

Leibl, Wach, Voderholzer

# Hilferuf Essstörung

Rat und Hilfe für Betroffene,  
Angehörige und Therapeuten

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Die Autoren/die Autorin:



**Carl Leibl**, Dr. med., FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ehem. stellv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. Er lehrte an der LMU und ist Supervisor, Selbsterfahrungsleiter und Mitglied in den Fachgesellschaften DÄVT, DGPPN und DGEES.



**Gisliind Wach**, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 25 Jahren in eigener Praxis in Aschau/Chiemgau tätig. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Behandlung von Essstörungsbetroffenen und deren Angehörigen.



**Ulrich Vorderholzer**, Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. APL Professor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. Herausgeber der Zeitschriften VERHALTENSTHERAPIE und PSYCHup2DATE. Zu seinen wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkten zählen Essstörungen, Zwangsstörungen, Schlaf und Depression.

Leibl, Wach, Voderholzer

---

# **Hilferuf Essstörung**

**Rat und Hilfe für  
Betroffene, Angehörige  
und Therapeuten**

**Verlag W. Kohlhammer**

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-022127-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-023844-2

epub: ISBN 978-3-17-035347-3

mobi: ISBN 978-3-17-035348-0

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort – »Alles fließt« oder »Der ewige Wandel«</b>	<b>9</b>
---	----------

---

<b>1</b>	<b>Gestörtes Essverhalten – Essstörung – Krankheit</b>	<b>11</b>
----------	--	-----------

---

1.1	Magersucht/Anorexia nervosa (AN)	19
1.2	Ess-/Brechsucht/Bulimia nervosa	28
1.3	Heißhungerstörung/Binge-Eating-Disorder	33
1.4	Adipositas/Fettleibigkeit	35
1.5	Pica	44
1.6	Ruminationsstörung	45
1.7	Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	46
1.8	Atypische Essstörungen und nicht näher bezeichnete Essstörungen	49
1.9	Essstörungen im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen	53
1.10	Körperliche Folgen und Risiken bei Essstörungen	53

<b>2</b>	<b>Andere psychische Störungen bei Essstörungen</b>	<b>62</b>
----------	---	-----------

---

2.1	Affektive Störungen und Essstörungen	64
2.2	Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen	67
2.3	Essstörungen und ADHS	68

2.4	Zwangssymptome und zwanghaftes Verhalten bei Essstörungen	70
2.5	Bewegungszwang und Bewegungsdrang (Compulsive Exercise) bei Essstörungen	73
2.6	Substanzkonsumstörung und Essstörungen	76
2.7	Autismus und Essstörungen	77
2.8	Schizophrenie und Essstörungen	78
2.9	Angststörungen/Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)/Traumata und Essstörungen	79
2.10	Suizidalität und Essstörungen	80
<b>3</b>	<b>Anregungen aus der praktischen therapeutischen Arbeit</b>	<b>81</b>
<hr/>		
3.1	Einleitung	81
3.2	»Alter schützt vor Essstörung nicht«	83
3.3	»Wenn's so einfach wäre« oder »auch Therapeuten können irren«	97
3.4	Gedankenkontrolle	101
3.5	Geschichte vom König mit seinen drei Söhnen	107
3.6	Achtsamkeit	110
3.7	Wie Buddha vom Asketentum Abschied nahm und den Weg der Mitte entdeckte	117
3.8	Wertesysteme und Schablonen, in die wir uns pressen (lassen?)	121
3.9	Freiheit – Ich nehme mir, entdecke mich, mein Leben!	124
<b>4</b>	<b>Ich leide unter einer Essstörung, was sollte ich wissen, was kann ich tun?</b>	<b>127</b>
<hr/>		
4.1	Ambulante Therapiemöglichkeiten	127

4.2	Stationäre Therapiemöglichkeiten	131
4.3	Medikamentöse Therapie	150
4.4	Spezielle Therapieelemente	152
<b>5</b>	<b>Ratschläge für Betroffene</b>	<b>170</b>
<hr/>		
5.1	Selbsthilfegruppen	170
5.2	Wie suche ich einen Therapeuten?	177
5.3	Nützliche Adressen	183
<b>6</b>	<b>Was Angehörige von Essgestörten beachten sollten</b>	<b>187</b>
<hr/>		
<b>Literatur</b>		<b>192</b>
<hr/>		





## Vorwort – »Alles fließt« oder »Der ewige Wandel«

Auch Therapeuten unterliegen natürlich dem Gesetz des Wandels und entwickeln sich (hoffentlich) weiter. Die Autoren dieses Buches haben 1996 im Herder Verlag ein erstes Essstörungsbuch mit dem Titel »Schneewittchens Apfel« veröffentlicht, das vier Jahre später dann als Taschenbuch »Wenn die Seele hungert« neu aufgelegt wurde. Seither sind 21 Jahre vergangen, und wir haben mit vielen Betroffenen neue Geschichten erlebt, Kämpfe im Ringen um die Wiedererlangung der Gesundheit gemeinsam durchgestanden, Niederlagen verkraftet und uns über Erfolge gemeinsam freuen dürfen. Dabei haben wir auch viele neue Erfahrungen machen dürfen und uns jetzt, dank der Anregung von Herrn Poensgen vom Kohlhammer-Verlag, dazu entschlossen, diese aufzuschreiben.

Dieses Buch erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weder wir noch sonst irgendjemand hat das »Herrschaftswissen« oder kann sich gar anmaßen, diese Erkrankungen »zu heilen«. Aber immer wieder gelingt es ernsthaft Suchenden doch, für sich Neuland zu entdecken, und diese Pioniere sind auch die eigentlichen Ghostwriter dieses Buches, denen wir lediglich eine Stimme verleihen. Ihnen sei von Herzen gedankt, und wir hoffen, dass etwas von ihrem Mut, ihrer Kraft und ihrem Durchhaltevermögen in diesem Buch an andere Betroffene oder an Therapeuten transportiert wird, die mit dieser Problematik zu arbeiten sich vorgenommen haben.

Wie auch bei seinen beiden Vorgängern kann dieses Buch bei drei als Therapeuten schreibenden Autoren nicht aus einem Guss sein: Carl Leibl hat sich dank seiner Erfahrung im klinischen Bereich einer großen psychosomatischen Klinik bereit erklärt, den ärztlichen und therapeutischen Bereich zu beschreiben, wie er sich aus dem Klinikalltag ergibt. Gisliind Wach ist seit 25 Jahren in eigener psychotherapeutischer Praxis niedergelassen, arbeitet schwerpunktmäßig mit essgestörten Frauen und wird mehr aus den Therapiestunden

direkt berichten. Ulrich Voderholzer ist seit 2010 ärztlicher Direktor und Chefarzt der Schön Klinik Roseneck und hat die Weiterentwicklung des Essstörungskonzepts klinisch und wissenschaftlich gefördert und führt aktuell zusammen mit seiner Arbeitsgruppe zahlreiche wissenschaftliche Studien bei Essstörungen durch.

Statt der einen großen Erleuchtung vielleicht einzelne kleine Lichtfunken, beim Lesen gute Inspiration – gelegentlich ergibt sich damit ja ein sogenannter Dominoeffekt, und entscheidende andere Steine können angestoßen werden: das wünscht von Herzen Ihr Autorenteam zur jetzigen Neuerscheinung.

Carl Leibl  
Gislind Wach  
Ulrich Voderholzer

Prien am Chiemsee, im Frühjahr 2018

# 1

---

## Gestörtes Essverhalten – Essstörung – Krankheit

Essstörungen gehören zu den gefährlichsten Krankheiten bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter. Insbesondere für die Magersucht besteht eine hohe Sterblichkeitsrate von bis zu 20 Prozent. Es ist ein Phänomen für diese Erkrankungen und insbesondere die Magersucht, dass sie nur dort auftreten, wo das Heilmittel, nämlich die Nahrung, im Überfluss vorhanden ist. Im Rahmen unserer ärztlichen Tätigkeit haben wir keine so gefährliche Krankheit kennengelernt, bei der es sich ähnlich verhält. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass die Betroffenen häufig über lange Zeit, nicht selten über Jahre versuchen, die Krankheit heimlich zu leben und nicht bereit sind, sich Hilfe zu suchen. Sie berichten, dass es oft

Monate und Jahre gedauert hat, bis sie sich darüber im Klaren waren, dass ihr Essverhalten massiv gestört ist und dass es bereits das Ausmaß einer gefährlichen Krankheit erreicht hat. Der Einstieg in eine Essstörung wird von den Betroffenen wie auch vom Umfeld häufig belobigt und als Leistung gewürdigt, insbesondere, wenn sie dem Diktat des gängigen Schlankheitsideals entspricht. Der damit verbundene Leidensdruck, der soziale Rückzug und das mangelnde Selbstwertgefühl werden akzeptiert, um nach außen hin weiter zu funktionieren und nicht selten besondere Leistungen zu bringen. Die Frage, ob es sich nur um eine vorübergehende Störung handelt, oder ob bereits ein ausgeprägtes Krankheitsbild vorliegt, wird immer wieder hinausgezögert und häufig wird Hilfe viel zu spät in Anspruch genommen. Dabei haben auch viele Angst und ärgern sich, zu schnell in eine Schublade gesteckt zu werden. Sie sehen sich dann durch äußeren Druck zu einer Verhaltensänderung gezwungen, zu der sie selbst noch gar nicht bereit sind. Andererseits sind Familienangehörige und Freunde eher entlastet, wenn sie dem Kind einen Namen geben können. Sie haben dann eine Erklärung für ihre Hilflosigkeit, dass sie selbst die Krankheit zwar gespürt und auch unter ihr gelitten haben, sie aber nicht konkret beurteilen konnten.

Interessant ist, dass sich im Internet Foren gebildet haben, insbesondere das Forum »Pro Ana«, die zu einer massiven Reduktion der Nahrungsaufnahme und zu einem Zelebrieren des extremen Dünnsseins des Körpers aufrufen und damit Erfolg und Attraktivität in Aussicht stellen. Es werden Gebote zum Dünnssein und Wege, wie man zum Ziel gelangt, vermittelt, und wer sich an diese hält, ist »Pro Ana«. Die Gefährlichkeit solcher Seiten ist unbestritten, weil die Anorexie verherrlicht wird, eine Identifikation mit negativem Verhalten erfolgt, Nachahmungseffekte gefördert werden und eine gewisse Faszination für die Erkrankung entstehen kann. Bestenfalls können sie vielleicht einige Betroffene oder ihre Angehörigen wachrütteln und aufzeigen, in welche Sackgasse sie bereits geraten sind.

Wir werden in den weiteren Kapiteln die verschiedenen Krankheitsbilder und auch begleitende psychische Störungen darstellen. Hier

möchten wir kurz zeigen, worauf Personen, die sich für eine Essstörung gefährdet sehen oder bereits davon betroffen sind, achten sollten. Es geht darum, sich ehrlich die Frage zu stellen, in wie weit die Sorge um Gewicht, Aussehen und Körperform ein Ausmaß erreicht hat, das unverhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nimmt, mit großen Angstgefühlen bei Gewichtszunahme verbunden ist, auch wenn die Waage sich im Normalgewichtsbereich hält oder bereits ein mehr oder weniger ausgeprägtes Untergewicht objektiv vorhanden ist.

Bei praktisch allen Essstörungen besteht das Gefühl, zu fett zu sein. Körperschemastörungen, die darin bestehen, bestimmte Körperstellen wie z. B. Bauch, Hüften, Oberschenkel oder Po trotz Untergewicht als zu voluminös zu empfinden, können Alarmzeichen sein (Voderholzer et al., 2016).

Weitere Signale, auf die es zu achten gilt, sind (Voderholzer et al., 2016):

- ♦ Die hochgradige und zeitintensive Beschäftigung mit Nahrung, das ständige Kalorienzählen oder das Zählen von Inhaltsstoffen, insbesondere der Fettanteile in der Nahrung. Dies stellt letztlich kein gutes Ernährungswissen dar, sondern dient dem Angstabbau und mindert die Angst vor dem vermeintlichen Kontrollverlust.
- ♦ Bei der Nahrungsauswahl in Geschäften, beim Einkauf und beim Zubereiten wird immer mehr zu Diätprodukten oder zu einseitigen Nahrungsmitteln gegriffen.
- ♦ Bei kritischer Selbstbetrachtung fällt auf, dass das Essen ritualisiert wird. Auf dem Teller werden Nahrungsmittel hin- und hergeschoben oder es wird im Essen gestochert, ohne dass eine normale, genussvolle Nahrungsaufnahme stattfinden kann.

Ernstere Alarmzeichen sind (Voderholzer et al., 2016):

- ♦ Das Ausbleiben der Regelblutung bei sonst unauffälligem gynäkologischen Befund,
- ♦ Depressive Verstimmungen, mangelndes Selbstwertgefühl, schnelle Verunsicherung und Neigung zu Stimmungsschwankungen,

- ♦ Heimlichkeit und Schamgefühle in Bezug auf Essen,
- ♦ Kontaktabbruch zu Freunden, vermehrte Isolation und Einzelgängertum,
- ♦ Selbst herbeigeführtes Erbrechen, Kontrollverlust beim Essen etc.

All dies sind Anzeichen, die Betroffene bei sich selbst kritisch sehen können, die aber auch bei offenen Augen vielleicht Freunden, Bekannten oder Familienmitgliedern von Betroffenen auffallen können. Essstörungsbetroffene selbst sind in der Regel besonders kritische Beobachter ihrer Umwelt. Sie nehmen das Essverhalten ihrer Umgebung durchaus objektiv wahr und haben auch kein Problem, Figur oder Gewicht anderer realistisch einzuschätzen. Diese Fähigkeit ist jedoch für ihre Eigenbetrachtung nicht mehr vorhanden. Gerade in einer Klinik, umgeben von vielen Betroffenen, fällt es ihnen nicht schwer, auch Patienten anderer Stationen oder therapeutisches Personal kritisch bei deren Essverhalten zu beobachten und sich selbst Gedanken über mögliche Essstörungserkrankungen anderer zu machen. Das liegt sicher auch daran, dass sie die Tricks bestens kennen: Es wird einer Essstörungsbetroffenen schneller auffallen, wenn jemand nach den Mahlzeiten kurz verschwindet und eventuell mit geröteten Augen oder verunsichert wieder zum Tisch zurückkehrt oder betont seine Unsicherheit überspielt, weil sie/er soeben auf der Toilette erbrochen hat.

Die Einnahme von Abführmitteln ist ein weiteres Alarmsignal und kann zu extremen Ausmaßen von bis zu 100 oder noch mehr Abführtabletten pro Tag führen.

Essstörungen wie Magersucht und Fettsucht, die sich klassischer Weise auch durch das Gewicht offenbaren, sind nach außen hin scheinbar leicht zu erkennen. Doch sollte niemand voreilige Schlüsse ziehen, da es selbstverständlich sehr dünne Menschen geben kann und ebenfalls dicke, die durchaus psychisch und auch körperlich gesund sind. Es gibt Genussesser, die zu viel essen und sich zu wenig bewegen und damit körperliche Risikofaktoren in Kauf nehmen, jedoch von einer Essstörung im engeren Sinn weit entfernt sind. Ebenso kann es sehr schlanke Menschen geben, die rein gewichtsmäßig die Kriterien für eine leichte Magersucht erfüllen, jedoch keine

Essstörung aufweisen. Deshalb ist es wichtig, Essstörungen immer im Gesamten als psychosomatische Erkrankungen zu betrachten und damit auch die psychischen Störungen, die mit diesen verbunden sind, zu erfassen.

Das Auftreten eines Symptoms, auch wenn es sehr schwerwiegend ist, muss noch lange nicht bedeuten, dass eine Krankheit besteht. Erst wenn mehrere Symptome zusammenkommen, kann eine Diagnose gestellt werden. Das gilt übrigens auch bei anderen Krankheiten. Da Essstörungen psychosomatische Erkrankungen sind, müssen Symptome sowohl auf der körperlichen Ebene wie auch auf der seelischen Ebene bestehen. Sie beeinflussen sich dann wechselseitig.

»Wie und warum wird jemand krank?« Bei einer Essstörungserkrankung spielen sicher unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Darüber hinaus besteht für die jeweilige Person auf jeden Fall eine gewisse Veranlagung für eine Essstörung (Culbert et al., 2015; Trace et al., 2013). Nur so ist zu erklären, dass unter doch sehr gleichen Umständen der eine Mensch an einer schweren Essstörung erkrankt, der andere jedoch nicht. Im Folgenden listen wir eine Auswahl von individuellen Eigenschaften auf, die die Gefahr in sich tragen, dass eine Person eine Essstörung entwickelt (Voderholzer et al., 2012):

- ♦ Ein alles umfassendes Gefühl von Unzulänglichkeit.
- ♦ Das Gefühl, überwiegend auf die Erwartungen der Umwelt zu reagieren und große Unsicherheit, zu den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu stehen und diese zu artikulieren.
- ♦ Ein ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl, verbunden mit Angst und der Unfähigkeit, sich selbst als Individuum mit Stärken und Neigungen zu betrachten.
- ♦ Das Gefühl, für neue Erfahrungen und Erwartungen nicht gerüstet zu sein. Solche Gefühle sind häufig verbunden mit Katastrophendenken, Selbstabwertung und wiederum Minderwertigkeit.
- ♦ Die tiefe Angst vor Unfähigkeit und die Gewissheit, von anderen als nutzlos und wertlos angesehen zu werden.



- ♦ Eine offensichtliche Fehlwahrnehmung der eigenen Körpermaße und der Figur. Dies ist besonders ausgeprägt bei der Magersucht bzw. bei einer anorektischen Symptomatik.
- ♦ Die Tendenz, sich an kindliche Verhaltensmuster und kindliche Denkweisen zu klammern und sich nicht die Berechtigung zu geben, erwachsen zu sein.
- ♦ Eine herabgesetzte Wahrnehmung von inneren Gefühlen wie Hunger, aber auch anderer Körpersignale wie z. B. Kälte oder Schmerz.
- ♦ Oft erleben die Betroffenen eine schwierige Pubertät mit Angst und Unsicherheit in Bezug auf die eigene Geschlechtsrollenfindung.
- ♦ Offensichtliche Dickleibigkeit und Fettsucht und damit verbunden immer wieder das mangelnde Selbstwertgefühl.
- ♦ Das Hin-und-her-Schwanken zwischen Kontrolle und Kontrollverlust ist mit großen Gefühlsschwankungen, Selbstwertverlust und abwertenden Gefühlen verbunden. Dem Kontrollverlust folgen in der Regel gegensteuernde Maßnahmen mit Erbrechen, Crash-Diäten, exzessivem Sport oder depressiver Selbstabwertung. Das Aufrechterhalten der Kontrolle mit ständiger Nahrungseinschränkung bedingt körperliche und psychische Beeinträchtigungen und ist besonders gefährlich, wenn es zwischendurch auch immer wieder mit Kontrollverlust in Form von Heißhungeranfällen verbunden ist.

Wenn nun all diese Faktoren zusammentreffen, muss jemand dann zwangsläufig eine Essstörung entwickeln? Oft kommt es zu folgendem, relativ typischen Ablauf: Es stellt sich eine gestörte Wahrnehmung in Bezug auf die eigene Figur und auf Körpergewicht ein. Beherrschend wird die Frage: Wie wirke ich nach außen? Diese Betroffenen versuchen zunächst, ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen, und zwar durch rigoroses Fasten, mithilfe von Diäten, die in Verbindung mit Fitnessprogrammen zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden. Aus diesem extremen Essverhalten entstehen dann die bekannten Heißhungerattacken. Die Betroffenen verlieren tatsächlich die Kontrolle: Jo-Jo-Diäten führen letztlich zu höherem Gewicht, extremes Fasten zu extremer Gewichtsabnahme. Essstörungen entstehen also aus dem Gefühl heraus, eine Lösung für das gestörte Selbst-

wertgefühl zu finden. Beeindruckend ist es immer wieder, wenn Betroffene selbst berichten, dass sich sowohl in ihren extrem mager-süchtigen Phasen, aber auch, wenn sie deutlich fett-süchtig waren, der Umgang mit Essen so sehr gar nicht verändert hat. In jedem Falle handelt es sich um eine zeitlich überwiegende Beschäftigung mit der Nahrung, mit dem Gewicht, mit der Figur. Andere Bereiche, die gerade in diesem Zeitraum wichtig gewesen wären, wie Kontakte zu Freunden, Klärungen in der Familie, im Berufsleben etc. wurden nicht bearbeitet, da gar keine Zeit dafür blieb. Hier wird offensichtlich, dass die Essstörung auch dazu dienen kann, andere Angst machende Bereiche auszublenden, indem sich alles ums Essen oder Nichtessen dreht. In der Essstörung drückt sich oft ein defektes Selbstkonzept aus, das die Angst vor innerer Leere oder vor einer Schlechtigkeit, die unter allen Umständen verborgen bleiben muss, schützt und vermeintlich den Umgang damit erleichtert.

»So legten das Warum des gestörten Eßverhaltens und seine große Vielfalt die Frage nahe, wie eine Körperfunktion, die so lebensnotwendig und grundlegend wie die Nahrungsaufnahme, sich auf eine Weise entwickeln konnte, daß sie mißbräuchlich in den Dienst von Bedürfnissen gestellt werden konnte, die nichts mit der Ernährung zu tun haben.« (Bruch, 1992, S. 64/65).

Gestörtes Essverhalten, das eine kürzere Zeit als Diätversuch oder als Ausdruck einer kurzfristigen Unsicherheit oder auch als falsch verstandene Fitness besteht, muss dennoch keine Krankheit sein. Es kann aber den Einstieg in ein essgestörtes Verhalten und die entsprechende Krankheit bedeuten. Dabei sind die Grenzen der verschiedenen Essstörungen nicht selten fließend.

Abstrakt betrachtet geht es bei Essstörungen – und dies sowohl bei Magersucht als auch bei Bulimie und bei der Binge-Eating-Störung – immer um die drei Begriffe Externalität, Emotionalität und Restriktion.

*Externalität* bedeutet dabei, dass Nahrung im Überfluss vorhanden sein muss, Nahrung auch nicht mehr der Sättigung von Hunger dient, sondern eher den Appetit anregt und das Gefühl vermittelt, dass durch die Aufnahme dieser Nahrung positive Gefühle entstehen.

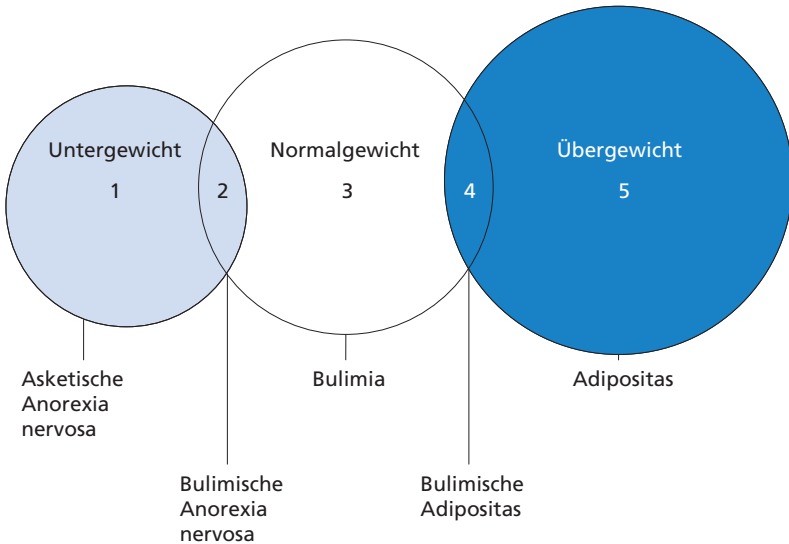
In der Werbung werden die Produkte häufig mit der Hoffnung bzw. trügerischen Illusion verbunden, dass auch noch Schlankheit erzielt werden kann, da es sich um kalorienreduzierte Produkte handelt – als ob durch Essen Schlankheit entstehen könnte.

*Emotionalität:* Den Betroffenen ist mehr oder weniger bewusst, dass durch Essen oder Nichtessen Gefühle manipuliert werden können. Man denke nur an das Süßigkeitsangebot in der Nähe der Registrierkassen in Supermärkten, aber auch an die Versprechung der Werbung, dass durch Diät und Fasten Wohlbefinden, Erfolg und Attraktivität entstehen.

*Restriktion:* Dies scheint der körperliche Motor zu sein, der eine Essstörung aufrechterhalten kann und viele Gedanken ins Gehirn produziert. Jeder verkaufsorientierte Supermarkt wünscht sich Kunden, die hungrig zum Einkaufen erscheinen und sich von einem Nahrungsangebot anlocken lassen, das sie zu ihrer eigentlichen Hungerstillung überhaupt nicht benötigen.

Früher unterschied man zwischen sog. summendem und winkendem Essen. Dargestellt an einem Beispiel kann man sich das so vorstellen: Nach einer anstrengenden, eindrucksvollen Wanderung erreichen wir eine bevorratete, jedoch nicht bewirtschaftete Berghütte. Es findet sich ein großer Laib Brot, etwas Käse, Speck, Gemüse und vor der Türe ein Brunnen mit frischem Quellwasser. Genug also, um sich satt zu essen. Alle sind zufrieden und genießen den Ausblick. Inzwischen hat sich der Besitzer der Hütte allerdings entschlossen, die Hütte zu bewirtschaften und kommt mit einem Geländewagen angefahren, in dem sich Köstlichkeiten wie verschiedene Kanapees, Pralinen, Süßigkeiten und weitere Delikatessen befinden. Selbst ein Gesättigter wird in Versuchung geraten, umso mehr jemand, der sich gerade die Restriktion auferlegt hat.

Bei all den bisherigen Darstellungen wird klar, dass sich Essstörungen in allen Gewichtsbereichen bewegen können und die Übergänge fließend sind. Die folgende Grafik (► Abb. 1) zeigt die Unterteilung der unterschiedlichen Gewichtsklassen in den verschiedenen Krankheitsbildern von Essstörungen.



**Abb. 1:** Schema der diagnostischen Unterteilung und der fließenden Übergänge von Essstörungen (nach Fichter 1988)

## 1.1 Magersucht/Anorexia nervosa (AN)

Die Magersucht ist eine psychosomatische Erkrankung im engeren Sinn, d. h., es finden sich Auswirkungen und Störungen auf der körperlichen Seite ebenso wie im psychischen Bereich, die sich wechselseitig beeinflussen und bedingen können. Der Begriff der Magersucht weist zum einen auf den suchartigen Charakter dieser Erkrankung hin, dürfte aber begrifflich ebenso sehr zu sehen sein unter der Umwandlung des Wortes »magersiech«: Dieses Adjektiv kommt von Magersiechtum und geht wohl auf die ersten Fälle zurück, die oft tödlich ausgingen. Der Begriff Anorexia nervosa wiederum, der von dem Engländer Sir William Gull geprägt wurde