

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 49 (2013)
Heft: 2

Artikel: Anorexie und Bulimie : Selbstwertstörung am Körper ausgelebt =
Anorexie et boulimie : un trouble de l'estime de so exprimé par le corps
Autor: Toman, Erika
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928863>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Anorexie und Bulimie: Selbstwertstörung am Körper ausgelebt

Anorexie et boulimie: un trouble de l'estime de soi exprimé par le corps

DR. PHIL. ERIKA TOMAN

Eines der wichtigsten Symptome von Anorexie und Bulimie ist die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers, die sogenannte Körperschema-Störung. Früherkennung und kompetente Behandlung beugen der Chronifizierung vor.

Essstörungen treten vor allem bei Mädchen und jungen Frauen in der Pubertät und der frühen Adoleszenz auf. Zu den Essstörungen werden die Magersucht (Anorexie), die Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und die sogenannten unspezifischen Essstörungen gezählt.

Anorexie

Das auffallendste Merkmal der Anorexie ist ein deutlich unterdurchschnittliches Körpergewicht. Von einem magersüchtigen Gewicht spricht man bei Frauen ab einem Body Mass Index (BMI)¹ von 17,5 und darunter. Das Normalgewicht liegt zwischen einem BMI von 18,5 und 25, ein BMI von 17,5 bis 18,5 bedeutet Untergewicht. Weiter kommen hormonelle Veränderungen und die Körperschemastörung hinzu [1].

Keine körperliche Ursache

Die Ursache für den Gewichtsverlust ist nicht körperlich, sondern seelisch und entsteht durch konsequente Vermeidung der Nahrungsaufnahme [2]. Durch permanentes Hungern und durch körperliche Aktivität wie exzessives Radfahren, Langstreckenlauf und Schwimmen wird der Gewichtsverlust vorsätzlich herbeigeführt. Bei einem Teil der Betroffenen kommt es auch zu vereinzelt Essattacken, gefolgt von Er-

L'un des principaux symptômes de l'anorexie et de la boulimie est une perception déformée de son corps, plus communément appelée perturbation du schéma corporel. Un dépistage précoce et un traitement compétent permettent d'en prévenir la chronicisation.

Les troubles de l'alimentation apparaissent surtout chez les jeunes filles et les jeunes femmes au moment de la puberté et au début de l'adolescence. Les troubles du comportement alimentaire comportent l'anorexie mentale (ou anorexie), la boulimie et les troubles de l'alimentation non spécifiques.

Das Körperbild Magersüchtiger ist verzerrt. Sie erkennen die extreme und lebensbedrohliche Abmagerung ihres Körpers nicht. | La représentation corporelle des anorexiques est déformée. Ils ne prennent pas conscience de l'amaigrissement extrême de leur corps qui met leur vie en danger. Foto/photo: andrey-fo/photocase.com



¹ Body Mass Index: Körpergewicht in kg geteilt durch Körperlänge im Quadrat in Metern.

brechen, Abführmittel-Missbrauch und anderen kompensatorischen Mechanismen. Die anhaltende Gewichtsabnahme führt zunehmend zu körperlichen, sozialen und psychischen Problemen. Dazu zählen das Ausbleiben der Monatsblutung, körperliche Schwäche, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, Abnahme der Knochendichte (Osteopenie, Osteoporose), Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, soziale Isolation und Apathie [3].

Bulimie: Heisshunger und Erbrechen

Die vorherrschenden Symptome bei der Bulimie sind wiederholte Anfälle von Heisshunger (die sogenannten Essattacken), gefolgt von Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika (harntreibenden Mittel), Appetitzüglern und Schilddrüsenhormonpräparaten. Dazu kommt eine übertriebene Beschäftigung mit dem eigenen Körper und dem eigenen Körpergewicht, obwohl Bulimie-Patientinnen in der Regel ein objektiv unauffälliges, oft optimales Gewicht aufweisen.

Von Bulimie spricht man, wenn die Ess- und Brechattacken über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten mehrmals wöchentlich bis mehrmals täglich auftreten. Sie dauern oft Stunden. Pro Essattacke werden nicht selten 3000 bis 10000 Kilokalorien an Nahrung verschlungen, teils in Form sorgfältig zubereiteter Speisen, teils als «Junk-Food» wie Chips und Schokolade [1].

Über Jahre verborgen

Die unmittelbaren medizinischen Folgen dieser Ess-Brech-Attacken sind aufgrund des Erbrechens ein Absinken der Kaliumwerte im Blut, Zahnschmelzschäden und Karies als Folge der Schädigung durch Magensäure sowie geschwollene Speicheldrüsen. Bulimie kann der Umwelt über Jahre hinweg verborgen bleiben. Die Betroffenen leiden unter starken Schamgefühlen und haben das Bedürfnis, den «bulimischen» Teil der eigenen Person zu verstecken. Dies verstärkt bei vielen Betroffenen die ohnehin bestehende Neigung, sich problemlos und überangepasst zu zeigen und Schwierigkeiten oder Beschämendes zu verbergen [3].

Essstörungen nehmen zu

Studien der letzten Jahre zeigen, dass die Häufigkeit von einem Teil der Essstörungen zunimmt. Untersuchungen in der Bevölkerung – in der Regel bei Schülerinnen und Studentinnen – ergaben, dass 3 bis 10 Prozent der Frauen an einer Essstörung, 1 Prozent davon an Anorexie, leiden. Die Statistiken aus Fallregistern (u.a. für die Schweiz) zeigen, dass Essstörungspatientinnen eine jährliche Einweisungsrate zur stationären psychiatrischen Behandlung von zirka 5 auf 100 000 Einwohner aufweisen [4].

L'anorexie

Le signe le plus frappant de l'anorexie est un poids corporel situé nettement en dessous de la moyenne. On parle d'un poids anorexique pour des femmes présentant un indice de masse corporelle (Body Mass Index ou BMI)¹ de 17,5 ou inférieur. Un poids normal équivaut à un IMC situé entre 18,5 et 25, un poids insuffisant à un IMC situé entre 17,5 et 18,5. Des changements hormonaux et la perturbation du schéma corporel viennent s'ajouter à cela [1].

Pas de cause physique

La cause de la perte de poids n'est pas physique, mais psychique, et apparaît en raison d'un évitement conséquent de l'alimentation [2]. La perte de poids est provoquée délibérément par le fait d'endurer la faim en permanence et par une activité physique telle que la pratique excessive du vélo, de la course de fond ou de la natation. Pour une partie des personnes concernées, surviennent aussi des crises de boulimie, suivies par des vomissements, un abus de laxatifs et d'autres mécanismes compensatoires. La perte continue de poids entraîne de surcroît des problèmes physiques, sociaux et psychiques. Par exemple l'arrêt des menstruations, une faiblesse physique, des vertiges, des troubles du rythme cardiaque, une diminution de la densité osseuse (ostéopénie, ostéoporose), des troubles de la concentration, un manque d'entrain, une isolation sociale et de l'apathie [3].

La boulimie: appétit démesuré et vomissements

Les symptômes prédominants de la boulimie sont des accès répétés d'appétit démesuré (envies impérieuses de manger), suivis par des vomissements, des abus de laxatifs, de diurétiques (augmentant la sécrétion urinaire), d'anorexigènes et de préparations d'hormones thyroïdiennes. A cela s'ajoute une préoccupation exagérée au sujet de son corps et de son poids, bien que les patientes boulimiques présentent habituellement un poids objectivement normal, souvent idéal.

On parle de boulimie lorsque de soudaines envies irrésistibles de manger interviennent jusqu'à plusieurs fois par jour et sur une période d'au moins trois mois, à un rythme de plusieurs fois par semaine. Elles durent souvent des heures. Lorsque cette attaque survient, ce sont souvent de 3000 à 10000 kilocalories de nourriture qui sont dévorées, parfois sous forme de nourriture soigneusement préparée, parfois sous forme de «Junk-Food», comme des chips et du chocolat [1].

¹ Body Mass Index: Poids corporel en kg divisé par la taille en mètres au carré.



«Warum berteiben Sie Sport? Weil Sie abnehmen wollen? Weil Sie denken, dass Sie es müssen, oder weil es Spass macht und sich gut anfühlt?» | «Pourquoi faites-vous du sport? Parce que vous voulez maigrir? Parce que vous pensez devoir le faire ou parce que cela vous fait plaisir?» Foto/photo: © thejimcox – Fotolia.com

Wie kommt es zu Essstörungen?

Die Frage nach den Ursachen der Erkrankung ist nicht einfach im Sinne eines Ursachen-Wirkung-Modells zu beantworten. Es gibt keinen einfachen Grund und auch keine Schuldigen. Bekannt sind jedoch Risikofaktoren, die das Entstehen der Erkrankung begünstigen. Meist liegt der auslösende Faktor auf psychischer Ebene. Dabei stehen Selbstwertstörungen klar im Vordergrund. Ein diffuses, oft jedoch massives Gefühl, als Person wertlos und völlig ungenügend zu sein, führt dazu, dass das Selbstwertgefühl der Betroffenen fast ausschliesslich an Leistung, die dann mit dem eigenen Aussehen und Körpergewicht verknüpft wird, und schliesslich mit der Fähigkeit zu hungern [2,3,5].

Gefährliche Schönheitsideale

Auffallend ist das Geschlechtsverhältnis bei den Betroffenen. Es erkranken zu 90 Prozent Mädchen und junge Frauen an Essstörungen, nur 10 Prozent der Betroffenen sind Männer. Dies hat schon seit längerer Zeit Diskussionen und Fragen zur Bedeutung kulturspezifischer Faktoren bei diesen Erkrankungen ausgelöst.

Zu den kulturspezifischen Faktoren gehören hauptsächlich Faktoren, die mit den Vorgaben aus den Massenmedien an Aussehen und Figur in Verbindung stehen. Das damit vermittelte Diktat eines Schönheitsideals mit überschlankem Körper, das ich «visueller Brainwash» nenne, ist heute allgegenwärtig [6,9]. Bereits leichte Molligkeit wird abgelehnt, irreführende Diäten aus entsprechenden Medien versprechen

Un problème qui peut être caché durant des années

En raison des vomissements, les conséquences médicales directes des crises de boulimie sont une diminution du niveau de potassium dans le sang, des dommages au niveau de l'émail dentaire et des caries en conséquence du préjudice causé par l'acidité gastrique ainsi que des glandes salivaires enflées. La boulimie peut être cachée à l'entourage pendant des années. Les personnes concernées souffrent d'un puissant sentiment de honte et ont besoin de cacher la partie «boulimique» de leur personne. Cela renforce la tendance de nombreuses d'entre elles à se montrer sans problèmes et sur-adaptées ainsi qu'à cacher les difficultés ou ce qui est ressenti comme honteux [3].

Les troubles alimentaires augmentent

Les études effectuées au cours des dernières années montrent que la fréquence d'une partie des troubles de l'alimentation augmente. Des enquêtes menées parmi les élèves et les étudiantes ont montré que de 3 à 10 pour cent des femmes souffrent d'un trouble de l'alimentation, 1 pour cent d'entre elles souffrant d'anorexie. Les statistiques et les cas enregistrés (entre autres pour la Suisse) montrent que les patientes qui souffrent de troubles de l'alimentation ont un taux annuel d'hospitalisation pour traitement psychiatrique d'environ 5 pour 100 000 habitants [4].

Comment apparaissent les troubles de l'alimentation?

Il n'est pas facile de répondre à la question des causes de la maladie dans l'esprit d'un modèle de causes à effets. Il n'existe aucune raison simple et aucun coupable. Toutefois, les facteurs de risques favorisant l'apparition de la maladie sont connus. Le plus souvent, le facteur déclenchant se situe sur le plan psychique. Des troubles de l'estime de soi se situent clairement au premier plan. Un sentiment diffus et en même temps souvent massif de n'avoir aucune valeur en tant que personne et d'être complètement insuffisant conduit à ce que l'estime de soi des personnes concernées soit presque exclusivement associée à leurs performances, elles-mêmes ensuite associées à l'apparence et au poids, ce qui induit finalement la capacité de souffrir de la faim. [2,3,5].

Des idéaux de beauté dangereux

La répartition par sexes des personnes concernées est frappante. 90 pour cent des personnes souffrant de troubles de l'alimentation sont des jeunes filles et des jeunes femmes, seuls 10 pour cent sont des hommes. Cela a généré depuis longtemps déjà des discussions et des questions au sujet de

Wunderfiguren im Handumdrehen. Aber Achtung! Es sind nicht nur die Massenmedien, die diese Entwicklung fördern. Auch viele Fachleute aus dem Gesundheitsbereich unterliegen diesem Trend [8]. Normale Figuren werden als übergewichtig empfunden und Patienten zur Gewichtsreduktion gedrängt (siehe Abbildung 1).

Körperschemastörung – verzerrte Körperwahrnehmung

Das Körperbild Magersüchtiger ist verzerrt. Sie erkennen die extreme und lebensbedrohliche Abmagerung ihres Körpers nicht. Besonders einzelne Körperteile, wie Oberschenkel, Bauch oder Hüften, stehen im Blickpunkt der Betroffenen. Obwohl objektiv beurteilt diese Partien normal oder schon zu dünn sind, empfinden die Betroffenen sich meist zu dick oder beschreiben ihren ausgemergelten Körper als ideal. Drei Themen plagen hier vor allem die von einer Essstörung betroffenen Menschen: verzerrte Körperwahrnehmung (Body Distortion), Unzufriedenheit mit dem Körper (Body Dissatisfaction) und unrealistisches Körperideal (Ideal Body Image/ Drive for Thinness) [7].

Hyperaktivität

Neben der Kalorienreduktion besteht häufig ein übertriebener Bewegungsdrang mit dem Ziel, abzunehmen, der durch Schwimmen, Jogging, Aerobic oder Gymnastik befriedigt wird. Dies nimmt oft mehrere Stunden pro Tag in Anspruch. Jede Ruhepause wird vermieden und der Schlaf auf ein Minimum reduziert [10].

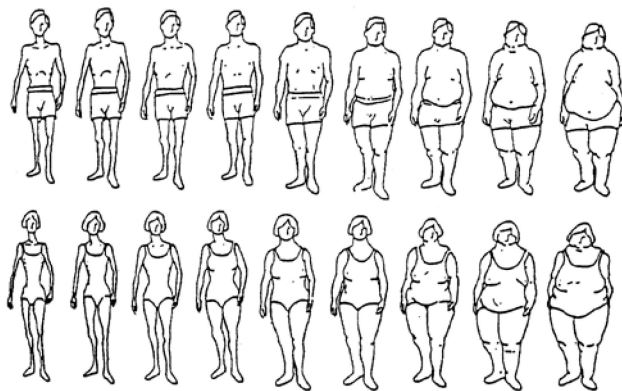


Abbildung 1: Welche Figur ist attraktiv? Die meisten Frauen begehren die Figuren 2–4, wobei das gesündeste Gewicht den Figuren 4–6 entspricht (Toman, 2009). Bei Männern ist das Bild anders, sie bevorzugen Figuren 4–6, was aus gesundheitlichen Überlegungen richtig ist [13]. | Illustration 1: Quelle silhouette est attrayante? La plupart des femmes désirent avoir les silhouettes 2–4, sachant que le poids le plus sain correspond aux silhouettes 4–6 (Toman, 2009). Chez les hommes, l'image est autre, ils préfèrent les silhouettes 4–6, ce qui est d'ailleurs correct sur le plan de la santé [13].

l'importance des facteurs spécifiques à la culture dans ces maladies.

Parmi les facteurs spécifiquement culturels, il y a des facteurs essentiels liés aux messages des médias au sujet de l'apparence et de la silhouette. Aujourd'hui, le diktat ainsi diffusé d'un idéal de beauté avec un corps démesurément mince que j'appelle du «lavage visuel de cerveau» est omniprésent [6,9]. Même une légère rondeur est rejetée, les diètes trompeuses des médias promettent des silhouettes miraculeuses en un rien de temps. Mais attention! Les médias ne sont pas les seuls à favoriser ce développement. De nombreux spécialistes du domaine de la santé succombent eux aussi à cette tendance [8]. Les silhouettes normales sont considérées comme obèses et les patients sont poussés à réduire leur poids (cf. illustration 1).

Perturbation du schéma corporel – perception déformée du corps

La représentation corporelle des anorexiques est déformée. Ils ne prennent pas conscience de l'amaigrissement extrême de leur corps qui met leur vie en danger. Certaines parties du corps en particulier, comme les cuisses, le ventre ou les hanches, sont le point de mire des patientes. Bien que, d'un point de vue objectif, ces parties soient normales ou déjà trop maigres, les personnes concernées se trouvent le plus souvent trop grosses ou décrivent leur corps squelettique comme étant idéal. Trois sujets tourmentent essentiellement les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation: une perception déformée du corps (Body Distortion), une insatisfaction au sujet du corps (Body Dissatisfaction) et un idéal physique irréaliste (Ideal Body Image / Drive for Thinness) [7].

Hyperactivité

Outre la réduction des calories, on observe souvent un besoin excessif d'exercice dans l'objectif de maigrir, besoin qui est satisfait par la natation, le jogging, l'aérobic ou la gymnastique. Cette activité prend souvent plusieurs heures par jour. Toute pause est évitée et le sommeil est réduit à un minimum [10].

Un message de l'âme

Il est important de comprendre les troubles de l'alimentation avant tout comme un «message de l'âme» et non pas comme un trouble de la santé issu d'une fatalité. C'est pourquoi le travail thérapeutique concret ne vise pas seulement à exercer une influence au niveau des symptômes du trouble de l'alimentation, mais aussi toujours à rechercher l'origine de ce message de l'âme. Il est ainsi possible d'aider les personnes concernées à trouver d'autres chemins pour activer

Eine Botschaft der Seele

Wichtig ist es, Essstörung grundsätzlich als «Botschaft der Seele» und nicht als eine schicksalhaft erlittene Störung der Gesundheit zu verstehen. In der konkreten therapeutischen Arbeit wird demnach nicht nur darauf geachtet, dass auf der Ebene der Symptome der Essstörung eine Veränderung erwirkt wird, sondern immer auch das Ziel verfolgt, den Ursprung dieser Botschaft der Seele zu ergründen. So kann den Betroffenen geholfen werden, andere Wege zu finden, die oft gegensätzlich anmutenden Bedürfnisse, Wünsche und Ängste aktiv ins Leben einbringen und ausdrücken zu können [2].

Dabei geht es etwa um Bedürfnisse nach Autonomie, Geborgenheit, Selbstbestimmung, Anerkennung und nach Freiheit. Oft spielen auch Rebellion oder die Angst vor der Leere, vor dem Alleinsein und vor Schmerzen eine ursächliche Rolle. Wenn es gelingt, die zur Krankheit gehörenden, letztlich unproduktiven Muster und Mechanismen zu überwinden, können ausgeprägte Stärken und kreatives Potenzial zum Vorschein kommen, die bis anhin durch die Essstörung neutralisiert und unterdrückt worden waren.

Früherkennung ist wichtig

Die Frage, ob das eigene Essverhalten und der Bezug zum eignen Körper normal ist, lediglich gestört oder bereits von Krankheitswert, ist nicht immer einfach zu beantworten. Insbesondere anorektische Menschen arrangieren sich oft lange mit ihrer Krankheit, die sie als Stärke des Willens, stolzes Produkt der eigenen Unabhängigkeit und nicht als eigentliches Problem erleben. Sie merken oft erst, wenn sie versuchen, ihr Gewicht zu erhöhen, dass sich das Schlankkeitsstreben verselbständigt hat und sie nicht mehr normal essen können, auch wenn sie es wollen. Bulimische Menschen hingegen schämen sich für ihre Anfälle, isolieren sich von ihrer Umwelt und bleiben alleine und unverstanden.

Es ist von zentraler Bedeutung für die Prognose, möglichst früh die Erkrankung zu erkennen, mit anderen über sein Verhalten oder seine Probleme zu sprechen und aktiv Hilfe zu suchen. Die richtige Behandlung der Anorexie und der Bulimie ist eine Psychotherapie bei einer oder einem Psychotherapeuten, der erfahren ist in der Behandlung von Essstörungen. Ein erster Schritt kann auch sein, zu Selbsthilfegruppen oder niederschweligen Behandlungsangeboten Kontakt aufzunehmen. Schreitet die Erkrankung fort, ist eine stationäre oder halbstationäre Behandlung meist unvermeidbar [11, 12].

Die Betroffenen darauf ansprechen

Bedingung für eine Behandlung ist, dass die Betroffenen ihre Krankheit als solche erkennen und Hilfe suchen. Lehrer,



Auch Fachleute aus dem Gesundheitsbereich unterliegen dem Trend: Normale Figuren werden als übergewichtig empfunden und Patienten zur Gewichtsreduktion gedrängt. | De nombreux spécialistes du domaine de la santé succombent eux aussi à cette tendance: Les silhouettes normales sont considérées comme obèses et les patients sont poussés à réduire leur poids. Foto/photo: © Peter Atkins – Fotolia.com

et exprimer des besoins, des souhaits et des peurs qui peuvent souvent sembler contradictoires [2].

Il s'agit par exemple de besoins d'autonomie, de sécurité, de libre disposition de soi-même, de reconnaissance et de liberté. La révolte ou la peur du vide, de la solitude et de la douleur jouent souvent elles aussi un rôle causal. Si on parvient à surmonter les modèles et les mécanismes improductifs qui font partie de la maladie, des forces importantes et un potentiel créatif qui avaient jusque-là été neutralisés et réprimés par le trouble de l'alimentation peuvent apparaître.

L'importance d'un dépistage précoce

Il n'est pas toujours facile de savoir si le comportement alimentaire et la relation au schéma corporel sont normaux, simplement perturbés ou déjà pathologiques. Les personnes anorexiques s'accommodent souvent de leur maladie, qu'elles considèrent comme une force de leur volonté, le fier produit de leur propre indépendance et non comme un véritable problème. Souvent, ce n'est que lorsqu'elles tentent de prendre du poids qu'elles remarquent que le besoin impérieux de minceur est devenu autonome et qu'elles ne peuvent plus manger normalement, même si elles le veulent. Les personnes boulimiques, en revanche, ont honte de leurs accès de boulimie, s'isolent de leur environnement, restent seules et incomprises.

Freunde, Physiotherapeuten und andere Fachleute sollten wissen, dass gute Ratschläge und Drohungen nicht nützen. Was nicht heisst, dass sie schweigen sollen. Das «richtige» Verhalten ist eine Gratwanderung zwischen Mitgefühl und Abgrenzung. Die Bezugspersonen sollten nicht zögern, die Initiative zu ergreifen und die Betroffenen und bei Jugendlichen auch ihre Eltern anzusprechen und sie für eine Behandlung zu motivieren (wie ansprechen, worauf achten *siehe Kasten*). Je früher eine Behandlung einsetzt, desto grösser sind die Heilungschancen. Oft braucht es mehrere, sich ergänzende Behandlungen.

Heilung

Der Prozess der Heilung zieht sich meistens über Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg. Es wird geschätzt, dass ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen völlig geheilt wird; ein weiteres Drittel lernt mit der Krankheit mehr oder weniger gut um-

Pour le pronostic, il est essentiel d'identifier la maladie le plus tôt possible, de parler avec d'autres personnes au sujet de son comportement ou de ses problèmes et de chercher activement de l'aide. Le traitement approprié de l'anorexie et de la boulimie est une psychothérapie chez un psychologue spécialisé dans le traitement des troubles de l'alimentation. Un premier pas peut aussi consister à prendre contact avec des groupes d'entraide ou des offres de traitement accessibles. Si la maladie continue d'avancer, un traitement en hospitalisation ou en semi hospitalisation est le plus souvent inévitable [11, 12].

Aborder le sujet avec les personnes concernées

Le préalable à tout traitement est que les personnes concernées reconnaissent leur maladie comme telle et cherchent de l'aide. Les enseignants, les amis, les physiothérapeutes et autres spécialistes devraient savoir que les bons conseils et

Kasten: Wie ansprechen, worauf achten

Gehen Sie von Ihren eigenen Wahrnehmungen aus. Besprechen Sie Ihre Wahrnehmung mit den Betroffenen klar und deutlich. Bieten Sie konkrete Hilfe an. Verurteilen Sie die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht für ihr Verhalten. Geben Sie niemandem die Schuld an der Krankheit.

Geeignete Einstiegsformulierungen sind: «Ich habe beobachtet, dass Sie in der letzten Zeit abgenommen haben», oder «Ich wollte Sie darauf ansprechen, dass Ihr Gewicht sehr tief ist und meiner Beobachtung nach insbesondere die Fettmasse klar unter der gesunden Norm liegt. Das macht mir Sorgen. Was meinen Sie dazu?» Und weiter: «Oft ist Untergewicht ein Ausdruck von Stress, psychisch und/oder physisch. Da Untergewicht gesundheitliche Schäden nach sich ziehen kann, wollte ich mit Ihnen darüber nachdenken, wie Sie es ändern könnten, falls Sie es möchten. Oder ob etwas Sie daran hindert, es zu wollen ...»

Zwei geeignete Screening-Fragen zu den Essstörungen sind:

- Wie viel Zeit und Energie wenden Sie für Themen wie «mein Körpergewicht» und «meine Figur» auf? (Mehr als 20% des Tages sind zu viel.)
- Warum berteiben Sie Sport? Weil Sie abnehmen wollen? Weil Sie denken, dass Sie es müssen, oder weil es Spass macht und sich gut anfühlt?

Versuchen Sie darauf einzuwirken, dass möglichst bald professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Je früher die Hilfe einsetzt, desto schneller kann der Störung entgegengewirkt werden. Vermitteln Sie Adressen von Therapeuten und Beratungsstellen.¹

¹ Website mit Hinweisen auf die meisten seriösen Behandlungen in der Schweiz und im nahen Ausland: www.netzwerk-essstoerungen.ch. Die Adressen sind nach Kantonen geordnet.

Encadré: Comment aborder le sujet, à quoi faire attention

Partez de vos propres perceptions. Discutez de votre perception avec la personne concernée de manière claire et précise. Proposez concrètement de l'aide. Ne jugez pas les personnes concernées ni les membres de leur entourage pour ce comportement. N'attribuez à personne la responsabilité de la maladie.

Les formulations d'introduction appropriées sont: «J'ai observé que vous avez perdu du poids ces derniers temps», ou «Je voulais vous dire que votre poids est très bas et j'ai observé que la masse de graisse en particulier se situe nettement en dessous de la normale. Cela me préoccupe. Qu'en pensez-vous?» Puis poursuivez: «Souvent, l'insuffisance de poids est une expression de stress, sur le plan psychique et ou physique. Étant donné que l'insuffisance de poids peut entraîner des troubles au niveau de la santé, j'aimerais réfléchir avec vous sur la manière de changer cela, au cas où vous le souhaiteriez. Ou sur le fait de savoir si quelque chose vous empêche de le vouloir ...»

Voici deux questions de screening appropriées pour les troubles de l'alimentation:

- Combien de temps et d'énergie dépensez-vous pour des sujets tels que «mon poids» et «ma silhouette»? (Plus de 20% par jour est excessif.)
- Pourquoi faites-vous du sport? Parce que vous voulez maigrir? Parce que vous pensez devoir le faire ou parce que cela vous fait plaisir et que vous trouvez cela agréable?

Tentez de faire en sorte qu'une aide professionnelle soit sollicitée le plus tôt possible. Plus l'aide démarrera tôt, plus il sera possible de combattre le trouble rapidement. Donnez des adresses de thérapeutes et de services de conseil.¹

¹ Site Internet avec des indications sur la plupart des traitements en Suisse et dans les pays proches: www.netzwerk-essstoerungen.ch. Les adresses sont classées par cantons.

zugehen. Bei 5 Prozent kommt es zum Tod. Beim letzten Zehntel bis Drittel wird die Essstörung chronisch. Aber auch in diesem Fall sollte man nicht aufgeben: Es gibt immer wieder Betroffene, die nach jahrzehntelangen Kämpfen den Ausstieg aus ihrer Essstörung schaffen. |

Literatur | Bibliographie

1. Herpertz, St., de Zwaan, M., Zipfel, St. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin: Heidelberg.
2. Bruch, H. (2004). Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. S. Fischer: Frankfurt am Main.
3. Jacobi C et al. (1996). Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Beltz: Weinheim, Basel.
4. Schnyder U, Gabriella M, Mohler-Kuo, Dermota P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz, Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
5. Crow SJ, Stewart Agras W, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord.*: 32 (3): 309–18.
6. Lowes J, Tiggemann M (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *Br J Health Psychol.* May; 8 (Pt 2): 135–47.
7. Sala L et al. (2012). Body dissatisfaction is improved but the ideal silhouette is unchanged during weight recovery in anorexia nervosa female inpatients. *Eat Weight Disord. Psychother Psychosom Med Psychol.* 17(2): e 109–15.
8. Westenhöfer, J. (1996). Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. Hogrefe: Göttingen.
9. Groesz, LM, Levine, MP, Murnen, SK. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord.*: 31(1): 1–16.
10. Schlegel S et al. (2012). Sportstherapie for outpatients with eating disorders: a pilot project. *Psychother Psychosom Med Psychol.* Dec; 62 (12): 456–62.
11. Steinhausen HC, Weber S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry.*: 166 (12): 1331–41.
12. Steinhausen HC. (2009). Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*: 18 (1): 225–42.
13. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. Figure 1 Standard figural stimuli. Dr A Stunkard. Reproduced with permission. http://www.nature.com/ijo/journal/v25/n10/fig_tab/0801742f1.html

Weiterführende Literatur | Littérature supplémentaire

- Orbach, S. (1978). Anti-Diät-Buch. Frauenoffensive: München.
- Bruch H (1980). Der Goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Fischer, Frankfurt am Main.
- Toman E (2009). Mehr Ich, weniger Waage. Zytglogge, Oberhofen.
- Vust Sophie (2012). Ni anorexie ni boulimie: les troubles alimentaires atypiques. Quand l'alimentation pose problème ... Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

les menaces ne servent à rien. Ce qui ne signifie pas qu'il faille se taire. Le comportement «juste» se situe à la frontière entre compassion et cadrage. Les membres de l'entourage ne devraient pas hésiter à prendre l'initiative et à s'adresser aux personnes concernées ou à leurs parents lorsque ce sont des jeunes et à les motiver à commencer un traitement (comment en parler et à quoi faire attention: *voir encadré*). Plus un traitement commence tôt, plus les chances de guérison sont grandes. Souvent, plusieurs traitements complémentaires sont nécessaires.

La guérison

Le processus de guérison prend souvent des années, voire des décennies. On estime qu'un tiers à la moitié des personnes concernées guérissent totalement; un autre tiers apprend à vivre plus ou moins bien avec la maladie. Cinq pour cent des cas aboutissent au décès. Pour les autres, le trouble de l'alimentation devient chronique. Mais dans ce cas non plus, il ne faut pas abandonner: il y a toujours des personnes concernées qui, après des décennies de lutte, réussissent à sortir de leur trouble de l'alimentation. |

Pour aller plus loin

- www.boulimie-anorexie.ch
- www.boulimie.com/fr/



Erika Toman

Dr. phil. **Erika Toman**, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, leitet das ambulante multidisziplinäre Kompetenzzentrum für Essstörungen und Adipositas in Zürich (www.essstoerungen-adipositas.ch). Sie ist Lehrbeauftragte an der ETH und an der Universität Zürich und gibt Kurse zu Essstörungen. Erika Toman ist ausserdem Präsidentin des Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz ENES (www.netzwerk-essstoerungen.ch).

Dr **Erika Toman**, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP. Elle dirige le centre de compétences multidisciplinaire ambulatoire pour les troubles de l'alimentation et l'obésité de Zürich (www.essstoerungen-adipositas.ch). Elle est chargée d'enseignement à l'Ecole polytechnique fédérale et à l'Université de Zürich où elle donne des cours sur les troubles de l'alimentation. Erika Toman est par ailleurs présidente du réseau suisse d'experts en troubles de l'alimentation (www.netzwerk-essstoerungen.ch).

Ideal für Ihre Praxis und Ihre PatientInnen

ExtraCellMatrix – ECM

Einzigartig und hochdosiert

Die komplette Formulierung für **KNORPEL, BÄNDER** und **SEHNEN**

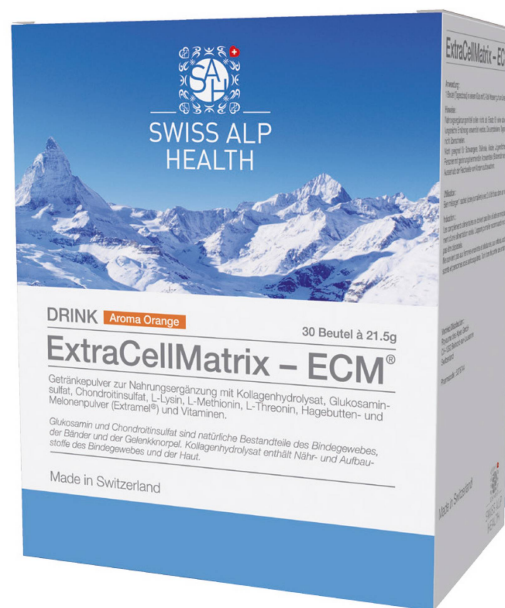
Einmalige Physio-Spezialofferte!

info@swiss-alp-health.ch Tel: 021 711 33 11

Einzigartiges und hochdosiertes Nahrungsergänzungsmittel

Enthält: Kollagenhydrolysat, Glukosamin- und Chondroitinsulfat, L-Lysin, L-Methionin, L-Threonin, Antioxidantien (Hagebutte, Melonenpulver-Extramel®, Edelweiss, Enzian) Vitamin C, D, E, Mangan, Kupfer und Chrom. Monatspackung mit 30 Beuteln.

Pharmacode 537 67 44



Idéal pour votre cabinet et pour vos patients

ExtraCellMatrix – ECM

Unique et hautement dosé

La formule complète pour le

CARTILAGE, les **TENDONS** et les **LIGAMENTS**

Offre spéciale pour physiothérapeutes!

info@swiss-alp-health.ch Tel: 021 711 33 11

Complément alimentaire unique et hautement dosé

Contient : **Le trio de base hautement dosé:** hydrolysat de collagène, sulfate de glucosamine et sulfate de chondroïtine. **Acides aminés spécifiques** (L-lysine, L-méthionine, L-thréonine).

Antioxydants cynorrhodon, extrait de melon - Extramel®, gentiane, edelweiss, vitamines C, D, E, manganèse, cuivre et chrome. Emballage mensuel de 30 sachets (sticks).

Pharmacode 537 67 44



Made in Switzerland
www.swiss-alp-health.ch