

Früherkennung und Warnzeichen – Wie äussert sich gestörtes Essverhalten?

Die Entstehungsgeschichte einer Essstörung ist immer multifaktoriell. Genetische Faktoren sind vor allem bei der familiär auftretenden Anorexie sowie beim schweren Übergewicht von Bedeutung. Psychologische Merkmale sind beispielsweise ein geringes Selbstwertgefühl, perfektionistische Denkmuster, ausgeprägte Konfliktängste sowie ein starkes Harmoniebedürfnis. Widersprüchliche soziale Anforderungen sind gerade bei Frauen häufig Mitauslöser für Essstörungen. Einerseits sollen Frauen, ungeachtet ihrer altersentsprechenden körperlichen Veränderungen in Pubertät, Schwangerschaft und Klimakterium, aussehen wie Models aus Modezeitschriften und auf Plakaten, auf der anderen Seite sollen sie die Rolle als anschniegsame Partnerin und fürsorgliche Mutter erfüllen. Dazu kommt das konsumfördernde Überangebot an Lebensmitteln (Halmi 2005; von Schonfeld, Schneider et al. 2005). Doch auch Knaben und Männer sind zunehmend solchen widersprüchlichen Strömungen ausgesetzt, auch dort hat sich der Druck im Hinblick auf einen schlanken, eher unreif anmutenden oder dann im Gegenteil muskelbepackten und gestählten Körper vergrössert. In den letzten Jahren hat auch der Einfluss spezifischer Sportarten an Bedeutung gewonnen. Während das erhöhte Risiko im Kunstturnen, Eiskunstlaufen und Langstreckenlauf schon länger bekannt ist, treten nun auch vermehrt Essstörungen in Sportarten mit Gewichtsklassen, wie den Kampfsportarten sowie im Rudern oder im Skispringen auf (Baum 2006). In der Lebensgeschichte der Betroffenen beider Geschlechter finden sich nicht selten Gewalt und Missbrauchserlebnisse, auch innerhalb der Familie. Die familiären Konstellationen sind oft geprägt von einem Mangel an Autonomie und leistungsunabhängiger Wertschätzung. Konflikte werden eher unter den Teppich gekehrt, Hilfe von aussen wird nur schwer akzeptiert. Es geht hierbei aber nicht um Schuldzuweisung, sondern darum, in der Therapie dann das ganze soziale Gefüge mit einzubeziehen und auf diese Weise verhärtete Strukturen anzugehen.

Welche Kriterien gehören zum Krankheitsbild?

Kriterien gemäss DSM-IV TR (APA 2000)

Anorexia nervosa (Magersucht)

Es bestehen ein selbst herbeigeführter oder aufrechterhaltener Gewichtsverlust, meist Untergewicht mit BMI unter 18 kg/m², sekundäre endokrine und metabolische Veränderungen, u.a. Ausfall der Hypophysen-Gonaden-Achse mit Amenorrhoe, Störung der Körperselbstwahrnehmung mit Angst vor Gewichtszunahme und aktiven Massnahmen zur Gewichtsreduktion, Kontrollgefühl und Selbstbestätigung durch die weitere Gewichtsabnahme.

Bulimia nervosa

Ständige gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht, regelmässige Kontrollverluste mit Heisshungeranfällen (Binges), dazu kompensatorische Massnahmen (Purging) wie Erbrechen, Abführen, körperliche Aktivität, Fastenphasen
Gefühle wie Scham, Schuld und Selbstekel

Binge Eating (Ess-Sucht)

Regelmässige Essanfälle (Binges), jedoch ohne kompensatorisches Verhalten
i.d.R. Entwicklung eines Übergewichts
Häufig kombiniert mit Depressionen und Angststörungen

Wie kann eine Essstörung erkannt werden?

Folgende Besonderheiten und Beobachtungen können als Warnsignale gelten (Isenschmid 2005):

- Abmagerung oder starke Gewichtsschwankungen
- Abwertende Bemerkungen über Figur und Gewicht
- Zwanghaftes Diäten, obwohl das Gewicht normal oder zu niedrig ist
- Spuren von Erbrochenem (auf Toilette oder Kleidung)
- Vernarbungen auf Fingern oder Handrücken (Russell-Zeichen)
- Wunde Mundwinkel, gerötete Konjunktiven
- Intensives Interesse am gesunder Ernährung, „Kalorien-Lexikon“
- Genaue Unterscheidung zwischen „verbotenen“ und „erlaubten“ Nahrungsmitteln
- Kälteempfindlichkeit, Blauverfärbung von Finger und Zehen
- Schwindel und Ohnmachtsneigung
- Hamsterbacken infolge geschwollener Speicheldrüsen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme
- Körperliche Erschöpfung und Schwächeanfälle werden verleugnet oder heruntergespielt
- Frage nach oder Konsum von Medikamenten, die das Abnehmen unterstützen
- Rückzug aus der Klasse, dem Freundeskreis oder der Familie, sich abkapseln, isolieren
- Verabredungen nicht mehr einhalten, andere blöd und undiszipliniert finden
- Überlegenheitsgefühl («ich brauche nicht, was andere brauchen»)
- Übertriebene körperliche Betätigung, Sport dient zum Abnehmen und als Beweis dafür, diszipliniert zu sein.
- Starke motorische Unruhe, nicht oder kaum Stillsitzen können
- Starke Stimmungsschwankungen, Konfliktängste
- Bei Bulimie manchmal delikhaftes Verhalten (Stehlen von Nahrungsmitteln oder Geld für Anfälle, Verschuldung)

Wie Ansprechen?

Angesichts von lebensgefährlicher Selbstkasteiung oder masslosem Essen und Erbrechen wird die Umwelt oft machtlos. Schuld-, Versagens- oder Ekelgefühle können ein notwendiges Gespräch oder den Gang zu einer Beratungsstelle behindern. In ihrem Innern fühlen sich Betroffene jedoch hilflos und befürchten, von anderen nicht verstanden und abgelehnt zu werden. Manchmal haben sie bereits solche negativen Erfahrungen gemacht. Es ist daher nicht einfach, seine Beobachtung der Betroffenen gegenüber zu formulieren. Menschen mit einer Essstörung können sich oft nicht gut durchsetzen und kämpfen mit Selbstwert-Problemen. Sie erleben die Umgebung häufig als wenig kontrollierbar, sehen sich selbst als Versager. Nur im eigenen Körper finden sie das Feld, auf dem Kontrolle möglich ist. Belehrungen über ihr Essverhalten, auch wenn sie gut gemeint sind, werden oft als Angriff auf die letzte Bastion ihrer Autonomie empfunden. Also nichts sagen? Die Erfahrung zeigt, dass viele Menschen mit Essstörungen froh sind, wenn sie endlich adäquate Hilfe erhalten; viele suchen gar lange selber nach einem Therapieplatz. Daher ist ein einfühlsames Ansprechen unbedingt notwendig. Je früher die Krankheit erkannt und die Behandlung begonnen wird, desto besser ist die Prognose.

In der Praxis haben sich daher folgende Punkte beim Ansprechen bewährt (Isenschmid 2005):

Sprechen Sie die Betroffene zunächst alleine an. Teilen Sie der betroffenen Person einfach Ihre Beobachtungen mit (z.B. «mir fällt auf, dass Sie schon sehr schlank sind und sich trotzdem für das Abnehmen interessieren») und dass Sie sich Sorgen um ihre Gesundheit machen. Erwähnen Sie, dass dies mit einer Essstörung zu tun haben könne, dass jedoch nur

die Betroffene selber dies bestätigen könne. Zeigen Sie Verständnis, ohne die Ess-Störung gut zu heissen. Geben Sie auch Ihren Gefühlen (Unsicherheit, Angst, Sorge) Ausdruck, ohne verletzend zu werden. Vereinbaren Sie danach eine definierte Verantwortungsübernahme. Bieten Sie in regelmässigen Abständen Gespräche an, aber vermeiden Sie die Übernahme von Kontrollfunktionen. Teilen Sie die Verantwortung mit anderen Fachpersonen und machen Sie auf weitere Hilfsangebote aufmerksam. Bieten Sie ggf. Hilfe an bei der Suche nach weiterer Unterstützung (Angehörige, Ausbildungs-, Arbeitsplatz, Fachstellen etc.). Reduzieren Sie jedoch die Betroffenen nicht auf die Ess-Störung und schaffen Sie keinen künstlichen Schonraum. Versuchen Sie vielmehr die gesunden Anteile zu stärken. Besprechen Sie die Situation in Ihrem Team: Bestimmen Sie eine oder wenige Kontaktperson(en), um nicht unnötigen Druck zu erzeugen und den Manipulationsspielraum für die Betroffene gering zu halten. Als Angehörige ist es besonders wichtig, dass Sie auch ihre eigenen Bedürfnisse achten und durchsetzen, es hilft letztlich der Betroffenen nicht, wenn Sie zuhause nur noch Wunschkost kochen und aus Rücksicht oder Scham nicht mehr ausgehen oder keine Gäste mehr einladen.

Wie geht es weiter –Therapie?

Sobald ein tragfähiger Kontakt besteht, kann den Betroffenen auf verschiedene Art weiter geholfen werden: Vielleicht genügt es, Adressen von Beratungsstellen anzugeben und allenfalls Begleitung beim ersten Kontakt anzubieten. Wer allgemeine Informationen zu Essstörungen will, bekommt diese bei vielen Sucht- oder Präventionsfachstellen. Oft ist es jedoch ratsam, der ratsuchenden Person eine Kontaktadresse oder einen Flyer direkt abzugeben. Ist eine spezifische Abklärung und/oder Therapie erforderlich, so bietet sich die Zuweisung an eine entsprechende Institution oder Fachperson an. In Frage kommen spezialisierten Sprechstunden an Universitätsspitalern, regionale Psychiatrischen Diensten und Stützpunkte sowie freipraktizierende Psychotherapeuten. In unkomplizierteren Fällen kann eine spezialisierte Ernährungsberatung eine gute Einstiegsmöglichkeit sein. Psychotherapeutisch finden, besonders bei noch im Elternhaus lebenden Kindern und Jugendlichen familientherapeutische Verfahren Anwendung; etabliert und erfolgreich sind auch körpertherapeutische und insbesondere bei der Bulimie und beim Binge Eating kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden. Die Dauer eine Therapie richtet sich nach der Komplexität der Erkrankung und den psychosozialen und körperlichen Folgeschäden, ist aber in der Regel ein mehrjähriger und meist schwieriger, oft auch von Rückfällen geprägter Prozess, der von allen Beteiligten viel Geduld und Durchhaltevermögen, aber auch immer wieder die Fähigkeit zur Abgrenzung verlangt. Seit bekannt geworden ist, dass viele Betroffene eine Art „Karriere“ durch verschiedene Formen von Essstörungen machen, ist heute besonders auch den Übergangsformen zwischen den einzelnen Krankheitsbildern grosse Aufmerksamkeit zu schenken (Neumark-Sztainer, Wall et al. 2006). Die für Fachleute in der Schweiz empfohlenen Behandlungs-Guidelines können auf der Homepage des Expertennetzwerks für Essstörungen ENES konsultiert und heruntergeladen werden (ENES 2006).

Wie verhüten – Prävention?

Im Rahmen der tertiären Prävention – in der Suchtprävention spricht man auch von „Schadensbegrenzung“ geht es darum, die Erkrankungsdauer bei bereits Betroffenen zu verkürzen, dadurch die Häufigkeit und Ausprägung von körperlichen, psychischen und sozialen Sekundärfolgen zu vermindern und irreversible Spätschäden möglichst ganz zu verhindern. In den letzten Jahren ist auch klar geworden, dass auch ein grosser Teil der Menschen mit Übergewicht unter Essstörungen wie Binge Eating oder Sweet Eating zu leiden haben. Übergewichtige Kinder und Jugendliche, die mit realitätsfremden Schönheitsidealen

und unsinnigen Diäten konfrontiert werden, haben ein besonders hohes Risiko an einer solchen Essstörung zu erkranken und in einem zweiten Schritt sogar eine Bulimie oder Anorexie zu entwickeln (Neumark-Sztainer 2005).

Trends und spezielle Risikogruppen

Essstörungen in der Lebensmitte

Essstörungen bei älteren Frauen sind ein Tabu. Während das Phänomen bei jungen Menschen als Begleiterscheinung des Erwachsenwerdens hinlänglich bekannt ist, verschwindet es um die 25 aus dem öffentlichen Bewusstsein und den Statistiken. Doch die Hungerjahre können sich bis ins mittlere Alter hinziehen. Manchmal zeigt sich die Krankheit auch erst mit 30, 45 oder gar 60 ausgeprägt. Zahlen über eine so lange Zeit fehlen bis heute, mit einer relevanten Dunkelziffer muss gerechnet werden.

Es ist anzunehmen, dass die Wechseljahre eine ähnliche Dynamik im seelischen und körperlichen Erleben einer Frau auslösen wie die Pubertät. *„Wenn die Kinder flügge werden, der Ehemann die Familie wegen einer Jüngerin verlässt, ist auch das Ende der Diät nicht absehbar. Während sich die Fältchen vermehren, die Haare grau werden, bleibt das Körpergewicht der einzige Bereich, den die alternde Frau eigenmächtig «unter Kontrolle» halten kann.* (Seyfahrt 2003)

Frauen, die schon in früheren Jahren ein ungünstiges oder risikoreiches Essverhalten hatten, haben ein höheres Risiko in der Lebensmitte an einer Essstörung zu erkranken. Sie machen seit je Diäten oder treiben viel Sport, um Gewicht zu verlieren oder es unter Kontrolle zu halten. Wenn es nun zu einer lebensgeschichtlichen Belastung kommt, sei es, dass die Kinder selbstständig werden, man sich vom Ehepartner trennt oder wieder in den Beruf einsteigt, wird dieses Essverhalten mit der neuen Belastung reaktiviert - wie eine Bewältigungsstrategie (Brandsma 2007).

Der Drang zum Perfektionismus, ein gut bekannter Risikofaktor für eine Anorexie, tritt wieder stärker hervor, wenn es darum geht, in der Arbeitswelt die Frau zu stehen, neben der Karriere, die meist in den Jahren ab 35 auf Touren kommt, auch noch das Privatleben im Griff zu haben. Die Bedeutungszumessungen sind die selben wie in der Pubertät: Schön bedeutet schlank - bedeutet jung - bedeutet erfolgreich.

Durch den Einfluss der hormonellen Umstellung im Klimakterium verändert sich die Fettverteilung vom vorgängig gynoiden Typ hin zum androiden Typ, dadurch verbreitert sich die Taille. Eine Hose, die lebenslang passte, ist jetzt plötzlich zu eng, die Vermutung viel Gewicht zugenommen zu haben, liegt nahe. Nicht wenige Frauen beginnen an diesem Punkt mit Diäten oder einem disziplinierten Körpertraining (Gupta and Schork 1993)

Die körperliche Aktivität hat dann häufig die Funktion eines Purgings, um Kalorien zu verbrauchen und Kilos loszuwerden, sie macht keine Freude mehr und muss bis zur Erschöpfung gesteigert werden. Sport-süchtiges Verhalten etabliert sich. Aus der „gesundheitsorientierten“ Diät wird eine Essstörung mit gedanklicher Zentrierung auf Figur und Gewicht, sozialem Vermeidungsverhalten und resultierender Mangelernährung.

Die heute gängigen Schönheitsideale tragen viel zur Verschärfung der Situation bei. Von Frauen in der Lebensmitte wird teilweise erwartet, dass sie sich kleiden und aussehen wie junge Mädchen. Vorbilder dazu finden sich in typisch US-amerikanischen Fernsehserien (Desperate Housewives, Gilmore Girls). Natürlich ist es auch positiv zu werten, dass Frauen

ab 40 sich nicht mehr zwingend grossmütterlich kleiden müssen, aber es stürzt erwachsene Frauen u.U. in Nöte, wenn naturgemäss die Figur für knallenge Jeans fehlt. Es fehlen weltweit Langzeitstudien, die Betroffene über 20 Jahre und mehr beobachten. Es ist aber bekannt, dass ein Drittel der Betroffenen nicht genesen, infolgedessen also auch als ältere Erwachsene weiter an ihrer Essstörung leiden. Todesfälle in dieser Gruppe wurden bisher nicht untersucht. Die schwere Herz-, Darm- oder Nierenerkrankung einer älteren Frau wird nach jahrzehntelangem Abführmittelmissbrauch und Bulimie nicht automatisch in Zusammenhang mit einer Essstörung gebracht. Man vermutet vielleicht, das Leiden rühre von Schmerzmitteln her und fragt nicht nach. (Forman and Davis 2005). Die therapeutischen Möglichkeiten in diesem Alter sind begrenzt, die Prognose eher ungünstig. Es kann hier nicht mehr darum gehen, die Magersucht oder Bulimie zu kurieren, sondern eher darum, die Lebensqualität in kleinen Schritten zu verbessern, um Unterstützung im psycho-sozialen Sinn, um die Vermeidung von körperliche Komplikationen. Für viele ist es schon eine Erlösung, mit jemandem über ihre Sucht reden zu können und zu merken, dass sie nicht verachtet werden. Je näher der Bezug zum aktuellen Auslöser noch liegt, desto besser sind die Aussichten für eine Veränderung. Wichtig ist auch die Information, dass es ein normales Phänomen ist, wenn die Figur nicht mehr so ist wie mit 20. Viele Frauen sind so geprägt durch öffentliche Bilder, dass sie glauben, sie würden etwas falsch machen. (Harris and Cumella 2006)

Leider gibt es noch viel zu wenige Therapieangebote für Frauen in mittleren Jahren. Die existierenden Behandlungsprogramme für Frauen mit Essstörungen richten sich i.d.R. an Betroffene zwischen 15 und 30. Eine 50-Jährige, die schon Grossmutter ist oder eine IV-Rente bezieht, fühlt sich in einer Gruppe mit nur jungen Frauen, die noch zur Schule gehen oder in Ausbildung sind, nicht wohl. Da treffen zwei ganz verschiedene Welten aufeinander. Doch je mehr sich ältere Frauen sich für eine Behandlung melden, umso dringender wird ein altersspezifisches Angebot.

Sportlerinnen

Neben der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa trifft man im Sport eine dritte Form von gestörtem Essverhalten an: Die Anorexia athletica. Die Anorexia athletica ist gekennzeichnet durch eine bewusste Verringerung des Körpergewichts. Ziel ist die Verbesserung der sportlichen Leistung. Nach dem Ausscheiden aus dem Leistungssport werden die normale Ernährung und das Normgewicht selbstbestimmt wieder hergestellt. Gestörtes Essverhalten wird sowohl im Spitzen-, als auch zunehmend in dem auf immer höherem Niveau ausgeübten Breitensport („Fitness- und Gesundheitssport“) überproportional häufig beobachtet. Spezifische Persönlichkeitseigenschaften, welche mit Essstörungen eng verbunden sind (hoher Leistungsanspruch, Hang zum Perfektionismus, hoher Ehrgeiz, sowie Tendenz zum sozialen Vergleich) sind ebenso bei Sportlerinnen und Sportlern weit verbreitet. Je nach Manifestationsform des gestörten Essverhaltens gibt es besonders gefährdete Sportarten oder Gruppen. Generell sind Essstörungen in kompositorischen Sportarten, Sportarten mit Gewichtslimiten, Ausdauersportarten und Sportarten in welchen das eigene Körpergewicht leistungsrelevant ist (beispielsweise Klettern oder Skisprung) weiter verbreitet als in anderen. (Anderson 1999; Afflelou, Duclos et al. 2004)

Der Sport als Träger zweier bedeutsamer gesellschaftlicher Normvorstellungen – Leistungsorientierung und Körperkult (Schlankheits- und Schönheitsideal) – bietet einen idealen Nährboden für die Entwicklung diverser Formen von gestörtem Essverhalten. Zudem

sind die Ursachen von gestörtem Essverhalten oft multifaktoriell bedingt und müssen als eingebunden in unsere gesellschaftliche Entwicklung betrachtet werden. Leistungssport kann dabei jedoch als auslösender Faktor in Erscheinung treten, Mittel zum Zweck sein oder die Problematik verschlimmern.

Unter gewissen Bedingungen kann Sport aber auch eine heilende Wirkung ausüben. Diese heilende Wirkung steht in Abhängigkeit von individuellen Erfahrungen und Prägungen im Sport, sowie krankheitsspezifischen Verhaltensweisen.

Eine besondere Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass in vielen Sportarten Körpergewicht und Ernährung zur Erzielung optimaler Ergebnisse eine wichtige Rolle spielen. Die ständige Beschäftigung mit diesen leistungsbestimmenden Faktoren kann für Personen mit einer Gefährdung problematisch sein und zum Ausbruch des gestörten Essverhaltens führen. Dies gilt vor allem auch in der Pubertät und dem frühen Erwachsenenalter. Fällt in diesen Zeitraum die häufige kritische Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht, kann dies zu einer verzerrten und gestörten Körperwahrnehmung führen (Mann/Frau fühlt sich trotz Normal-, Ideal oder sogar Untergewicht zu dick). Zudem lässt sich im Sportumfeld eine Tendenz zu gestörtem Essverhalten gut kaschieren, da in „gefährdeten“ Sportarten ein niedriges Körpergewicht „normal“ und akzeptiert ist. Oft wird dann von den betroffenen Personen Training nicht nur im Sinne der Leistungsoptimierung gesehen, sondern auch als effiziente Massnahme zur Gewichtsreduzierung.

Folgende Punkte sind daher im Zusammenhang mit Essstörungen bei Sportlerinnen zentral: Alle Teile des Sportsystems müssen in der Bekämpfung und der Prävention von Essstörungen ihre Verantwortung wahrnehmen. Eine besondere Verantwortung liegt dabei bei den Trainern und Betreuern im Nachwuchs- und Elitesport, da sie einen grossen Anteil an der Gestaltung und Ausprägung der Sportsozialisation haben. Der Sensibilisierung und Ausbildung von Trainern gilt daher ein besonderes Augenmerk.

Unbedachte Äusserungen zu Gewicht und Figur haben im Vokabular von verantwortungsvollen Funktionsträgern im Sport nichts verloren. Ebenso muss zwanghaftes und monotones Trainieren vermieden werden. (Bass, Turner et al. 2001; Baum 2006)

Das häufige Messen von Grösse und vor allem Gewicht ohne medizinische Indikation ist abzulehnen, zudem sollten Trainer und Betreuer weder an einem Wägevorgang beteiligt sein, noch sollte das Gewicht ein zentraler Faktor bei Selektionen oder dem Festsetzen von Einsatzzeiten sein. Auf rigide Ernährungsregimes soll verzichtet werden. Fragen zu Ernährung und Gewicht sollen nur durch qualifizierte Personen (Sportmediziner, Ernährungswissenschaftler, Ernährungspsychologen) angegangen werden und bedürfen einer individualisierten und ganzheitlichen Vorgehensweise, die auch die psychischen Aspekte von Ernährung und Körperwahrnehmung angemessen berücksichtigt. Ein hoher Leistungsanspruch und Drang zu Perfektionismus fördern die Entwicklung von gestörtem Essverhalten, daher sollten diese relativiert und in einen Gesamtkontext gestellt werden. Besonders auch im Breitensport ist bei der Ausübung der Sportaktivität auf allen Leistungsniveaus die Betonung von Spass, Freude und Wohlbefinden ins Zentrum zu stellen.

(Carr 2006)

Orthorexie

Der US-amerikanische Ernährungsmediziner Steven Bratman prägte den Begriff „Orthorexie“ ihn in den 70er Jahren. Aus dem Griechischen übersetzt, bedeutet er soviel wie „regelrecht essen“. In Analogie zu den beiden bekannten Ess-Störungen „Anorexia nervosa“ (Magersucht) und „Bulimia nervosa“ (Ess-Brech-Sucht) sind mit dem Begriff „Orthorexia nervosa“ zwanghaftes Grübeln über die Ernährung und die süchtig anmutende Beschäftigung mit dem „richtigen“ und „absolut gesunden“ Essen gemeint. (Mathieu 2005) In den letzten

Jahren präsentieren sich mehr und mehr Betroffene mit orthorektischem Verhalten in der Ambulanz für Essstörungen. Ausgehend von der Beobachtung der gesellschaftlichen Verhaltenstrends sowie der tagtäglichen Erfahrungen in der Klinik ist auch in Zukunft eine Zunahme dieses Suchtverhaltens zu erwarten. Die Orthorexie fängt oft harmlos an – etwa mit dem Wunsch, chronische Erkrankungen oder Darmpilze zu bekämpfen, dem Entschluss, abzunehmen, dem Bestreben, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern oder der Einsicht, schlechte Essgewohnheiten ablegen zu müssen. Das ursprünglich gut gemeinte Bestreben, sich richtig zu ernähren, kann bei allzu rigider Verfolgung von Ernährungslehren zwanghafte Züge annehmen. Die davon Betroffenen machen gesundes Essen zu ihrem Lebenszweck, vernachlässigen alles andere, geraten in soziale Isolation und sehen mehr und mehr nur noch in der unablässigen Beschäftigung mit der vermeintlich richtigen Ernährung einen Sinn. Orthorektiker fangen an zu glauben, dass ihre persönliche Ernährungstheorie die einzige, heilige Wahrheit darstelle, nur wenn sie deren Vorschriften streng befolgen, können sie sich rein und moralisch bestätigt fühlen. Ist dieser Punkt erreicht, so liegt bereits eine eigentliche Ess-Störung vor.

In therapeutischer Hinsicht geht es zunächst darum, herauszufinden, ob es sich um eine blosse „Ernährungsmarotte“ - bei Jugendlichen oftmals Teil der normalen Entwicklung - oder um eine wirkliche Orthorexie mit Suchtcharakter handelt. In milden Fällen ist die sachliche und einfühlsame Information durch eine Ernährungsberaterin unter Umständen ausreichend. Sobald jedoch die Beschäftigung mit der Nahrung ein Ausmass erreicht, welches Alltagsleben, Ausbildung oder Beruf sowie die Beziehungsgestaltung entscheidend beeinträchtigt, ist i.d.R. eine psychotherapeutische Unterstützung oder Behandlung erforderlich. Diese richtet sich mit Vorteil nach den Grundsätzen einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie, welche auch die Suchtaspekte des Leidens berücksichtigt.(Cartwright 2004) Bei betroffenen Kindern oder Jugendlichen ist der Einbezug der Familie entscheidend, da Ernährungsgewohnheiten häufig familiär geprägt werden. Wichtige Punkte dabei sind u.a. wieder mehr Genuss am Essen zu finden, „verbotene“ oder als schädlich vermutete Nahrungsmittel in kleinen Mengen wieder zu sich zu nehmen, mit den dabei entstehenden Ängsten umgehen zu lernen, Selbstbestätigung aus Lebensbereichen ausserhalb der Nahrungsaufnahme zu beziehen, durch die Orthorexie beeinträchtigte Beziehungen wieder zu beleben und an vermiedene Nahrung gebundene Aktivitäten wieder aufzunehmen. Nahrung sollte einfach wieder nur Nahrung werden, nicht ein Mittel, um Kontrolle, Selbstbestrafung oder soziale Isolierung zu erreichen. Aus dem Teufelskreis dieser Ess-Störung auszubrechen, braucht Zeit und Geduld, am Ende warten jedoch mehr Wahlfreiheit und Freude beim Essen und überhaupt im Leben, für die Betroffenen eine unwahrscheinliche Erleichterung und lohnenswerte Perspektive.

Essstörungen und Schwangerschaft

Es entspricht der allgemeinen klinischen Erfahrung, dass die klassischen Essstörungen Anorexie und Bulimie in der Schwangerschaft eher zurückgehen. Doch offensichtlich können die Veränderungen der Lebensumstände und des Körpergefühls während der Gestation anfällig für andere Essstörungen machen. Hier steht vor allem der Anstieg in der Inzidenz der Binge Eating-Störung während der Schwangerschaft mit entsprechenden Gewichtskonsequenzen im Vordergrund. Besonders betroffen waren Frauen mit niedrigerem Bildungsstand und geringerem Einkommen (Bulik, Von Holle et al. 2007).

Ess-Störungen und Substanzmissbrauch

Gesicherte epidemiologische Zahlen über das gemeinsame Auftreten von Essstörungen und stoffgebundenen Abhängigkeiten liegen nicht vor. Bei Personen mit Erstdiagnose aus dem Bereich der Essstörungen soll bei etwa 10 bis 30 Prozent Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln vorliegen. Besonders hohe Werte der komorbiden Alkoholabhängigkeit werden

von adipösen Männern berichtet. Bei Personen mit Erstdiagnose der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit beträgt nach Schätzungen der Anteil derer mit manifesten Essstörung etwa 20 bis 30 Prozent. (Katz 1990; Holderness, Brooks-Gunn et al. 1994) Der Anteil derjenigen, bei denen eine nicht angemessen verarbeitete Essstörung in der Genese der stoffgebundenen Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielt, dürfte deutlich höher liegen. Im individuellen Krankheitsverlauf entwickeln sich die Essstörung und der Suchtmittelmissbrauch in enger Verzahnung miteinander. In der Mehrzahl der Fälle steht anfangs die Essstörung im Vordergrund, dann kommt die Suchtproblematik hinzu. Phasenweise können auch beide Störungen gemeinsam auftreten. Insbesondere Frauen setzen Suchtmittel ein, um die Essstörung leichter auszuhalten und ihre Funktion zu unterstützen. Folgende funktionale Charakteristika spielen eine wesentliche Rolle:

- *Dämpfung des Hungers, insbesondere durch Alkohol und Stimulantien, aber auch durch Heroin und Kokain.*
- *Die Hoffnung auf schnelleres Erreichen des angestrebten Schlankheitsideals, insbesondere durch Appetitzügler, Laxantien, Diuretika, Kokain.*
- *Der Gefühlszustand von Leere und Sinnlosigkeit wird so bedrohlich und unerträglich, dass Hungern, Essen und/oder Erbrechen allein nicht mehr ausreichen, ihn abzuwehren und Alkohol, Medikamente und andere Stoffe im Sinne eines Selbstheilungsversuchs eingesetzt werden.*
- *Spannungsabfuhr und Abfuhr aggressiver Impulse, insbesondere durch Alkohol und Beruhigungsmittel.*

Steht die Essstörung im Zusammenhang mit einer sexuellen Thematik, so ist die Unterstützungswirkung durch Alkohol, Medikamente und Drogen besonders hoch zu veranschlagen. Dies nicht nur bei der sogenannten Abwehr sexueller Impulse, sondern vor allem bei sexuellen Missbrauchserfahrungen, aktueller Erfahrung von sexueller Gewalt und bei Prostitution. Da Appetitzügler, Abführmittel, Schmerz-, Aufputsch-, Beruhigungs- und Schlafmittel und auch nahrungsergänzende Mineralien- und Vitaminpräparate teuer sind, kann es im Zuge der Beschaffung zu Diebstählen kommen. Dies insbesondere dann, wenn bereits für Essen sehr viel Geld aufgebracht werden muss. Für die in ihrem Verhalten und ihren Wertorientierungen oft sehr angepassten essgestörten Menschen bedeutet eine Kriminalisierung einen tiefen Einschnitt in ihr bisheriges Leben und eine neuerliche massive Traumatisierung. Die bereits bisher schwierige Impulsregulation kann hierdurch völlig außer Kontrolle geraten. Im individuellen Krankheitsverlauf münden schließlich die Essstörung und der Substanzkonsum in eine gemeinsame Endstrecke, nämlich in das uniforme Ausagieren unterschiedlicher Spannungen und Konflikte entweder über das Essverhalten oder über Suchtmittel. Bei sehr stark erlebter Spannung kann es zusätzlich zu Selbstverletzungen kommen (Schneiden mit Messern, Klingen, Scherben, Kopf an die Wand schlagen, Zufügen von Brandwunden, Beißen etc.).

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen und gleichzeitiger Suchtmittelabhängigkeit gestaltet sich insbesondere im Rahmen unseres Versorgungssystems als sehr schwierig, da die meisten Behandlungseinrichtungen entweder für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen oder aber für solche mit stoffgebundenen Abhängigkeiten eingerichtet sind. Geht man jedoch von der funktionalen Verschränktheit der beiden Störungsbereiche aus, so muss Behandlung nur einer Störung nahezu zwangsläufig dazu führen, dass die andere sich stärker ausbildet. Nur eine integrierte Behandlung, welche die Möglichkeiten der Symptomverlagerung wie auch des Vorhandenseins multipler Impulsstörungen berücksichtigt, kann dazu führen, dass Spannungen, Konflikte, Krisen nicht mit der einen oder anderen unangemessenen Verarbeitungsform begegnet wird. (Ramacciotti, Coli et al. 2005; Piran and Gadalla 2007)

Medikamentenmissbrauch als Mittel zur Gewichtsreduktion bei Essstörungen aber auch als eigenständige stoffgebundene Abhängigkeit kompliziert den Erkrankungsverlauf und kann bei Nichtbeachtung alle therapeutischen Bemühungen auch in einem frühen Stadium zunichte

machen. Gemäss internationalen Klassifikationskriterien gehören zur Diagnose der Bulimie und der Anorexie die gedankliche Konzentration auf die Nahrungsaufnahme, die Figur und das Gewicht. Die typische Körperwahrnehmungsstörung führt dazu, dass die Erkrankten alles unternehmen, um ihr Gewicht zu reduzieren oder es im untergewichtigen Bereich zu halten. Dazu dienen kompensatorische Verhaltensweisen wie Erbrechen, übermässige körperliche Aktivität, strengstes Fasten und die Einnahme verschiedenster gewichtsreduzierender Substanzen ((ICD-10 1993). Die missbräuchliche Verwendung diverser Medikamente aber auch illegaler Drogen zeigt ein breites Spektrum. Es reicht von frei erhältlichen Phytotherapeutika mit abführender und "entschlackender" Wirkung über ärztlich verschriebene Abführmittel (Laxantien) und Appetithemmer, rezeptpflichtigen Entwässerungsmitteln (Diuretika) und Schilddrüsenhormonen ((Holderness, Brooks-Gunn et al. 1994) bis hin zu Alkohol und Opiaten wie Heroin und Kokain, letztere mit einer sehr hohen Co-Abhängigkeit von 50-60% ((Carlat, Camargo et al. 1997) (Cochrane, Malcolm et al. 1998). Die verwendeten Stoffe sollen dazu dienen, den Appetit zu dämpfen, die Darmassage zu beschleunigen, die Harn- und Stuhlausscheidung zu vermehren oder die Stoffwechselaktivität zu erhöhen. Eigentliche Brechmittel werden hingegen kaum verwendet. Die Substanzen werden erstaunlich häufig und oft über längere Zeit ärztlich verschrieben, von einer Erkrankten zur anderen weitergegeben, entwendet oder sonstwie illegal beschafft. Der Alkoholmissbrauch oder eine andere stoffgebundene Abhängigkeit sind vor allem bei Bulimikerinnen in 15-29% der Fälle parallel anzutreffen ((Holderness, Brooks-Gunn et al. 1994), (Smukler 1993). Sequentiell steigt die Häufigkeit auf bis zu 50% an ((Smukler 1993), Hassfeld und Denecke in Herzog 1996). Alkohol, Nikotin und verschiedene Sedativa werden von Betroffenen zur Betäubung von Hungergefühlen, zur Leistungssteigerung, zur Problemdistanzierung und zur Angstlösung eingesetzt.

Die Verwendung von Laxantien und harntreibenden Substanzen führt zur Verringerung der Kalium-, Chlorid- und Magnesiumkonzentration im Blut, zur Übersäuerung des Stoffwechsels und zu übermässigem Flüssigkeitsverlust mit resultierender Kreislaufschwäche. Vor allem bei der Magersucht reagiert der Körper als Anpassung an die ständige Mangelernährung mit einer Verminderung des Grundumsatzes, welche vor allem über eine verringerte Ausschüttung des Schilddrüsenhormons Trijodthyronin (T3) erreicht wird. Dieser Umstand, das sog. "Low-T3-Syndrom" hat nichts mit einer krankhaften Schilddrüsenunterfunktion, der Hypothyreose zu tun und benötigt deshalb keine Substitutionsbehandlung. In früheren Jahren wurde von Seiten der behandelnden Ärzte, insbesondere bei Unkenntnis des Krankheitsbildes, trotzdem des öfteren mit Schilddrüsenhormon behandelt, was dann eine Steigerung der Stoffwechselaktivität mit weiterem Gewichtsverlust zur Folge hatte. Diese Erfahrung führte dazu, dass Schilddrüsenhormone auch heute noch zur Behandlung des Übergewichts eingesetzt, jedoch auch von essgestörten Personen missbräuchlich verwendet werden. Der Entzug dieser Hormone gestaltet sich äusserst schwierig, da die Betroffenen zunächst mit Wasserretention, Stoffwechselverlangsamung und Gewichtszunahme reagieren und wieder verstärkt unter ihrer Körperwahrnehmungsstörung und der damit verbundenen Gewichtsphobie leiden. Auch beim Absetzen von Diuretika und Laxantien kommt es zu einem sog. Reboundeffekt und damit zu Ödemen ((Middecke M 1990).

Eine weitere Substanzgruppe, welche vor allem in den 60er und 70er Jahren häufig unkontrolliert von Betroffenen aber auch von Ärzten eingesetzt wurde, waren die Stimulantien mit appetithemmender Wirkung wie Amphetamin, Methamphetamin, Norpseudoephedrin und Methylphenidat. Diese Substanzen führen zu einer schweren psychischen Abhängigkeit mit teilweise exzessiver Dosissteigerung, bei Absetzen kommt es zu Entzugserscheinungen wie extremem Schlafbedürfnis, Heisshunger, Angst und Reizbarkeit. Die somatischen Nebenwirkungen wie kardiale Überstimulation, pulmonale Hypertonie und Lungenfibrose sind auch bei neueren Vertretern dieser Gruppe wie Fenfluramin und Dexfenfluramin aufgetreten, was zum Rückzug der entsprechenden Medikamente geführt hat. In Sportlerkreisen, wo Essstörungen auch deutlich häufiger auftreten, finden sie jedoch auch heute noch Verwendung. Kurz vor der Markteinführung

steht die Substanz Sibutramin, die sowohl antidepressive wie auch appetithemmende Eigenschaften hat. Vor dem Hintergrund ihrer zentralen Wirkungsweise bleibt abzuwarten, ob missbräuchliche Verwendung auftreten wird. Der bereits zugelassene intestinale Lipasehemmer Orlistat zur Behandlung der morbid Adipositas ist nur peripher wirksam, was einen Missbrauch eher nicht erwarten lässt.

Es muss davon ausgegangen werden, dass gleichzeitig mit Essstörungen auftretende stoffgebundene Abhängigkeiten zur Aggravation des Störungsbildes, zu vermehrten medizinischen Komplikationen (Herzog, Deter et al. 1997) und zur Verschlechterung der kurz- und langfristigen Prognose führen (Deter, Herzog et al. 1994). In Früherkennung und Therapie sind diese Zusammenhänge deshalb in einem integrierten, sowohl die Suchtmittelabhängigkeit als auch die Essstörung einschliessenden Präventions- und Behandlungskonzept zu berücksichtigen.

Essstörungen bei Männern

Anorexia Nervosa kommt bei Männern in 5 – 10 % der Fälle vor, Bulimia Nervosa in 10 – 15 % und Adipositas in etwa 50 % (Taipale, Larkio-Miettinen et al. 1972) (Robb and Dadson 2002). Bei Männern besteht häufiger die Gefahr einer verspäteten Diagnosestellung von Essstörungen, da diese als typisch weibliches Problem bei ihnen nicht in Betracht gezogen werden. Auch scheint die Hemmschwelle, sich zu öffnen, bei Männern noch höher zu sein. Symptomatik und Krankheitsverlauf von Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa entsprechen weitgehend denen der Frauen; die diagnostischen Kriterien sind – mit Ausnahme der Amenorrhoe – dieselben. Auch die medizinischen Komplikationen sind identisch, Osteoporose scheint jedoch bei Frauen häufiger aufzutreten. Soweit bisher bekannt, scheinen bei männlichen Erkrankten vor allem folgende Unterschiede gegenüber den Frauen zu bestehen:

Bei an Anorexie erkrankten Männern wird der bulimische Typ mit selbstinduziertem Erbrechen häufiger beobachtet, ebenso Kauen und anschließendes Ausspucken von Nahrungsmitteln und ein Verhalten, das als ›Wiederkauen‹ beschrieben wird: Die Patienten würgen das Essen wieder hoch, kauen nochmals und schlucken wieder. Bei bulimischen Männern scheint der Gebrauch von Laxantien, Diuretika und Appetitzüglern seltener vorzukommen. Hyperaktivität wird hingegen vermehrt berichtet. Der innere Druck, in der Öffentlichkeit nur sehr wenig Nahrung zu sich zu nehmen und unter den Augen anderer ein diszipliniertes und restriktives Essverhalten zu zeigen, scheint bei bulimischen Männern geringer ausgeprägt. Gleiches gilt für krankhafte Angst vor dem Dickwerden, gewichtsphebische Symptome und Körperschemastörungen. Häufiger berichtet werden ausgeprägte Hemmungen und Unsicherheit im sexuellen Verhalten und Abnahme des sexuellen Interesses; Impotenz kann auftreten. Eine Komorbidität mit Zwangsstörungen scheint häufiger zu sein als bei Frauen. Für die Entwicklung einer späteren Essstörung bei Männern wurde eine hohe Inzidenz von Adipositas in der Kindheit gefunden, in 60 % der Fälle bei Jungen im Gegensatz zu 10 % - 12 % bei Mädchen. Die ersten Diäten werden von Jungen zum Zweck der besseren Muskelausbildung und zum Erzielen besserer sportlicher Leistungen durchgeführt. Auch vermehrte sexuelle Attraktivität kann Ziel einer Gewichtsabnahme sein. Manche Männer wollen das genaue Gegenteil ihres Vaters werden – schlank, beweglich, modern. Starke Kontrollbedürfnisse und der Wunsch, sich eine Identität zu leihen, indem man sich einem speziellen Ernährungsstil ›weicht‹ (vegetarische, makrobiotische Ernährung), können ebenfalls mit dem Wunsch nach Gewichtsabnahme einhergehen (Kjelsas, Bjornstrom et al. 2004; Ziora, Oswiecimska et al. 2006). Die auffällige Häufung von Essstörungen bei bestimmten Sportlern (Jockeys, Boxer, Läufer und Schwimmer) wird auf die determinierenden Gewichtsgrenzen zurückgeführt. Auch nach Sportverletzungen verordnete Zwangspausen indizieren erste rigide Kontrollen der eigenen Ernährung mit möglichen anschließenden Heißhungeranfällen. Für die insgesamt geringere Prävalenz von Essstörungen bei Männern scheinen folgende Faktoren maßgebend:

Männer unterliegen einem geringeren sozialen Druck in bezug auf das vorherrschende Schlankheitsideal in unserer Gesellschaft. In speziell auf männliche Leser abgestimmten Illustrierten erscheinen Artikel, die Diäten betreffen, etwa 10 mal seltener als in Frauenzeitschriften. Mit 15 % über ihrem Idealgewicht erleben Männer sich als etwas übergewichtig, Frauen dagegen bereits als adipös. Bereits Jungen schätzen sich seltener als Mädchen als übergewichtig ein oder ziehen eine Diät in Betracht. Übergewicht in der Pubertät wird bei Jungen weniger geächtet. Vermehrter Körperumfang wird der sich auszubildenden Muskulatur zugeschrieben. Er spiegelt das soziale Ideal des heranwachsenden Mannes wieder, während bei Mädchen die Ausbildung weiblicher Formen und Fettpolster dem heutigen Schlankheitsideal für Frauen entgegensteht. Den Jungen könnte auch helfen, mit den Problemen dieser Lebensphase besser fertig zu werden, dass die sexuelle Reife bei ihnen in der Regel zwei Jahre später eintritt.

Essstörungen bei älteren Frauen

Essstörungen bei älteren Frauen sind ein Tabu. Während das Phänomen bei jungen Menschen als Begleiterscheinung des Erwachsenwerdens hinlänglich bekannt ist, verschwindet es um die 25 aus dem öffentlichen Bewusstsein und den Statistiken. Doch die Hungerjahre können sich bis ins mittlere Alter hinziehen. Manchmal zeigt sich die Krankheit auch erst mit 30, 45 oder gar 60 ausgeprägt. Zahlen über eine so lange Zeit fehlen bis heute, mit einer relevanten Dunkelziffer muss gerechnet werden.

Es ist anzunehmen, dass die Wechseljahre eine ähnliche Dynamik im seelischen und körperlichen Erleben einer Frau auslösen wie die Pubertät. *„Wenn die Kinder flügge werden, der Ehemann die Familie wegen einer Jüngerin verlässt, ist auch das Ende der Diät nicht absehbar. Während sich die Fältchen vermehren, die Haare grau werden, bleibt das Körpergewicht der einzige Bereich, den die alternde Frau eigenmächtig «unter Kontrolle» halten kann.* (Seyfahrt 2003)

Frauen, die schon in früheren Jahren ein ungünstiges oder risikoreiches Essverhalten hatten, haben ein höheres Risiko in der Lebensmitte an einer Essstörung zu erkranken. Sie machen seit je Diäten oder treiben viel Sport, um Gewicht zu verlieren oder es unter Kontrolle zu halten. Wenn es nun zu einer lebensgeschichtlichen Belastung kommt, sei es, dass die Kinder selbstständig werden, man sich vom Ehepartner trennt oder wieder in den Beruf einsteigt, wird dieses Essverhalten mit der neuen Belastung reaktiviert - wie eine Bewältigungsstrategie (Brandsma 2007).

Der Drang zum Perfektionismus, ein gut bekannter Risikofaktor für eine Anorexie, tritt wieder stärker hervor, wenn es darum geht, in der Arbeitswelt die Frau zu stehen, neben der Karriere, die meist in den Jahren ab 35 auf Touren kommt, auch noch das Privatleben im Griff zu haben. Die Bedeutungszumessungen sind die selben wie in der Pubertät: Schön bedeutet schlank - bedeutet jung - bedeutet erfolgreich.

Durch den Einfluss der hormonellen Umstellung im Klimakterium verändert sich die Fettverteilung vom vorgängig gynoiden Typ hin zum androiden Typ, dadurch verbreitert sich die Taille. Eine Hose, die lebenslang passte, ist jetzt plötzlich zu eng, die Vermutung viel Gewicht zugenommen zu haben, liegt nahe. Nicht wenige Frauen beginnen an diesem Punkt mit Diäten oder einem disziplinierten Körpertraining (Gupta and Schork 1993)

Die körperliche Aktivität hat dann häufig die Funktion eines Purgings, um Kalorien zu verbrauchen und Kilos loszuwerden, sie macht keine Freude mehr und muss bis zur Erschöpfung gesteigert werden. Sport-süchtiges Verhalten etabliert sich. Aus der „gesundheitsorientierten“ Diät wird eine Essstörung mit gedanklicher Zentrierung auf Figur und Gewicht, sozialem Vermeidungsverhalten und resultierender Mangelernährung.

Die heute gängigen Schönheitsideale tragen viel zur Verschärfung der Situation bei. Von Frauen in der Lebensmitte wird teilweise erwartet, dass sie sich kleiden und aussehen wie junge Mädchen. Vorbilder dazu finden sich in typisch US-amerikanischen Fernsehserien (Desperate Housewives, Gilmore Girls). Natürlich ist es auch positiv zu werten, dass Frauen ab 40 sich nicht mehr zwingend grossmütterlich kleiden müssen, aber es stürzt erwachsene Frauen u.U. in Nöte, wenn naturgemäss die Figur für knallenge Jeans fehlt.

Es fehlen weltweit Langzeitstudien, die Betroffene über 20 Jahre und mehr beobachten. Es ist aber bekannt, dass ein Drittel der Betroffenen nicht genesen, infolgedessen also auch als ältere Erwachsene weiter an ihrer Essstörung leiden. Todesfälle in dieser Gruppe wurden bisher nicht untersucht. Die schwere Herz-, Darm- oder Nierenerkrankung einer älteren Frau wird nach jahrzehntelangem Abführmittelmissbrauch und Bulimie nicht automatisch in Zusammenhang mit einer Essstörung gebracht. Man vermutet vielleicht, das Leiden rühre von Schmerzmitteln her und fragt nicht nach. (Forman and Davis 2005). Die therapeutischen Möglichkeiten in diesem Alter sind begrenzt, die Prognose eher ungünstig. Es kann hier nicht mehr darum gehen, die Magersucht oder Bulimie zu kurieren, sondern eher darum, die Lebensqualität in kleinen Schritten zu verbessern, um Unterstützung im psycho-sozialen Sinn, um die Vermeidung von körperliche Komplikationen. Für viele ist es schon eine Erlösung, mit jemandem über ihre Sucht reden zu können und zu merken, dass sie nicht verachtet werden. Je näher der Bezug zum aktuellen Auslöser noch liegt, desto besser sind die Aussichten für eine Veränderung. Wichtig ist auch die Information, dass es ein normales Phänomen ist, wenn die Figur nicht mehr so ist wie mit 20. Viele Frauen sind so geprägt durch öffentliche Bilder, dass sie glauben, sie würden etwas falsch machen. (Harris and Cumella 2006)

Leider gibt es noch viel zu wenige Therapieangebote für Frauen in mittleren Jahren. Die existierenden Behandlungsprogramme für Frauen mit Essstörungen richten sich i.d.R. an Betroffene zwischen 15 und 30. Eine 50-Jährige, die schon Grossmutter ist oder eine IV-Rente bezieht, fühlt sich in einer Gruppe mit nur jungen Frauen, die noch zur Schule gehen oder in Ausbildung sind, nicht wohl. Da treffen zwei ganz verschiedene Welten aufeinander. Doch je mehr sich ältere Frauen sich für eine Behandlung melden, umso dringender wird ein altersspezifisches Angebot.

Essstörungen und Diabetes mellitus

Die Differentialdiagnose eines schwer einstellbaren Diabetes mellitus reicht von einer Insulinresistenz aufgrund zirkulierender Insulinantikörper über enterale Absorptionsstörungen aufgrund einer Veränderung der Magen-Darm-Passage bis hin zu einer Komorbidität anderer endokrinologischer und Stoffwechselerkrankungen. Die Möglichkeit der Kombination eines Diabetes mellitus mit einer Essstörung wird häufig nicht in Erwägung gezogen.

Epidemiologie

Je nach Strenge der angewandten Diagnosekriterien schwanken die Prävalenzraten für eine Komorbidität von Diabetes mellitus und Essstörungen zwischen 0 und 35 Prozent, wobei bisherige Untersuchungen fast ausschließlich primär insulinpflichtige Diabetikerinnen und Diabetiker berücksichtigen (Crow, Keel et al. 1998; Bryden, Neil et al. 1999). Die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen und Patienten entwickelt die Essstörung nach Manifestation des Diabetes mellitus. Frauen sind weitaus häufiger betroffen als Männer. Gegenüber der Normalbevölkerung scheint bei jungen insulinpflichtigen Diabetikerinnen und Diabetikern eine erhöhte Prävalenz von Anorexie und Bulimie nicht gegeben zu sein. In der Praxis lassen sich jedoch häufig subklinische Essstörungen, die nicht alle Kriterien der ICD

erfüllen, beobachten. Sie spielen bei der Güte der Stoffwechseleinstellung eine wichtige Rolle. Von diabetologischer und psychosomatischer Relevanz ist auch die mit dem Ziel einer Gewichtsabnahme erfolgende bewusste Reduktion der Insulindosis durch den renalen Glucose- und Flüssigkeitsverlust. Diese Art der Gewichtsreduktion birgt ein großes Risiko für die spätere Entwicklung von diabetischen Spätfolgen.

Charakteristika der ›Doppelkrankheit‹ Essstörung + Diabetes mellitus:

Die Diagnose des juvenilen Diabetes mellitus wird häufig zwischen dem 11. und 12. Lebensjahr gestellt und trifft damit in die labile pubertäre Entwicklungsphase, die durch Rollen- und Statusunsicherheit, Selbstzweifel, affektive Labilisierbarkeit und Probleme der Abgrenzung und Konfliktbewältigung gekennzeichnet ist. (Meltzer, Johnson et al. 2001) Für den Aufbau eines positiven Selbstbildes ist die Akzeptanz des eigenen Körpers von entscheidender Bedeutung. Wichtige psychologische Entwicklungsschritte in dieser Phase sind Selbstzuwendung und Selbstreflexion, die zunehmende Ablösung von der Familie und das Streben nach Autonomie. Diesen Entwicklungsschritten steht der Diabetes mellitus mit seinen immanenten Therapiestrategien häufig entgegen. Der täglich zu lösende Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit wird für die Individuation der Jugendlichen bestimmend. Die Entwicklung einer Essstörung ist in dieser Situation möglicher Ausdruck einer Überforderung oder auch der Revolte gegen das Diabetes-Regime mit seinen Diätbarrieren und gegen das ›Andersein‹. Der ›Doppelkrankheit‹ ist die Paradoxie immanent, dass Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus kontrolliert essen müssen. Sie müssen lernen, ihre Nahrungsaufnahme in hohem Maße durch kognitive Faktoren zu steuern und erwerben damit ein Verhalten, das die Entstehung von Essstörungen begünstigt.

Die weitgehend euglykämische Stoffwechsellage impliziert umfangreiche Diäterfordernisse, die nur durch eine weitreichende kognitive Kontrolle gewährleistet werden können. So sollen Nahrungsmittel, die schnell resorbierbare Kohlenhydrate enthalten, vermieden werden; einer Adipositas und der damit in der Regel einhergehenden verminderten Insulinempfindlichkeit soll möglichst mittels Gewichtskontrolle entgegengewirkt werden. Insgesamt ergibt sich eine Reihe von Aspekten des Krankheitsbildes Diabetes mellitus, die ausgesprochene Risikofaktoren für die Entstehung und Perpetuierung einer Essstörung darstellen. Die Frage der Interdependenz von Diabetes mellitus und Essstörungen ist noch nicht eindeutig geklärt. Die Tatsache, dass der Essstörung in der Regel die Manifestation des Diabetes mellitus um einige Jahre vorausgeht, lässt den Aspekt der Bahnung, insbesondere im Hinblick auf die diabetesspezifischen Therapiestrategien, naheliegend erscheinen. Auf dem Hintergrund der zuvor geschilderten Probleme und Konflikte kann die Essstörung folgende Funktionen haben:

- *Sie ist die individuelle Antwort auf eine chronische Erkrankung mit unangemessenen Bewältigungsstrategien.*
- *Sie entwickelt sich im Rahmen eines neurotischen Prozesses, der durch die besonderen Belastungen des Diabetes seine spezifische Ausgestaltung erfährt.*
- *Es handelt sich um eine doppelte Krankheit insofern, als die an Diabetes mellitus erkrankte Patientin andere gravierende psychische Probleme aufweist, die sich in der Essstörung manifestieren.*
- *Die schlechte Stoffwechseleinstellung der später essgestörten Diabetikerin ist Ausdruck eines hochproblematischen Umgangs mit der chronischen, sowohl das aktuelle Verhalten als auch die Zukunft beeinträchtigenden Krankheit.*

Risiken der Doppelerkrankung

Bewusste Gewichtsabnahme bis hin zur Kachexie oder exzessive Nahrungszufuhr im Wechsel mit Gewichtsverlust mittels Erbrechen, Fastendiäten oder Glucosurie machen eine vertretbare Blutzuckereinstellung unmöglich und bergen ein erhebliches Risiko für die Entwicklung irreversibler diabetischer Spätfolgen.

Diagnose

Der Verdacht auf eine Komorbidität mit einer Essstörung ergibt sich bei einer anhaltenden desolaten Stoffwechsellage, dies um so mehr, wenn sie in der Gruppe der Mädchen und Frauen auftritt. Folgende Aspekte stellen relevante Kriterien dar und sollten im diagnostischen Prozess beachtet werden:

- *Ständige Blutzuckerentgleisungen ohne erkennbare Ursachen aus diabetologischer Sicht (brittle diabetes)*
- *Stoffwechsellage Jahre nach Diagnosestellung, Therapieschulung und relativer Stoffwechselstabilität*
- *Risikogruppe: junge Mädchen und Frauen, insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Typ I)*
- *Körperliche Aspekte einer Essstörung: Gewichtsverlauf/Kachexie, Amenorrhoe, Zahnstatus, Obstipation, Elektrolytverschiebungen*
- *Psychische Aspekte einer Essstörung: Selbstwertproblematik, ausgeprägte Beschäftigung mit Körper und Gewicht, Gewichtshemmung*
- *Diagnose anhand der gemeinsamen Besprechung des Diabetes-Tagebuchs und der Blutzuckerentgleisungen.*

Therapeutische Überlegungen

Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme allein aufgrund der Komorbidität ist nicht zwingend gegeben. Für die Differentialindikation einer stationären oder ambulanten Psychotherapie sind auch der psychopathologische Befund und die psychosoziale Situation entscheidend. Die Therapie zielt einerseits auf die Behebung der Essstörung, andererseits auf die Rückkehr zu bedarfsgerechter Diabetesdiät und adäquater Insulinsubstitution. Essstörung und Diabetes mellitus können dabei nicht isoliert betrachtet werden: beide greifen in der Regel ineinander über, sind überlagert durch eine problematische Krankheitsverarbeitung und haben gegenseitige Verstärkerfunktionen. Es wird vom therapeutischen Konzept abhängen, inwieweit in der Behandlung der Essstörung mit kontrollierenden Maßnahmen (Wiegen, Protokollieren, Tagebuch) gearbeitet wird; in jedem Fall muss der für Diabetikerinnen und Diabetiker obligatorischen Dokumentation der Blutzuckerwerte auch in der Psychotherapie ein wichtiger Platz eingeräumt werden.

- Afflelou, S., M. Duclos, et al. (2004). "[What are the links between sport activities and eating disorders?]." *Presse Med* **33**(22): 1601-5.
- Anderson, J. M. (1999). "The female athlete triad: disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis." *Conn Med* **63**(11): 647-52.
- Bass, M., L. Turner, et al. (2001). "Counseling female athletes: application of the stages of change model to avoid disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis." *Psychol Rep* **88**(3 Pt 2): 1153-60.
- Baum, A. (2006). "Eating disorders in the male athlete." *Sports Med* **36**(1): 1-6.
- Bryden, K. S., A. Neil, et al. (1999). "Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes." *Diabetes Care* **22**(12): 1956-60.
- Carlat, D. J., C. A. Camargo, Jr., et al. (1997). "Eating disorders in males: a report on 135 patients." *Am J Psychiatry* **154**(8): 1127-32.
- Carr, C. M. (2006). "Sport psychology: psychologic issues and applications." *Phys Med Rehabil Clin N Am* **17**(3): 519-35.
- Cartwright, M. M. (2004). "Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient." *Crit Care Nurs Clin North Am* **16**(4): 515-30.
- Cochrane, C., R. Malcolm, et al. (1998). "The role of weight control as a motivation for cocaine abuse." *Addict Behav* **23**(2): 201-7.

- Crow, S. J., P. K. Keel, et al. (1998). "Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus." *Psychosomatics* **39**(3): 233-43.
- Deter, H. C., W. Herzog, et al. (1994). "[Do patients with anorexia nervosa return to psychological health? results of a 12-year follow-up of 103 patients]." *Z Psychosom Med Psychoanal* **40**(2): 155-73.
- Herzog, W., H. C. Deter, et al. (1997). "Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study." *Psychol Med* **27**(2): 269-79.
- Holderness, C. C., J. Brooks-Gunn, et al. (1994). "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature." *Int J Eat Disord* **16**(1): 1-34.
- ICD-10 (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, Hans Huber.
- Katz, J. L. (1990). "Eating disorders: a primer for the substance abuse specialist: 1. Clinical features." *J Subst Abuse Treat* **7**(3): 143-9.
- Kjelsas, E., C. Bjornstrom, et al. (2004). "Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years)." *Eat Behav* **5**(1): 13-25.
- Mathieu, J. (2005). "What is orthorexia?" *J Am Diet Assoc* **105**(10): 1510-2.
- Meltzer, L. J., S. B. Johnson, et al. (2001). "Disordered eating, body mass, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes." *Diabetes Care* **24**(4): 678-82.
- Middecke M, P. W., Jahn M, Holzgreve H (1990). "Diuretika-induzierte Ödeme." *Dtsch Med Wschr* **115**: 216-219.
- Piran, N. and T. Gadalla (2007). "Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study." *Addiction* **102**(1): 105-13.
- Rabe-Jablonska, J. (2003). "[Anorexia nervosa in adult women]." *Psychiatr Pol* **37**(1): 29-37.
- Ramacciotti, C. E., E. Coli, et al. (2005). "The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa." *Eat Weight Disord* **10**(1): 8-12.
- Robb, A. S. and M. J. Dadson (2002). "Eating disorders in males." *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **11**(2): 399-418, xi.
- Smukler, G. (1993). "Eating Disorders." *Current opinions in Psychiatry* **6**: 195-201.
- Taipale, V., K. Larkio-Miettinen, et al. (1972). "Anorexia nervosa in boys." *Psychosomatics* **13**(4): 236-40.
- Ziora, K., J. Oswiecimska, et al. (2006). "[Anorexia nervosa in boys and men]." *Wiad Lek* **59**(5-6): 352-8.
- Afflelou, S., M. Duclos, et al. (2004). "[What are the links between sport activities and eating disorders?]." *Presse Med* **33**(22): 1601-5.
- Anderson, J. M. (1999). "The female athlete triad: disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis." *Conn Med* **63**(11): 647-52.
- APA, A. P. A. (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders." (4th Edition, TR).
- Bass, M., L. Turner, et al. (2001). "Counseling female athletes: application of the stages of change model to avoid disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis." *Psychol Rep* **88**(3 Pt 2): 1153-60.
- Baum, A. (2006). "Eating disorders in the male athlete." *Sports Med* **36**(1): 1-6.
- Brandsma, L. (2007). "Eating disorders across the lifespan." *J Women Aging* **19**(1-2): 155-72.
- Bryden, K. S., A. Neil, et al. (1999). "Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes." *Diabetes Care* **22**(12): 1956-60.
- Bulik, C. M., A. Von Holle, et al. (2007). "Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)." *Psychol Med* **37**(8): 1109-18.

- Carlat, D. J., C. A. Camargo, Jr., et al. (1997). "Eating disorders in males: a report on 135 patients." Am J Psychiatry **154**(8): 1127-32.
- Carr, C. M. (2006). "Sport psychology: psychologic issues and applications." Phys Med Rehabil Clin N Am **17**(3): 519-35.
- Cartwright, M. M. (2004). "Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient." Crit Care Nurs Clin North Am **16**(4): 515-30.
- Cochrane, C., R. Malcolm, et al. (1998). "The role of weight control as a motivation for cocaine abuse." Addict Behav **23**(2): 201-7.
- Crow, S. J., P. K. Keel, et al. (1998). "Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus." Psychosomatics **39**(3): 233-43.
- Deter, H. C., W. Herzog, et al. (1994). "[Do patients with anorexia nervosa return to psychological health? results of a 12-year follow-up of 103 patients]." Z Psychosom Med Psychoanal **40**(2): 155-73.
- ENES. (2006). "http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/fachleute/page_5.htm."
- Forman, M. and W. N. Davis (2005). "Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders." Eat Disord **13**(3): 231-43.
- Gupta, M. A. and N. J. Schork (1993). "Aging-related concerns and body image: possible future implications for eating disorders." Int J Eat Disord **14**(4): 481-6.
- Halmi, K. A. (2005). "The multimodal treatment of eating disorders." World Psychiatry **4**(2): 69-73.
- Harris, M. and E. J. Cumella (2006). "Eating disorders across the life span." J Psychosoc Nurs Ment Health Serv **44**(4): 20-6.
- Herzog, W., H. C. Deter, et al. (1997). "Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study." Psychol Med **27**(2): 269-79.
- Holderness, C. C., J. Brooks-Gunn, et al. (1994). "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature." Int J Eat Disord **16**(1): 1-34.
- ICD-10 (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Hans Huber.
- Isenschmid, B., Steiner, S., Rytz Th. (2005). Magersucht und Bulimie, Informationen und Tipps für Jugendliche, Eltern und Lehrpersonen. Bern, Schulverlag.
- Katz, J. L. (1990). "Eating disorders: a primer for the substance abuse specialist: 1. Clinical features." J Subst Abuse Treat **7**(3): 143-9.
- Kjelsas, E., C. Bjornstrom, et al. (2004). "Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years)." Eat Behav **5**(1): 13-25.
- Mathieu, J. (2005). "What is orthorexia?" J Am Diet Assoc **105**(10): 1510-2.
- Meltzer, L. J., S. B. Johnson, et al. (2001). "Disordered eating, body mass, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes." Diabetes Care **24**(4): 678-82.
- Middecke M, P. W., Jahn M, Holzgreve H (1990). "Diuretika-induzierte Ödeme." Dtsch Med Wschr **115**: 216-219.
- Neumark-Sztainer, D. (2005). "Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents?" Int J Eat Disord **38**(3): 220-7.
- Neumark-Sztainer, D., M. Wall, et al. (2006). "Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?" J Am Diet Assoc **106**(4): 559-68.

- Piran, N. and T. Gadalla (2007). "Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study." Addiction **102**(1): 105-13.
- Ramacciotti, C. E., E. Coli, et al. (2005). "The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa." Eat Weight Disord **10**(1): 8-12.
- Robb, A. S. and M. J. Dadson (2002). "Eating disorders in males." Child Adolesc Psychiatr Clin N Am **11**(2): 399-418, xi.
- Seyfahrt, K. (2003). Der Traum von der jungen Figur - Essstörungen in der Lebensmitte, Kösel.
- Smukler, G. (1993). "Eating Disorders." Current opinions in Psychiatry **6**: 195-201.
- Taipale, V., K. Larkio-Miettinen, et al. (1972). "Anorexia nervosa in boys." Psychosomatics **13**(4): 236-40.
- von Schonfeld, C. E., F. Schneider, et al. (2005). "[Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners.]" Nervenarzt.
- Ziora, K., J. Oswiecimska, et al. (2006). "[Anorexia nervosa in boys and men]." Wiad Lek **59**(5-6): 352-8.

Korrespondenzadresse:

Bettina Isenschmid, MD et MME

Zentrum für Adipositas, Ernährungspsychologie und Prävention von Essstörungen

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung des Inselspitals

3010 Bern

031 632 08 00

bettina.isenschmid@insel.ch