



Essverhalten

Essstörungen werden zu den Zivilisationskrankheiten gezählt. Eine Essstörung wird definiert als Verhaltensstörung mit meist ernsthaften und langfristigen Gesundheitsschäden. Der Betroffene beschäftigt sich ständig gedanklich und emotional mit dem Thema „Essen“.

Essstörungen betreffen die Nahrungsaufnahme oder deren Verweigerung und hängen oft mit psychosozialen Störungen und/oder mit der Einstellung zum eigenen Körper zusammen.

Medizinisch gesehen handelt es sich um eine Störung der Energiebilanz:

- Zu hohe Energiezufuhr bei zu geringem Energieverbrauch führt zu Übergewicht
- Zu geringe Energiezufuhr bei zu hohem Energieverbrauch führt zu Mangelernährung

- Falsche Ernährung führt zu Vitaminmangel, Mineralmangel und Störung des Elektrolythaushalts im Körper

Physiologische Regelmechanismen können den Energieumsatz des Körpers über einen gewissen Zeitraum und in begrenzten Ausmaßen an das Energieangebot anpassen. Im Falle des Energiemangels werden Stoffwechselregulationen eingesetzt, um z. B. vorhandene Energievorräte wirkungsvoller auszunutzen und Energie einzusparen. Die einzelnen Störungen sind nicht klar gegeneinander abgrenzbar. Oft wechseln die Betroffenen von einer Form zur anderen, die Merkmale gehen ineinander über und vermischen sich.

Bei allen chronisch gewordenen Essstörungen sind lebensgefährliche körperliche Schäden

möglich (z. B. Unterernährung, Mangelernährung, Fettleibigkeit). Frauen sind verstärkt betroffen. Bei ihnen treten auch Störungen im Menstruationszyklus auf bis hin zum totalen Aussetzen der Menstruation (Amenorrhö). Die Übergänge zwischen „normal“ und „krankhaft“ sind von vielen Faktoren abhängig. Ein Mensch, der aus ideologischen oder religiösen Gründen besondere Ernährungsformen pflegt (z. B. während des Ramadans) ist nicht unbedingt essgestört. Manche Esssüchtige sind körperlich und in ihrem Verhalten völlig unauffällig – die Sucht spielt sich bei ihnen ausschließlich im Kopf ab.

Esssucht Esssüchtige essen zwanghaft und denken dauernd an Essen und an die Folgen für ihren Körper. Sie essen entweder zu viel oder kontrollieren ihr Gewicht mit komplizierten Systemen von Essen, Diäten, Fasten und

Bewegung. Esssucht führt häufig zu Übergewicht oder Fettleibigkeit mit zugehörigen gesundheitlichen und sozialen Problemen. Übergewichtige fühlen sich als Versager und Außenseiter. Fehlernährung kann zu zusätzlichen Problemen führen.

Kurzübersicht der verschiedenen Essstörungen

Magersucht (Anorexia nervosa) ist durch einen absichtlich und selbst herbeigeführten Gewichtsverlust gekennzeichnet. Durch Hungern und Kalorienzählen wird versucht, dem Körper möglichst wenig Nahrung zuzuführen, durch körperliche Aktivitäten soll der Energieverbrauch gesteigert werden. Die betroffene Person sieht dabei den eigenen körperlichen Zustand häufig nicht, sie empfindet sich als zu dick, auch noch mit extremem Untergewicht (Körperschemastörung).

Folgen der Magersucht sind Unterernährung, Muskelschwund und Mangelernährung. Langzeitfolgen sind u. a. Osteoporose und Unfruchtbarkeit. 5-15% der Betroffenen sterben, jedoch meist nicht durch eigentliches Verhungern, sondern durch Infektionen des geschwächten Körpers oder durch Suizid.

Ess-Brech-Sucht (Bulimie, Bulimia nervosa). Dabei sind die Betroffenen meist normalgewichtig, haben aber große Angst vor Gewichtszunahme, dem „Dickwerden“. Deshalb ergreifen sie ungesunde Gegenmaßnahmen wie Erbrechen, exzessiven Sport, Abführmittelgebrauch, Fasten oder Einläufe. Dadurch gerät der Körper in einen Mangelzustand und es kommt zu sogenannten Essattacken, wobei große Mengen Nahrung auf einmal verzehrt werden. Neben diesen Heißhunger bedingten Fressattacken gibt es auch stressbedingte. Das Überessen und Erbrechen wird häufig als spannend erlebt.

Die Ess-Brech-Sucht kann zu Störungen des Elektrolyt-Stoffwechsels, Entzündungen der Speiseröhre, Zahnschäden und Mangelerscheinungen führen. Da durch einen gestörten Elektrolythaushalt das Herz angegriffen wird, kann es sogar zu Herzversagen und folglich zum Tod kommen, insbesondere wenn die Ess-Brech-Sucht noch mit Untergewicht einhergeht.

Binge-Eating-Disorder (BED). Fressattacken treten im Zusammenhang mit suchartigen Heißhungergefühlen auf. Von Binge Eating wird gesprochen, wenn während mindestens sechs Monaten an mindestens zwei Tagen pro Woche ein Anfall von Heißhunger auftritt, bei dem in kürzester Zeit ungewöhnlich große Mengen Nahrungsmittel aufgenommen werden. Der Betroffene verliert die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme.

Außerdem müssen mindestens drei der folgenden Diagnosekriterien zutreffen:

- essen, ohne hungrig zu sein
- besonders schnelles essen
- essen, bis ein unangenehmes Gefühl einsetzt
- allein essen, um Gefühle von Schuld und Scham zu vermeiden
- die Essanfälle werden als belastend empfunden
- nach dem Essanfall Gefühle von Ekel, Scham oder Depressionen

Obwohl die Essattacken jeweils nur kurz dauern, kann die Binge-Eating-Disorder zu Adipositas führen. Von der Bulimie unterscheidet sich BED durch ausbleibende Maßnahmen, eine Gewichtszunahme durch Erbrechen, Intensivsport oder Fasten zu verhindern.

Pica-Syndrom Ein psychiatrisches Symptom, das sich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Demenz zeigen kann. Die Störung ist eher selten und keine Essstörung im eigentlichen Sinne. Menschen essen dabei ungewöhnliche Dinge, z. B. farbige Papierschnipsel, Gartenerde, Ton, Tafelkreide oder Kot. Dies kann zu Vergiftungen, Unterernährung und Verstopfung führen.

Orthorexia nervosa Krankhaft gesunde Ernährung. Betroffene verbringen mehrere Stunden täglich damit, zwanghaft Vitamingehalt und Nährwerte zu berechnen und Lebensmittel auszuwählen, wobei sich die Auswahl der „erlaubten“ Lebensmittel immer weiter verringert. Folgen sind Unterernährung, Mangelernährung und soziale Isolation. Die Betroffenen haben Angst vor den Lebensmitteln, die sie für ungesund halten. Orthorexia nervosa zeigt auch Merkmale einer Wahn- oder Zwangsstörung.

Anorexia athletica Durch übermäßigen Sport und damit verbundenen Kalorienverbrauch versuchen die Erkrankten, Gewicht zu verlieren. Diese Störung ist auch als „Sportsucht“ bekannt. Seit den 1980er-Jahren wird von gehäuftem Auftreten dieser Störung bei Leistungssportlern berichtet. Charakteristisch ist eine zu geringe Zufuhr an Kalorien, die zu schweren Gesundheitsproblemen führt, u. a. Abnahme der Knochendichte, Knochenbrüche und Amenorrhö.

Therapie von Essstörungen Erfolgreiche Behandlungen gehen von einem multimodalen Ansatz aus, d. h., es werden unterschiedliche Behandlungsstrategien gleichzeitig eingesetzt. Im Zentrum steht die Psychotherapie (kognitive oder psychodynamische Therapien).

Bei manchen Essstörungen haben sich familientherapeutische Behandlungsprogramme als ebenso sinnvoll erwiesen. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Beratung und Psychoedukation der Eltern immer notwendig. Gleichzeitig kann ein Ernährungsprotokoll geführt werden. Bei bestimmten Essstörungen ist regelmäßiges Wiegen notwendig sowie Unterstützung bei einer ausgewogenen Ernährung. Medikamentöse Therapie (Antidepressiva) kann in manchen Fällen (Anorexie oder Bulimie) hilfreich sein, ebenso die Vermittlung von Therapieprogrammen in Selbsthilfegruppen.

Wenn die ambulante Behandlung keinen Erfolg bringt, ist eine stationäre oder zumindest teilstationäre Behandlung erforderlich. Insbesondere bei Anorexie ist eine stationäre Behandlung als lebenserhaltende Maßnahme notwendig, wenn ein kritisches Untergewicht erreicht ist, auch, wenn körperliche Folgeschäden zu erwarten sind, z. B. bei zu geringer Flüssigkeitszufuhr oder häufigem Erbrechen.

Diagnostik der Essstörung erfolgt durch Befragung des Patienten und über Fragebögen. Unter-, Übergewicht und Adipositas werden mit dem Body-Mass-Index und anderen Kennzahlen gemessen.

Body-Mass-Index (BMI) ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen. Da Übergewicht ein weltweit zunehmendes Problem darstellt, wird die Körpermassenzahl v. a. dazu verwendet, auf eine diesbezügliche Gefährdung hinzuweisen.

Gewichtsklassen in Abhängigkeit von Körpergewicht und Körpergröße:

| Kategorie | BMI |
|-----------------------|---------|
| Starkes Untergewicht | < 16 |
| Mäßiges Untergewicht | 16-17 |
| Leichtes Untergewicht | 17-18,5 |
| Normalgewicht | 18,5-25 |
| Präadipositas | 25-30 |
| Adipositas Grad 1 | 30-35 |
| Adipositas Grad 2 | 35-40 |
| Adipositas Grad 3 | > 40 |

Der BMI wird folgendermaßen berechnet:

$$\text{BMI} = m \div l^2$$

m steht für das Körpergewicht in Kilogramm, l gibt die Körpergröße in Metern an.

Beispiele:

Frau, 56 kg, 1,70 m

Wir rechnen: $56 \div (1,7 \times 1,7) = \text{BMI } 19,38$

Mann, 78 kg, 1,76 m

Also: $78 \div (1,76 \times 1,76) = \text{BMI } 25,18$

Interpretation des Body-Mass-Index
BMI-Werte normalgewichtiger Personen liegen laut WHO-Adipositas-Klassifikation zwischen 18 und 24 – ab einer Körpermassenzahl von 30 gelten die übergewichtigen Personen als behandlungsbedürftig.

Häufigkeit und Folgen von Essstörungen
Hier einige Zahlen für Deutschland:

Magersucht: Etwa 150 000 Menschen sind betroffen. 90 % davon sind Frauen zwischen 15 und 35 Jahren, 10 % Männer.

Ess-Brech-Sucht: Etwa 800 000 Menschen sind betroffen.

Binge-Eating-Disorder: Etwa 3,6 Millionen der Bevölkerung sind betroffen, sie ist die häufigste Essstörung.

Eine Studie des Robert Koch Instituts mit über 17 000 Teilnehmern zwischen 11 und 17 Jahren zeigte bei fast 30 % der Mädchen Essstörungen wie Magersucht, Ess-Brech-Sucht oder Fettsucht. Bei Jungen waren 15 % betroffen. Außerdem waren Kinder aus sozial benachteiligten Familien fast doppelt so häufig betroffen als Kinder aus den oberen sozialen Schichten.

In einer österreichischen Studie über Essstörungen bei Modells fand sich eine Prävalenzrate essgestörten Verhaltens von 19 % der befragten Personen, über 40 % waren zum Untersuchungszeitpunkt auf Diät.

Adipositas stellt ein weltweit zunehmendes Problem dar. So sprechen die Weltgesundheitsorganisation WHO und die CDC inzwischen von einer globalen Epidemie bzw. Pandemie, die ebenso ernst genommen werden sollte wie jede zum Tod führende Infektionskrankheit. Weltweit leben laut WHO rund 1,4 Milliarden Menschen mit starkem Übergewicht. Sollte sich dieser Trend fortsetzen, wird die Zahl der übergewichtigen Menschen innerhalb

der nächsten zehn Jahre auf 2,1 Milliarden ansteigen.

Die Großen Drei

1) Die Magersucht

Definition Magersucht (Anorexia nervosa) ist eine Essstörung, bei der die Betroffenen ein nicht dem Alter und der Statur entsprechendes minimales Körpergewicht anstreben. Die Wahrnehmung von Figur, Gewicht und Aussehen ist gestört, es besteht Angst vor Gewichtszunahme. Die Gefahren, die sich aus dieser Situation ergeben, werden verleugnet. Hinzu kommen häufig soziale Isolation und Depressionen.

Auftreten und Häufigkeit Magersucht ist eine psychosomatisch bedingte Essstörung. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Der Beginn der Anorexie liegt in der Regel zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr.

Ursachen Vor allem das in den westlichen Industrienationen geltende Schönheitsideal hat einen großen Einfluss auf die Krankheitsentstehung. Dabei wird Schlankheit immer wieder mit Attraktivität, beruflichem und privatem Erfolg assoziiert. Durch die Medien wird dieses Bild weiter gefördert. Dies führt dazu, dass vor allem Mädchen mangelndes Selbstwertgefühl durch übertriebenen Schlankheitswahn kompensieren wollen.

Diagnose Für die Diagnose „Anorexia nervosa“ reicht Untergewicht allein nicht aus. Zunächst müssen alle organischen Ursachen ausgeschlossen werden (u. a. Schilddrüsenüberfunktion, Diabetes mellitus Typ 1, Malabsorptionssyndrom etc.).

Auswirkungen auf den Körper

• **Kaliummangel:** Krankhaftes Untergewicht hat vielfältige und gravierende Auswirkungen

auf den menschlichen Körper bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen. Dazu zählt vor allem der durch Mangelernährung ausgelöste Kaliummangel, der lebensgefährliche Herzrhythmusstörungen zur Folge haben kann.

• **Blutarmut/Ödeme:** Aufgrund einer Schädigung des Knochenmarks kann eine Anämie entstehen. Durch die niedrige Eiweißzufuhr mit der Nahrung kommt es zum Absinken des Albumins (Transportprotein). Bei einer verringerten Albuminkonzentration kann die im Blut enthaltene Flüssigkeit nicht mehr ausreichend gebunden werden und lagert sich im Gewebe ab, es kommt zur Ödembildung.

• **Verringerte Östrogenproduktion:** Nachlassende Östrogenproduktion kann das Ausbleiben der Menstruation zur Folge haben. Östrogene unterstützen die Einlagerung von Calcium in die Knochenmatrix. Da dieser Vorgang im Kindes- und Jugendalter besonders wichtig und bis zum 30. Lebensjahr abgeschlossen ist, hat eine Amenorrhö vor allem in diesem Lebensabschnitt eine geringere Knochendichte zur Folge, wodurch sich die Gefahr einer Osteoporose erhöht.

• **Erhöhter Cortisolspiegel:** Um den Blutzucker trotz der mangelnden Zufuhr von Kohlenhydraten konstant zu halten, muss Glucose aus anderen Substanzen (z. B. Ketonkörper, bestimmte Aminosäuren) gebildet werden. Dies macht eine erhöhte Sekretion von Cortisol sowie anderen Hormonen notwendig. Ein dauerhaft erhöhter Cortisolspiegel kann zu Haarausfall, Hautveränderungen und psychischen Erkrankungen führen und begünstigt Osteoporose.

• **Unfruchtbarkeit:** Durch eingeschränkte Östrogenbildung kommt es zur Störung der weiblichen Keimdrüsen. Die daraus resultierende Unfruchtbarkeit bleibt auch bei erfolgreicher Behandlung meist noch Monate bis Jahre bestehen, bis die Fruchtbarkeit wieder einsetzt.

• **Unterzuckerungen:** Nach längerer unzureichender Kohlenhydratzufuhr sind die körpereigenen Reserven aufgebraucht. Da die endogene Bildung von Glucose (Gluconeogenese) nur sehr langsam abläuft, kann es in Kombination mit starker körperlicher Belastung zu Unterzuckerungen (Hypoglykämien) kommen, die – je nach Schweregrad – zur Bewusstlosigkeit und zu Hirnschäden bis hin zum Tod führen können.

• **Veränderte Laborparameter:** Anorexia nervosa ruft eine Reihe weiterer biochemischer Abnormitäten hervor:

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (DSM-IV)

Untergewicht

Gewicht wird absichtlich unterhalb des normalen Bereichs gehalten

Furcht vor Gewichtszunahme

trotz bestehendem Untergewicht

Verzerrte Körperwahrnehmung

Patienten fühlen sich oder einen bestimmten Teil ihres Körpers zu dick (trotz bestehendem Untergewicht)

Amenorrhö (bei Frauen)

Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen

Subtyp

Restriktiver Typ

keine regelmäßigen Essanfälle und kein abführendes Verhalten

Bulimischer Typ

regelmäßige Essanfälle und regelmäßig abführendes Verhalten

| Laborwert | Auswirkungen der Anorexie |
|-------------------------|----------------------------------|
| Blutzucker | erniedrigt |
| Gesamtprotein | erniedrigt |
| Calcium | erniedrigt |
| Phosphor | erniedrigt |
| Triglyceride | erniedrigt |
| Hämoglobin | erniedrigt |
| Hämatokrit | erniedrigt |
| Leukozyten | erniedrigt |
| Schilddrüsenhormon (T3) | erniedrigt |
| Thrombozyten | erniedrigt |
| Leberenzyme (GOT, GPT) | erhöht |

Therapie

Psychotherapie Die Grundlage für erfolgreiche Therapie der Magersucht stellt zunächst die Einsicht des Patienten dar. Ohne diese sind die Prognosen äußerst ungünstig und Therapieerfolge eher unwahrscheinlich. Ist eine Bereitschaft zur Therapie vorhanden, ist das oberste Ziel die Normalisierung des Körpergewichts, wobei eine verhaltenstherapeutische Unterstützung notwendig ist.

Ein weiterer Bestandteil der psychologischen Betreuung stellt die Therapie der verzerrten Körperwahrnehmung dar. Die Stärkung des Selbstwertgefühls ist ebenfalls von Bedeutung. Der Kontakt mit anderen Betroffenen und ehemaligen Anorektikern im Rahmen von Gruppentherapien wirkt sich häufig sehr positiv aus. Die Zusammenarbeit mit einem Psychologen oder Heilpraktiker für Psychotherapie ist bei der Therapie unerlässlich. Optimal ist eine stationäre Behandlung in einer entsprechenden Einrichtung.

Ernährung Neben der psychologischen Betreuung spielt die richtige Ernährung zur Normalisierung des Körpergewichts eine wichtige Rolle. In schweren Fällen kann zunächst eine künstliche Ernährung erforderlich sein. Wichtig ist anschließend eine langsame Steigerung der Nahrungsaufnahme, um Unverträglichkeiten zu vermeiden. Dabei sollten am Anfang nur Nahrungsmittel in leicht verwertbarer Form verabreicht werden. Aufgrund der Schleimhautschädigungen und des Lactasemangels werden Milch und Milchprodukte anfangs häufig nicht vertragen.

Im Anschluss daran erfolgt eine schrittweise Annäherung an eine energiereiche Basiskost. Der Energiebedarf wird dabei so veranschlagt, dass für jeweils 10 kg Untergewicht ein Zuschlag von 20 % des normalen Tagesbedarfs empfohlen wird (2500-3000 kcal/Tag). Die Nahrung sollte auf mehrere Mahlzeiten (ca. sechs) am Tag verteilt werden und reich an Kohlenhydraten und Fetten sein. Der Proteinbedarf entspricht dem einer „normalen“ Ernährung, liegt also bei etwa 15 % der Gesamtenergieaufnahme.



Die Kost sollte vitamin- und mineralstoffreich, ausgewogen und abwechslungsreich sein. Zu meiden sind Lebensmittel, die energiearm, voluminös oder blähend sind.

Weniger geeignete Lebensmittel beim Kostaufbau

- Hülsenfrüchte, Blattkohlsorten, Pilze
- Fleisch-, Fisch- und Wurstwaren mit hohem Anteil an sichtbarem Fett
- Mayonnaise, fettreiche Backwaren
- fettarme, proteinreiche Lebensmittel (z. B. Magermilchprodukte)
- stark kohlenstoffhaltige Getränke

Bei steigender Energiezufuhr kann auch mit leichter körperlicher Aktivität begonnen werden. Dies fördert das Herz-Kreislauf-System und das Muskelwachstum. Grundsätzlich sollten die Speisen schmackhaft und appetitlich zubereitet und individuelle Bedürfnisse dabei berücksichtigt werden. Geringe Mengen

Alkohol zur Steigerung des Appetits sind erlaubt. Bei bestehendem Untergewicht ohne vorliegende Essstörung kann direkt (d. h. ohne Aufbaukost) mit energiereicher Kost begonnen werden.

Eine Gewichtszunahme erreicht man generell durch eine positive Energiebilanz, d. h., wenn man dem Körper mehr Energie zuführt als er verbraucht. Allerdings gibt es auch Fälle, bei denen eine energiereiche Ernährung zu keiner Gewichtszunahme führt (z. B. bei Schilddrüsenüberfunktion). Um solche Fälle auszuschließen, sollte man sich an einen Arzt oder Heilpraktiker wenden.

Sonstige medizinische Maßnahmen

Aufgrund der gravierenden Folgen der unzureichenden Östrogenproduktion wird der gezielte Einsatz von Östrogenen, Gestagenen und Calcium im Rahmen der Osteoporoseprophylaxe diskutiert. Eine weitere medikamentöse Therapie ist nicht erforderlich. Trotz der niedrigen Konzentration des Schilddrüsenhormons T3 (Trijodthyronin) ist eine Therapie mit Schilddrüsenhormonen nicht angezeigt. Eine Ausnahme stellt die Behandlung mit Antidepressiva dar, sofern eine begleitende depressive Erkrankung vorliegt.

Fortsetzung folgt!

Abbas Schirmohammadi

Heilpraktiker für Psychotherapie
kontakt@abbas-schirmohammadi.de

Tipp

Die Paracelsus Ausbildung z. Ganzheitliche/r ErnährungsberaterIn/-therapeutIn

Ernährungsberater und Ernährungstherapeuten haben Zukunft! Menschen mit Essstörungen müssen klientenorientiert und ganzheitlich beraten, gecoacht und therapiert werden. Die gesundheitliche Disposition, Energiebilanz, Nährstoffverarbeitung und Lebenseinstellung des einzelnen Klienten sind ebenso wichtig wie seine Bewegungs- und Essgewohnheiten sowie sein psychosoziales Umfeld.

In der Paracelsus-Ausbildung z. Ganzheitliche/r ErnährungsberaterIn/-therapeutIn lernen Sie die komplexen, ganzheitlichen Zusammenhänge, studieren die ernährungsphysiologischen und psychologischen Grundlagen aus naturheilkundlicher Sicht und entwickeln die Fähigkeit, die Situation des Klienten systematisch zu analysieren und einen passenden Aktions- und Ernährungsplan für ihn zu entwerfen. Sie setzen alternative Kostformen ein, coachen den Klienten in Einzel- oder Gruppenaktionen zur Verbesserung seiner Verhaltens- und Ernährungsweisen und führen ihn in einen glücklicheren und erfolgreichereren Lebensabschnitt.

Teilnehmer mit Heilerlaubnis können die Kursinhalte zur gezielten Ernährungstherapie in ihrer Praxis zum Einsatz bringen.

Weitere Infos, alle Kursorte und Starttermine finden Sie auf www.paracelsus.de