

# Essstörungen und schulärztliche Möglichkeiten

Man unterscheidet folgende Essstörungen: Anorexia nervosa  
Bulimia nervosa  
Binge Eating Disorder

Heute stellen Essstörungen in den westlichen, hoch industrialisierten Ländern ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar. Es handelt sich dabei um eine individuelle Verhaltensweise, die von einem durchschnittlichen Normverhalten in eine krankhafte, suchtartige Form abweicht. Das Essen an sich und die Beschäftigung mit dem Essen nimmt eine zentrale, im Extremfall die wichtigste Rolle im Leben des Betroffenen ein.

## **1. Anorexia nervosa**

### **Diagnosekriterien der restriktiven oder asketischen Form der Anorexie**

- Gewichtsverlust, BMI < 17,5 (vgl. auch BMI – Perzentilen nach Coners 1996; Homepage SchulärztInnen), ist selbst herbeigeführt durch:
  - eingeschränkte, streng kontrollierte Nahrungsaufnahme
  - vermeiden hochkalorischer Speisen / Getränke
  - übermäßige sportliche Aktivitäten

### **Folgesymptome:**

- ständiges gedankliches Kreisen um Nahrung und Figur; Kalorienzählen
- extreme Angst vor Gewichtszunahme
- Körperschemastörung, d.h. auch bei bestehendem Untergewicht subjektiv das Gefühl zu haben, zu fett zu sein
- fehlende Krankheitseinsicht
- Konzentrationsstörungen
- erhöhte Nervosität und innere Spannungszustände
- Perfektionismus
- Soziale Isolation
- Kälteempfindlichkeit infolge des Untergewichts
- Amenorrhoe

### **Diagnosekriterien der bulimischen Form der Anorexie:**

Ca. 40 % der anorektischen Mädchen weisen noch zusätzlich, folgende Symptome auf:

- Selbstinduziertes Erbrechen,
- Missbrauch von Abführmittel, Appetitzügler und Diuretika

Ursachen: Die Magersucht entwickelt sich primär während der Pubertät (Pubertätsmagersucht), der Altersgipfel des Ausbruchs der Krankheit liegt bei etwa dem 14. / 15. Lebensjahr.

Anorexie ist eine psychische Erkrankung, die oft in höheren sozialen Schichten, meist aber in **Familien** mit starkem Prestige und Leistungsdenken vorkommt.

Die **Gesellschaft** spielt insofern eine Rolle, als sie in Medien und Werbung Glück und Erfolg mit schlank und dynamisch gleichsetzt. Außerdem findet eine Umstellung der Essgewohnheiten vom gesellschaftlichen „Ritual“ zu Fast- und Lightfood in Arbeitspausen oder in Pausen zwischen Arbeit und Freizeitgestaltung statt.

**Abmagerungsdiäten**, an deren Ende dann der „Fressanfall“ steht, der den Erfolg der Diät in kürzester Zeit zunichte macht, führen zum Gefühl des Versagens und können sich leicht verselbstständigen.

Daneben führt die neue **Rolle der Frau** in der Gesellschaft auch öfter zu dem Gefühl, den Anforderungen nicht entsprechen zu können. Frauen sollen heute schulisch und beruflich erfolgreich, selbstbewusst und emanzipiert sein, aber auch rücksichtsvoll und fürsorglich im sozialen Verhalten und daneben noch dem weiblichen Schönheitsideal entsprechen. Rollenzuschreibungen und Auseinanderklaffen individueller und gesellschaftlicher Lebensentwürfe können zu starker Verunsicherung führen, die oft eine Flucht in die Essstörung bewirkt.

Psychisch steht bei der Anorexie der Wunsch nach extremer Schlantheit verbunden mit dem **Wunsch nach Selbstbestimmung** im Vordergrund. Die magersüchtige Patientin schränkt ihre Nahrungszufuhr sehr stark ein, wobei vor allem Fette und Kohlehydrate reduziert werden. Sie versucht Hungergefühl mit übermäßiger Flüssigkeitsaufnahme zu kompensieren. Es besteht eine panische Angst vor Gewichtszunahme, die Waage wird oft als „Feind“ erlebt. Aus diesem Grund wird auch übermäßig Sport betrieben, daneben dient die forcierte körperliche Bewegung aber auch dazu, innere Zwänge und Angst leichter zu verdrängen.

Magersüchtige haben nicht gelernt, ihre Gefühle wahrzunehmen und zu differenzieren, sie können nur unzureichend mit ihren Ängsten umgehen. Sie kompensieren ihre Minderwertigkeitsgefühle mit Nahrungsverweigerung, die ihnen ein Gefühl der Selbstkontrolle, Autonomie und Identitätsentwicklung gibt.

Magersucht ist ein Signal für eine individuelle Krise, sie stellt einen Rückzug innerhalb der Familie, aber gleichzeitig auch einen Schutz des Wertesystems der Familie dar.

Es gibt aber auch eindeutige Hinweise auf genetische Faktoren bei dieser Krankheit.

**Möglichkeiten für SchulärztInnen:** oft werden die Schülerinnen durch besorgte LehrerInnen an den Schularzt verwiesen. Die Wahrnehmung des Problems erfolgt manchmal durch die Turnlehrer, die den stark abgemagerten Körper sehen. Die Mädchen sind sehr erfinderisch, ihren Körper in vielen weiten Hüllen so zu verstecken, dass eine Wahrnehmung der Erkrankung auch für die Eltern oft sehr schwer ist.

In diesem **ersten Gespräch** sollte der Schularzt wissen, dass die Schülerinnen keinerlei Krankheits einsicht haben, und er auf erbitterte Abwehr stößt, wenn er das Problem anspricht. Eine der schwierigsten Aufgaben im Umgang mit Magersüchtigen ist es, ihre Motivation für eine Therapie zu entwickeln. Das ist oft auch für erfahrene Experten eine große Herausforderung und gelingt nicht immer.

Es erfordert viel Kompetenz und Einfühlung von Seiten des Schularztes, einerseits das Problem klar im Blick zu behalten, auf der anderen Seite respektvoll und einfühlsam mit dem erkrankten Mädchen umzugehen. Wichtig erscheint, dass auch bei aller notwendigen Konsequenz doch die Jugendliche nicht allein auf ihre Störung reduziert wird. Das heißt, es sollten auch andere Lebensbereiche, wenn möglich positive Erlebensfelder angesprochen werden und das Interesse des Schularztes finden. Vertrauen ist zu bilden durch mehrfache Gespräche, klare Termine und Vereinbarungen, **regelmäßige Gewichtskontrollen** mit Aufzeichnung, Besprechung und Bewertung derselben.

Rücksichtsvolles **Einbeziehen der Eltern** nach Vereinbarung mit der Betroffenen, jedenfalls nicht voreilig gegen ihren Willen, außer es scheint die Erkrankung bedrohlich weit fortgeschritten zu sein.(BMI unter 15)

Konsequentes Ansprechen der Probleme, besonders wenn es um Ausreden geht, um Ausweichen und Nicht-Einhalten von Vereinbarungen.

Bei ausgeprägtem Krankheitsbild über mehrere Jahre ist meistens Psychotherapie indiziert, begleitende Gespräche durch die SchulärztInnen sind oft hilfreich und unterstützend, jedoch Auflösung „familiärer Verstrickungen“, Aufarbeiten psychischer Probleme bis hin zum sexuellen Missbrauch gehören unbedingt in die Psychotherapie!!

Der Schularzt sollte auch engen **und regelmäßigen Kontakt mit den LehrerInnen** der Schülerinnen halten, einerseits um diese in ihrer Sorge zu entlasten, andererseits um unter Umständen wertvolle ergänzende Informationen aus dem sozialen Umfeld des Kindes zu erhalten (sozialer Rückzug), um mögliche Verhaltensänderungen oder Änderungen der schulischen Leistungen in Erfahrung zu bringen.

Bei Rückmeldungen an Lehrkräfte immer Datenschutz/Schweigepflicht bedenken! Intime, vertrauliche Inhalte dürfen keinesfalls weitergegeben werden – (Vertrauensbruch) – oder nur nach Rücksprache mit der Patientin (gilt auch für das Elterngespräch, das im Idealfall im Beisein der Patientin geführt wird).

Ein wertvoller Rat an die LehrerInnen kann es sein, lustvolle Bewegungen (z.B. Aerobic, Musical dance etc.) und Verhaltensweisen ganz bewusst im Unterricht zu fördern. Hilfreich kann auch sein, in der Klassengemeinschaft über die gemeinsame Sorge zu sprechen, eventuell auch gemeinsam mit dem Schularzt, wenn es gut passt. Allerdings: **nicht über Betroffene diskutieren!!**

Hingegen kann über Schönheitsideale, Wirkungen der Medien, über Krankheitsbilder oder auch kritisch über Diäten, Jo-Jo-Effekt, usw. informiert und diskutiert werden.

Collagen über Rollenzuschreibungen „Mann / „Frau – sein“ Beispiele + Übungen mit SchülerInnen finden sich in der neuen Lehrermappe „Suchtvorbeugung in der Schule – Kapitel Essstörungen“ (von Frau Dr. Haller gemeinsam mit Institut f. Suchtprävention Linz) nachgelesen werden.

Für den Umgang mit erkrankten Mädchen (wenn MitschülerInnen sich z.B. überfordert fühlen) im Klassenverband könnte auch der Schulpsychologische Dienst zugezogen werden, auch BeratungslehrerInnen können dafür Ansprechpartner sein.

Hinweise für Lehrerinnen im Umgang mit magersüchtigen Schülerinnen sind zu finden im GIVE Infopaket über Essstörungen.

Der Schularzt kann ein Kind nur begleiten, er hat jedoch **keinerlei therapeutischen Auftrag**. Dennoch kann er in schwierigen Zeiten, z.B. bei einer Therapieverweigerung oder bei Therapieabbruch eine wichtige Stütze und Hilfe für alle Beteiligten sein.

Er kann im Vorfeld einer (stationären)Therapie, auf die unter Umständen eine bestimmte Zeit zu warten ist, durch konsequente Betreuung sowohl Kind als auch Eltern und Lehrer entlasten.

Er kann **mögliche Hilfsmittel** wie z.B. Bücher anbieten, die auch bei nicht sehr fortgeschrittenen Fällen von Spezial-Ambulanzen angeboten werden, als Mittel zur Selbsthilfe. Er kann die Schülerin informieren über die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung. Erfahrungsgemäß wollen die Betroffenen vorher immer sehr genau Bescheid wissen, über das, was sie erwartet. Nicht oft genug wiederholt werden kann der Hinweis, dass die Schülerinnen meist jede Behandlungsform grundsätzlich ablehnen, da sie jede Notwendigkeit zu einer Änderung für überflüssig halten. Mit diesem Widerstand ist immer zu rechnen. Es fehlt den anorektischen Mädchen jede Krankheitseinsicht.

Der Schularzt kann auch **wertvolle Ratschläge** geben, wenn es um Fragen der Ernährung geht - sehr oft das einzige und wichtige Thema im Leben dieser Kinder. Wichtig ist, dass er sich als Experte nicht involvieren lässt in allzu rigide Diätvorschriften, die sich die Mädchen selbst auferlegen. Die Zeit beim Schularzt sollte nicht allein der Ausarbeitung von kniffligen Diätplänen dienen. (Die Mädchen haben einiges Geschick in der Verstrickung von anderen in ihre komplizierten Regeln.)

Schließlich sollte der Schularzt gut informiert werden, über die **Möglichkeiten von therapeutischen Einrichtungen**, die für das Kind in Frage kommen. Die Vermittlung einer solchen Einrichtung oder Personen sollte grundsätzlich in Abstimmung mit den Eltern erfolgen, mit diesen auch sorgfältig besprochen werden. Es gibt allerdings Ausnahmefälle wie sexuellen Missbrauch oder Gewalt in der Familie, oder das fortgeschrittene Alter und die Einsichtsfähigkeit der Jugendlichen.

Es ist und bleibt diese Erkrankung eine große Herausforderung bei jedem Kind, Erfahrung kann sehr helfen, dennoch ist jeder Fall wieder sehr besonders und bedarf besonderer Maßnahmen und Reaktionen.

**Therapie:** Sie besteht aus zwei Komponenten:

1. **Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Gewichtes**, das für die Betroffene gesund und normal ist, mit Behandlung evtl. pathologischer Laborwerte. Vergessen darf man dabei nicht auf die Gefahr der Osteoporose auf Grund eines langjährigen Östrogenmangels, weshalb manchmal eine Hormonsubstitution erforderlich ist.
2. **Psychotherapie** mit all ihren Möglichkeiten (multimodale Therapieansätze): Einzelgespräche, Gruppen, Mal- und Musiktherapie, systemische Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie, etc. Letztlich geht es um den Aufbau des Selbstbewusstseins und der Körperwahrnehmung und Akzeptierenlernen des eigenen Körpers.
3. Entspannungsübungen, Massage, Sport zum Stressabbau können die Therapie unterstützen. Medikamente kommen nicht primär zum Einsatz, sondern bei spezifischen zusätzlichen Indikationen (sekundäre Komplikationen).

## 2. Bulimia nervosa

- Essattacken (mindestens zweimal pro Woche über mehrere Monate) denen durch
  - Selbstinduziertes Erbrechen
  - Medikamentenmissbrauch (Appetitzügler, Abführmittel und Diuretika)
  - Hungern und
  - Exzessiven Sport entgegengewirkt werden will.
- Kontrollverlust während des Essanfalles
- Angst vor Gewichtszunahme; tägliche Gewichtskontrollen
- Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper
- Schlank bis normalgewichtig
- Geringes Selbstwertgefühl
- Krankheitseinsicht ist vorhanden, es besteht ein Leidensdruck und der Wunsch nach Hilfe
- Störungen des Elektrolythaushalts
- Herzrhythmusstörungen
- Zahnprobleme, da die Magensäure den Zahnschmelz angreift
- Haarausfall
- Schwellung der Lymphdrüsen

### **Schulärztliche Möglichkeiten:**

Im Gegensatz zur anorektischen Patientin hat die Bulimikerin einen sehr starken Leidensdruck und eine klare Krankheitseinsicht. Das ist eine ganz andere Voraussetzung für das schulärztliche Gespräch. Im Verlauf der Therapie kann der Schularzt die Schülerin sehr hilfreich unterstützen, indem er Gespräche anbietet, sein Interesse zeigt, Fortschritte lobt und so das Durchhaltevermögen stärkt. Bei ausgeprägtem Krankheitsbild (tägliches Erbrechen über einen längeren Zeitraum) sollte zu Experten überwiesen werden.

### **Therapie:**

Einem Stufenplan folgend kann ein Selbstbehandlungsbuch ohne, eventuell mit Anleitung (Therapeutinnen-unterstützt) empfohlen werden. Dann folgen Möglichkeiten wie Psychoedukation und ambulante Psychotherapie. Als letztes werden Tagesklinik bzw. stationäre Therapie angeboten. Im Rahmen eines „Ernährungsmanagements“ lernt die Betroffene eine ausgewogene Nahrung zu sich zu nehmen und gleichzeitig das Sättigungsgefühl zu erkennen. Da man annimmt, dass die Betroffenen das Erbrechen als Problemlösungsstrategie erlernt haben, ist es wichtig, neue Möglichkeiten der Konfliktbewältigung anzubieten. Da die Bulimie häufig von einer Depression begleitet ist, kommen hier auch Antidepressiva erfolgreich zum Einsatz. (SSRI)

### **3. Binge Eating Disorder**

Dabei handelt es sich um unkontrollierte Heißhungerattacken ohne anschließendes Erbrechen mindestens zwei Mal in der Woche. Ursache ist ein Kontrollverlust, bei dem große Mengen Nahrungsmittel sehr schnell zu sich genommen werden, bis ein unangenehmes Völlegefühl erreicht wird. Anschließend kommt es zu Schuldgefühlen, Ekel und Depression. Auch hier steht therapeutisch ein Erlernen neuer Ernährungsstrategien kombiniert mit einer Psychotherapie im Vordergrund. Ähnlich wie bei der Bulimie besteht hier ein großer Leidensdruck und der Wunsch nach Veränderung.

Der Schularzt kann bei der Suche nach einer therapeutischen Einrichtung helfen und wohlwollend die oft mühsamen und von zahlreichen Rückschlägen geprägten Schritte in Richtung Heilung unterstützen.

#### **Zusammenfassung und Resümee**

Allen Essstörungen gemeinsam ist die Tatsache, dass die Körperwahrnehmung, der Kontakt zum eigenen Körper empfindlich beeinträchtigt ist und daher alle Empfehlungen sinnvoll sind, die diesen Kontakt wieder herstellen oder unterstützen.

Psychotherapie stellt bei den Essstörungen heute die Therapie erster Wahl dar.

#### **Ziele der schulärztlichen Arbeit können sein**

- ↪ Sicherheit geben durch medizinische Kontrollen inklusive Gewichtskontrollen
- ↪ in Kontakt bleiben mit der betroffenen Schülerin auch und gerade in schwierigen Situationen (Therapieabbruch, Therapieverweigerung)
- ↪ durch Positiv - Strategien den Selbstwert der Jugendlichen steigern (wertschätzende Grundhaltung, Förderung von konstruktiven Verhaltensweisen, Anregung zu kreativen Tätigkeiten, Unterstützung für alles, was Freude macht, etc.)
- ↪ ausdrückliche Zurückhaltung bei Diättempfehlungen, die mit Kalorientabellen verbunden sind.

#### **Empfehlenswerte Selbstbehandlungsbücher:**

Janet Treasure /Ulrike Schmidt: Die Magersucht besiegen - ein Leitfaden für Betroffene  
Vlg Campus konkret

Ulrike Schmidt : Die Bulimie besiegen - ein Selbsthilfeprogramm Beltz-Verlag

Autorinnen: Dr. Susanne Werner, Dr. Alexandra Lagemann, Dr. Lilly Damm