder zurückzuerobern, wieder zu spüren, was einem selbst gut tut.

Die Botschaften des Symptoms der Essstörungen können im Verlauf einer Therapie übersetzt und das Erlebte in die eigene Vergangenheit und das aktuelle Leben integriert werden.

Falls Sie vermuten, dass Ihr Kind sexuell missbraucht worden ist, holen Sie sich fachliche Unterstützung bei einer Beratungseinrichtung oder einer/einem Psychologin/Psychologen.



## 6.2

# Suizidgedanken und Selbstverletzungen

Ein angstauslösendes Tabuthema ist Selbstmord. Im Zusammenhang mit Essstörungen kommt es bei Betroffenen häufig zu Selbstmordgedanken, manchmal auch zu versuchten Selbstmorden. Diese Selbstmordversuche sind in den meisten Fällen so angelegt, dass sie frühzeitig entdeckt werden, und haben damit eindeutig Appellcharakter. Natürlich ist dieses Thema damit nicht weniger ernst zu nehmen.

Suizidgefahr kündigt sich in verschlüsselten Botschaften an. »Ich weiß nicht mehr, wie es weitergeht/Ich weiß nicht, ob ich da noch da bin« oder in Zeichnungen oder Kritzeleien, die sich mit dem Tod beschäftigen. Melancholisches Rückzugsverhalten, Abbruch von Kontakten, aber auch gegenteiliges Verhalten (»über die Stränge schlagen«, aufgedrehte Reaktionen nach dem Motto: »Ist doch sowieso alles egal«) können Hinweise sein.

Psychische Ausnahmezustände können auch zur Suizidgefährdung beitragen. So kann der Verlust eines wichtigen Menschen dazu führen, dass bewährte Bewältigungsstrategien nicht mehr funktionieren und die Situation ausweglos erscheint. Ergebnis ist der typische »Tunnelblick«, Zusammenhänge werden nicht mehr wahrgenommen.

Tagebucheintragungen sind ebenso ein Hinweis. Hier entsteht natürlich ein Konflikt: Sie müssen eingestehen, dass Sie spioniert haben! Tun Sie dies mit der Begründung, dass Sie in Sorge waren, riskieren Sie den Ärger und die Vorwürfe, und suchen Sie auf jeden Fall ein Gespräch. Vermeiden Sie dabei Vorwürfe! Geben Sie der Betroffenen die Chance, über ihre Phantasien zu sprechen und damit ein Ventil zu finden. Geraten Sie nicht in Panik, sondern holen Sie sich unbedingt Unterstützung (u.a. bei einem Psychologen, der Telefonseelsorge, bei den Wohlfahrtsverbänden Caritas, DPWV, Diakonie, AWO; die Adressen finden Sie in den »Gelben Seiten«; auch die im Anhang genannten Beratungsstellen können weiterhelfen).

Bei magersüchtigen und bulimischen Betroffenen kommt es häufig auch zu Selbstverletzungen wie Kratzen, Stechen, exzessivem Nägelkauen, Hautaufschneiden. Dies sind letzte Versuche, sich zu spüren.

Sie deuten auch darauf hin, wie wenig Überwindung es die Betroffenen kostet, ihren Körper zu zerstören.

Der erste Schritt ist es, nicht die Augen zu verschließen. Suchen Sie das Gespräch und sagen Sie klar, dass Sie Hilfe einschalten werden. Falls die Betroffene selbst Hilfe verweigert - und bevor Sie über eine Zwangseinweisung nachdenken -, nehmen Sie erst einmal Kontakt mit einer Beratungseinrichtung auf. Hier können Sie Adressen von den nächstliegenden Kriseninterventionsstationen und anderen Krisenberatungseinrichtungen erhalten.



## 6.3

# Essanfälle als Begleiterscheinung von Essstörungen

Viele Betroffene, egal ob unter-, über- oder normalgewichtig, berichten von Essanfällen. Diese 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.

Betroffenen, die unter Binge Eating leiden, haben Essanfälle. Die Nahrungsmittel bleiben jedoch, im Unterschied zur Bulimie, dem Körper erhalten. Viele berichten auch, ständig zu essen, so dass ein Anfall sich über den ganzen Tag hinziehen kann. Eine Untergruppe sind die „Nachtesser“ (night eating syndrom). Bei den „Nachtessern“ finden die Essanfälle entweder vor dem Schlafengehen statt oder in der Nacht als Schlafunterbrechung.

Essanfälle gehören ebenfalls zum Krankheitsbild der Bulimie. Die Menge der bei einem Essanfall aufgenommenen Nahrungsmittel ist enorm groß. Es wird z.B. der Inhalt von zwei Einkaufstüten verzehrt. 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 „außer Plan mäßig“ und (selbst)-„verbotener Maßen“ gegessen haben, wird als Essanfall bezeichnet. Das kann z.B. ein Apfel sein! Der Kontrollverlust ist hier mit großen Selbstvorwürfen verbunden, so dass es manchmal zu Gegenmaßnahmen wie Erbrechen, exzessivem Sport oder Abführmittelmissbrauch kommt.

So finden sich im Erleben der Betroffenen trotz unterschiedlicher Symptomatik viele Gemeinsamkeiten.

# Anhang

**Ergänzende  
Materialien der  
Bundeszentrale  
für gesundheitliche  
Aufklärung,  
51101 Köln:**

Essstörungen – was ist das?  
(Hintergrundinformationen zu Magersucht, Bulimie, Binge Eating und  
Latenter Esssucht)  
Bestell-Nr.: 35231002

Bestell-Liste »Materialien zur Suchtprävention«  
Bestell-Nr.: 331101000

Kommentierte Bücher- und Materialiensammlung zu Sexualerziehung  
und Prävention sexueller Gewalt  
Bestell-Nr.: 13007000

Medienliste Kinder und Jugendliche  
Bestell-Nr.: 95006000

Essstörungen, eine Information für Ärztinnen und Ärzte  
(Mitherausgeber: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.)  
Bestell-Nr.: 33320002

**Beratungsstellen und weiterführende Informationen:**  
[www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)

**Wichtige Adressen:**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: 02381/90 15-0  
Fax: 02381/90 15-30  
E-Mail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)  
Godesberger Allee 18  
53175 Bonn  
Tel.: 0228/37 76 600  
Fax: 0228/37 76 800  
[www.dge.de](http://www.dge.de)

aid infodienst  
Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V.  
Friedrich - Ebert - Str. 3  
53177 Bonn  
Tel.: 0228/84 99 0  
Fax: 0228/84 99 177  
E-Mail: [aid@aid.de](mailto:aid@aid.de)  
[www.aid.de](http://www.aid.de)

Bundesfachverband Essstörungen e.V.  
Andreas Schnebel  
c/o ANAD e.V.  
Pilotystr. 6 / Rgb.  
80538 München  
Tel.: 089/23 68 4119  
Fax: 089/2199 73 23  
E-Mail: [bfe-essstoerungen@gmx.de](mailto:bfe-essstoerungen@gmx.de)  
[www.bundesfachverbandessstoerungen.de](http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de)

Dick und Dünn e. V.  
Innsbrucker Str. 37  
10825 Berlin  
Tel.: 030/85 44 994  
Fax: 030/85 48 442  
E-Mail: [dick-und-duenn@freenet.de](mailto:dick-und-duenn@freenet.de)  
[www.dick-und-duenn-berlin.de](http://www.dick-und-duenn-berlin.de)

Bitte nutzen Sie auch unser aktuelles Adressenverzeichnis »Adressen«  
mit unterschiedlichen Schwerpunktbereichen im Internet unter  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

# Impressum

<b>Herausgeberin:</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
<b>Direktorin:</b>	Prof. Dr. Elisabeth Pott
<b>Verantwortlich:</b>	Lydia Lamers (BZgA) Reinhard Mann (BZgA)
<b>Text:</b>	Sylvia Baeck, Dick und Dünn e.V., Berlin
<b>Gestaltung:</b>	Designbüro no. 804   Köln, Düsseldorf
<b>Illustrationen:</b>	Simone Hamel
<b>Druck:</b>	Bachem, Köln
<b>Erstausgabe:</b>	Oktober 2000
<b>Ausgabe:</b>	7.50.05.08
<b>Best.Nr.:</b>	35231400

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

Wir danken der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.  
in Hamm für die freundliche Unterstützung.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



50 kg

60 kg

70 kg

80 kg

90 kg

