



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit:

„Essstörungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer
Auswirkungen auf die Reproduktivität“

Verfasserin

Alice Spann

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin/Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
1 ERNÄHRUNG & ESSSTÖRUNGEN.....	5
1.1 „GESUNDES“ VERSUS „GESTÖRTES“ ESSVERHALTEN	5
1.1.1 Hunger und Sättigung.....	6
1.1.2 Das Körpergewicht	7
1.1.3 Die physische, psychische und soziale Komponente der Ernährung.....	9
1.2 GESUNDER LEBENSSTIL.....	11
1.2.1 Bestandteile einer ausgewogenen Ernährung.....	11
1.2.1.1 Proteine.....	12
1.2.1.2 Kohlenhydrate	13
1.2.1.3 Fette	14
1.2.1.4 Vitamine	15
1.2.1.5 Mineralstoffe und Spurenelemente	16
1.2.1.6 Flüssigkeiten	17
1.2.2 Bewegungsverhalten	18
1.3 MERKMALE DER ESSSTÖRUNG	20
1.4 HISTORISCHE ENTWICKLUNG VON ESSSTÖRUNGEN.....	22
1.5 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DES SCHÖNHEITSIDEALS	24
2 ESSSTÖRUNGSMANIFESTATIONEN.....	28
2.1 ERSCHEINUNGSBILD UND DIAGNOSEKRITERIEN	28
2.1.1 Anorexia Nervosa	28
2.1.2 Bulimia Nervosa.....	31
2.1.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen.....	34
2.1.3.1 Binge Eating Störung	34
2.1.3.2 Residualkategorie	36
2.2 KRITIK AM BESTEHENDEN KLASSIFIKATIONSSYSTEM	37
2.3 EPIDEMIOLOGIE	40
2.3.1 Anorexia Nervosa	41
2.3.2 Bulimia Nervosa.....	42
2.3.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen.....	42
2.3.3.1 Binge Eating Störung	42
2.3.3.2 Residualkategorie	43
2.4 URSACHEN UND ENTSTEHUNG	43
2.5 KRANKHEITSVERLAUF UND PROGNOSE	48
2.6 ESSSTÖRUNGSTHERAPIE	50
2.6.1 Behandlungssetting	50
2.6.2 Ziele der Therapie.....	52

2.6.3	Therapieansätze	53
3	ESSSTÖRUNGEN UND REPRODUKTIVITÄT	59
3.1	ESSSTÖRUNGEN UND FRUCHTBARKEIT	59
3.1.1	Ernährung vor der Schwangerschaft	59
3.1.2	Einfluss von Essstörungen auf die Fruchtbarkeit	60
3.2	ESSSTÖRUNGEN UND SCHWANGERSCHAFT.....	65
3.2.1	Ernährung während der Schwangerschaft	65
3.2.2	Veränderung von Gewicht und Körperumfang	67
3.2.3	Essstörungsverlauf während der Schwangerschaft	69
3.2.4	Essstörungsbedingte Komplikationen	74
3.3	ESSSTÖRUNGEN UND GEBURT	76
3.3.1	Geburtsausgang	76
3.3.2	Essstörungsbedingte Komplikationen	77
3.4	ESSSTÖRUNGEN NACH DER GEBURT	79
3.4.1	Essstörungsverlauf nach der Geburt	79
3.4.2	Anpassung an die Mutterschaft	82
3.4.3	Einfluss der Essstörung auf die Erziehung.....	85
4	BETREUUNG UND PFLEGE VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN.....	92
4.1	ERKENNEN EINER ESSSTÖRUNG.....	96
4.2	BESONDERHEITEN IM UMGANG MIT PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN WÄHREND UND NACH DER SCHWANGERSCHAFT	100
	ZUSAMMENFASSUNG	104
	ABSTRACT	106
	NACHWORT	108
	LITERATURVERZEICHNIS.....	109
	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN.....	120
	LEBENS LAUF	121

EINLEITUNG

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Rahmen des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Die Arbeit behandelt den großen Themenbereich der Essstörungen und setzt dabei einen besonderen Schwerpunkt auf die Auswirkungen dieser Erkrankungen auf die menschliche Fortpflanzung. Die Diplomarbeit ist als Literaturarbeit angelegt.

Die Arbeit ist in vier große Kapitel unterteilt. Das erste dieser Kapitel befasst sich mit allgemeinen Informationen über das Essverhalten und die Entstehungsgeschichte des Schönheitsideals und der Essstörungen. Das zweite Kapitel der vorliegenden Arbeit stellt die unterschiedlichen Manifestationen von Essstörungen vor. Das dritte Kapitel behandelt schließlich den zuvor bereits angesprochenen Schwerpunkt der Diplomarbeit, der auf die unterschiedlichen Effekte von Essstörungen auf die menschliche Fortpflanzung ausgelegt ist. Das letzte Kapitel behandelt die Rolle der Pflege und die sich daraus ergebenden Aufgabenbereiche für die Pflegepersonen im Umgang mit Essstörungen. Abschließend soll eine Zusammenfassung der Arbeit sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache zur Übersichtlichkeit beitragen.

Soweit in dieser Diplomarbeit geschlechterbezogenen Bezeichnungen verwendet werden, die nicht geschlechtsspezifisch sind, beziehen sich diese Bezeichnungen auf Frauen und Männer gleichermaßen.

1 ERNÄHRUNG & ESSSTÖRUNGEN

Dieses Kapitel befasst sich einleitend mit der Frage, inwiefern sich „normales“ Essverhalten von „gestörtem“ unterscheiden lässt. Es wird erörtert, welche Bedürfnisse über die Ernährung befriedigt werden und welche Regulationsmechanismen die Nahrungsaufnahme ordnen. In weiterer Folge werden, als Anzeichen einer gesunden Lebensführung, Ernährungs- und Bewegungsverhalten angesprochen und dargelegt, aus welchen Komponenten eine gesunde und ausgewogene Ernährung bestehen soll. Die Funktionen der Grundnährstoffe werden offengelegt, um zu verdeutlichen, welche Auswirkungen ein Mangel oder Überschuss in Folge einer Essstörung haben kann. In weiterer Folge werden gemeinsame Merkmale der Essstörungen vorgestellt, die jeweiligen Kriterien für die Diagnose der einzelnen Erscheinungsformen der Essstörung werden in Kapitel 2 behandelt. Ein Überblick über die Geschichte der Essstörungen verdeutlicht, dass es Formen auffälligen Essverhaltens bereits in früheren Jahrhunderten gab und verfolgt die Entwicklung von einem übernatürlichen Phänomen zu einem klinischen Syndrom. Der historische Überblick über die Entwicklung des Schönheitsideals verdeutlicht die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Verhältnisse, die zu dem heute vorherrschenden Schlankheitsideal geführt haben und welchen Einfluss dieses wiederum auf das Selbstbild – besonders auf das von Frauen – hat. Damit wird eine wichtige Basis für die Entstehung von Essstörungen abgehandelt.

1.1 „Gesundes“ versus „gestörtes“ Essverhalten

Bei der Ernährung ist es sehr schwer, für den Alltag geltende Normen und Standards zu definieren. Dies wird unter anderem auch aus der Vielzahl an Diät- und Ernährungsratgebern ersichtlich, die sich derzeit auf dem Markt befinden und die sich nicht selten widersprechen (vgl. Gerlinghoff/ Backmund, 1999:11). Der Forschung ist es bis heute noch nicht gelungen, die komplexen Regelmechanismen des Körpers in Bezug auf die Nahrungszufuhr, Hunger und Sättigung sowie auf das Körpergewicht zur Gänze zu entschlüsseln (vgl. Sauter et al., 2006:717).

Neben der ausreichenden Zufuhr von Sauerstoff und Flüssigkeit ist die Aufnahme von Nahrungsmitteln für den Erhalt des Lebens essentiell. Im Gegensatz zu ersteren unterliegt die Nahrungsaufnahme jedoch weniger engen Zeitgrenzen. Der Körper kann lebenswichtige Energie aus Nahrungsmitteln in Form von Fettgewebe im Körper speichern. Dies ist quasi eine Notfunktion, die den Erhalt der Körperfunktionen in Zeiten sichern soll, in denen keine Nahrung zur Verfügung steht. Dieser Umstand erlaubt es dem Menschen, selbst zu wählen, wann und wo die Nahrungsaufnahme stattfindet. Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl weiterer Faktoren, die diesen Vorgang mit beeinflussen. Dazu zählen unter anderem persönliche Vorlieben, Gewohnheiten, der individuelle Gesundheitszustand, der soziokulturelle Hintergrund und das Angebot an Nahrungsmitteln (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:25f).

1.1.1 Hunger und Sättigung

Das Bedürfnis und die Notwendigkeit, den Hunger zu stillen und damit den Fortbestand des eigenen Lebens zu gewährleisten ist für jedes Lebewesen zentral. Mit der modernen, westlichen Wohlstandsgesellschaft geht ein erleichterter Zugang zu Nahrung einher (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:42).

Die zwei wichtigen Mechanismen, die die Nahrungsaufnahme regulieren, sind Hunger und Sättigung. Hunger wird verspürt, wenn ein Defizit an Nährstoffen vorliegt, die der Körper unter anderem für die Zellteilung benötigt, wogegen ein Gefühl der Sättigung eintritt, sobald dieses ausgeglichen ist. Reizempfänger in Magen- und Darmwand erfassen den Kaloriengehalt der konsumierten Nahrung. Je höher der Nährstoffgehalt ist, desto schneller und nachhaltiger tritt ein Gefühl der Sättigung ein. Faktoren wie etwa das Ausmaß der Magendehnung bei der Nahrungsaufnahme oder das Kauen und Schlucken haben lediglich untergeordnete Bedeutung in Bezug auf die Sättigung. Der Anteil an Proteinen und Kohlehydraten einer Mahlzeit bestimmt wiederum, wie nachhaltig die Sättigung ist. In der Regel ist die Nahrungszufuhr vom Organismus so geregelt, dass das Gewicht langfristig konstant bleibt (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:26ff).

Die Wahrnehmung und der Umgang mit Hunger sind nicht angeboren sondern ein auf Erfahrungen und Emotionen basierender Lernprozess. Essstörungen im

Speziellen stehen mit einer gestörten Wahrnehmung des Hungergefühls in Verbindung (vgl. Bruch, 2004:15). Bezeichnend für Essstörungspatienten ist der Kontrast zwischen subjektiven Sättigungsgefühl und objektivem Kalorienbedarf. In der Regel ist das Hungergefühl vor der Nahrungsaufnahme maximal, sinkt im Laufe der Zufuhr ab und wird schließlich vom Sättigungsgefühl zur Gänze abgelöst. Anorexiepatienten geben bereits unmittelbar nach Beginn der Mahlzeit ein starkes Sättigungsgefühl an, wohingegen Bulimiepatienten kaum eine Abnahme des Hungergefühls angeben, wobei auch das Sättigungsgefühl kaum spürbar wird. Bei letzteren spielt die Zusammensetzung der Mahlzeit eine wesentliche Rolle für das Verhältnis von Hunger und Sättigung, wobei eine kohlenhydratreiche Ernährung empfehlenswert ist (vgl. Cuntz/ Hillert. 2008:32f).

1.1.2 Das Körpergewicht

Ein zentrales Thema, wenn man von Essstörungen spricht, ist das Körpergewicht. Übergewicht führt zwar nicht zwangsläufig in eine manifeste Essstörung, bewirkt allerdings in der Regel öfter eine erlebte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und erhöht damit die Bereitschaft, sich Diäten oder anderen Maßnahmen zu unterziehen, die auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Eine starke Orientierung am vorherrschenden Schönheitsideal erhöht zusätzlich das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:47).

Aus medizinischer Sicht ist jenes Körpergewicht als gesund zu betrachten, aus dem sich die höchst mögliche Lebenserwartung ergibt. Zur Berechnung des optimalen Gewichts dient der Body-Mass-Index (BMI), bei dem das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat dividiert wird (vgl. Cook et al., 2003:369). Die Einschätzung des sich aus dem jeweiligen BMI ergebenden Gesundheitsrisikos erfolgt mittels Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO:

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Abbildung 1: WHO Klassifikation des BMI (vgl. WHO, 2009).

Der Body-Mass-Index ist, neben einer Reihe anderer Instrumente, ein brauchbares Werkzeug, um die gesundheitlichen Risiken abschätzen zu können, die mit einem deutlich unter- oder überhalb der Norm liegenden Gewicht assoziiert werden. Dadurch lassen sich etwa Empfehlungen hinsichtlich des Vorgehens bei der Behandlung dieser Zustände aussprechen (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:13).

Jeder Mensch verfügt laut „Set-Point-Theorie“ über ein individuelles optimales Gewicht, das auf den Erbanlagen basiert und durch diverse Umwelteinflüsse variierbar ist. Diese Theorie besagt, dass das Gewicht über größere Zeiträume hinweg konstant bleibt, sofern man sein individuelles Soll-Gewicht wiegt und sich nach den Prinzipien von Hunger und Sättigung ernährt. Dies liegt daran, dass das vorhandene Ausmaß an Fettgewebe vom Gehirn registriert wird, das dann wiederum den Grundumsatz, das Ess- und Bewegungsverhalten steuert (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:17f). Für die Registrierung der in Form von Körperfett gespeicherten Energie ist das Hormon Leptin zuständig. Eine positive Energiebilanz – das heißt, es wird mehr Energie zugeführt als verbraucht wird – führt dazu, dass die Ausscheidung des Leptins angeregt und vermehrt Fett im Körper angelagert wird. Dem Gehirn wird gemeldet, die Energieaufnahme über die Nahrung zu reduzieren und die Energieabgabe über Bewegung anzuregen. Das umgekehrte Prinzip kommt bei einer negativen Energiebilanz zum Einsatz (vgl. Monteleone et al., 2004:523f). Jegliche Form der Gewichtsregulierung, beispielsweise durch eine Diät, führt im Körper zu

Gegenmaßnahmen – so wird unter anderem der Stoffwechsel angepasst – mit dem Ziel, das Ausgangsgewicht wiederherzustellen. Andauernde Bemühungen das Körpergewicht zu manipulieren und zu regulieren erhöhen das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:17ff).

Das Körpergewicht wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren und deren Interaktion bestimmt. Konkret geht es um das Zusammenspiel von biologischen, umwelt- und verhaltensbedingten Einflüssen, die sich auf die Energiebilanz auswirken. Eine positive Energiebilanz entsteht bei einem Überschuss von im Körper zur Verfügung stehender Energie, eine negative bei einem Mangel. Die Energiebilanz hat einen unmittelbaren Einfluss auf das Körpergewicht (vgl. Hill, 2006:750ff). Auch die Erbanlagen haben einen wesentlichen Einfluss auf das individuelle Gewicht. Zwillingsstudien ergaben, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei vorliegendem Übergewicht eines Zwillings auch der andere betroffen war, es aber keine Übereinstimmung hinsichtlich des tatsächlichen Körpergewichts gab. Je höher das Gewicht bei einem Zwilling war, desto größer war in der Regel auch der Unterschied diesbezüglich zu seinem Geschwister. Hieraus lässt sich erkennen, dass es eine erblich bedingte Prädisposition hinsichtlich Unter-, Normal- oder Übergewicht gibt, dass jedoch der Lebensstil und Umweltfaktoren für das tatsächliche Gewicht ausschlaggebend ist (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008: 16f).

Im westlichen Kulturkreis werden Fitness und eine gute Figur regelrecht idealisiert. Ein schlanker Körper geht mit einem hohen Maß an Attraktivität einher, was wiederum das Selbstwertgefühl und die Körperzufriedenheit beeinflusst. Dementsprechend ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper in diesen Gesellschaften weit verbreitet (vgl. Sauter et al., 2006:717).

1.1.3 Die physische, psychische und soziale Komponente der Ernährung

Essen ist und war zu keiner Zeit und in keiner Kultur der Erde lediglich auf die biologische Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme beschränkt. Neben Qualität, Nährhaftigkeit und Verfügbarkeit einzelner Lebensmittel gilt es auch zu bedenken, dass diese kulturspezifische Attribute, Wertmaßstäbe und Denkweisen beinhalten,

ebenso wie Aspekte der Religion und des sozialen Prestiges (vgl. Bruch, 2004:13).

Aufgrund der Lebensnotwendigkeit der Nahrungsaufnahme nehmen Lebensmittel einen hohen Stellenwert ein und sind vor allem in der westlichen, industrialisierten Gesellschaft, dem sozialen Leben und der Werbung sehr präsent. Zur gleichen Zeit existiert in eben dieser Gesellschaft ein Schönheitsideal, dass es vor allem aber nicht ausschließlich Frauen gebietet, möglichst schlank zu sein, da dies mit Schönheit, Gesundheit und beruflichem und privatem Erfolg gleichgesetzt wird. Über die Medien wird ein Schönheitsideal gepriesen, das in keiner Weise mit den physischen Voraussetzungen der meisten Menschen übereinstimmt und für viele überhaupt unerreichbar ist. Dennoch versucht man, dem vorherrschenden Ideal zu entsprechen und seinen Körper entsprechend zu formen. Dies kann jedoch sehr schnell dazu führen, dass das lebensnotwendige Essen zur Belastung wird. Restriktives Essverhalten in Form von Fasten oder einer Diät die der Gewichtskontrolle dienen sind den meisten Menschen nicht unbekannt. Der Übergang von normalem zu gestörtem Essverhalten ist ebenso fließend wie der zur manifesten Essstörung, wobei letztere schließlich mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Gesundheit, des psychischen und des physischen Wohlbefindens einhergeht (vgl. Biedert, 2008:7ff).

Neben den physischen Komponenten der Ernährung gibt es noch die psychischen. Die Nahrungsaufnahme ist unweigerlich an die Gefühlswelt gebunden, was sich beispielsweise die Nahrungsmittelindustrie mit Hilfe der Werbung zu Nutze macht (vgl. Kühne, 1997:18f). Emotionen haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Ernährung und werden als essentielle Auslöser von Essstörungen betrachtet. Erwähnung findet hier besonders jegliche Form emotionalen Stresses, auf den mittels Nahrungsverweigerung oder Heißhungerattacken reagiert wird, wobei hierbei nicht die Art und Zusammensetzung der Nahrung oder Hunger antreibende Kraft sind sondern hauptsächlich das Kauen. Vergleichbare Reaktionen auf Stress wären beispielsweise das Kauen von Kaugummi oder Rauchen von Zigaretten (vgl. Cuntz/Hillert, 2008: 37f). Gewisse Nahrungsmittel und Substanzen üben wiederum Einfluss auf das Gehirn aus. So wirken einige Lebensmittel wie Tee oder Kaffee anregend und steigern die Konzentrationsfähigkeit, wohingegen ein Mangel an bestimmten Nährstoffen negative Auswirkungen auf den Stoffwechsel des Gehirns haben kann (vgl. Kühne, 1997:18ff).

1.2 Gesunder Lebensstil

Innerhalb der Sozialmedizin, die sich mit Gesundheitsbeeinträchtigungen befasst, die ihre Ursache in der Gesellschaft haben, geht es in erster Linie um Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention innerhalb der gesamten Bevölkerung. Gemäß dem Konzept der Soziogenese spielen neben sozialen Ursachen für Krankheiten und Beeinträchtigungen der Gesundheit des Einzelnen auch das individuelle Verhalten und der Lebensstil eine beträchtliche Rolle (vgl. Kunze, 2004:5).

Neben vielen Faktoren, die auf die Lebenserwartung und Lebensqualität Einfluss üben, werden an dieser Stelle in Zusammenhang mit Essstörungen besonders die Ernährung und das Bewegungsverhalten angesprochen. Eine Analyse des eigenen Verhaltens ermöglicht die Aufdeckung etwaiger Missstände, die sich auf Gewicht und Figur und in weiterer Folge auf die Gesundheit auswirken können (vgl. Kunze, 2004:65).

1.2.1 Bestandteile einer ausgewogenen Ernährung

Für die Versorgung des Körpers ist der Begriff des Energiebedarfs zentral. Auch in absoluten Ruhebedingungen wie etwa im Schlaf, verbraucht der Organismus ständig Energie, die zur Versorgung der lebenswichtigen Organe, für Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel benötigt wird. Dieser Energiebedarf, der ohne körperliche Betätigung in nüchternem Zustand, das heißt ohne die zusätzliche Belastung durch Verdauungstätigkeiten, benötigt wird, wird als Grundumsatz bezeichnet. Der Grundumsatz ist nicht für jeden Menschen gleich hoch und hängt unter anderem von der Körpergröße, dem Gewicht und dem Geschlecht ab, wobei Frauen einen geringeren Energiebedarf in Ruhe haben. Auch das Alter und die Hormone spielen eine Rolle. Bei jeglicher körperlicher Betätigung und sei es nur das Lesen eines Buches, steigt der Energiebedarf des Körpers. Je größer die Belastung, desto höher die dafür benötigte Energie. Bei Frauen steigt der Energiebedarf und damit auch der Grundumsatz während der zweiten Hälfte des Monatszyklus und während der Schwangerschaft (vgl. Cook et al., 2003: 366f).

Die Maßeinheit für den Energiegehalt, also den Brennwert der Nahrung, ist Kalorien (kcal) oder Joule (J). Mit Hilfe einer einfachen mathematischen Formel lässt sich der Energiebedarf für den Grundumsatz berechnen: pro Kilogramm Körpergewicht verbraucht der Mensch in Ruhe etwa 25 kcal, wobei dieser Bedarf wie bereits erwähnt bei steigender Belastung zunimmt. Im Durchschnitt verbraucht ein männlicher Erwachsener 2400 kcal pro Tag, eine weibliche Erwachsene 2000 kcal. Da der Grundumsatz mit Körpergröße und Gewicht korreliert, sinkt der Energiebedarf bei extremem Untergewicht, wie es bei Anorexia Nervosa der Fall ist (vgl. Cuntz/Hillert, 2008:14f).

Alle Lebensmittel bestehen in der Regel aus mehreren unterschiedlichen Grundstoffen. Diese lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen: die der drei Hauptnährstoffe und die der Spurennährstoffe. Die erste Gruppe setzt sich aus den Proteinen, Kohlenhydraten und Fetten zusammen. Die zweite Gruppe besteht aus Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen (vgl. Kühne, 1997:94). Eine sorgfältige Kombination der unterschiedlichen Nahrungsmittel im Sinne einer gesunden, ausgewogenen und ganzheitlichen Ernährung ist unablässig und sorgt nicht nur für die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen sondern darüber hinaus auch für das psychische und physische Wohlbefinden. Das österreichische Gesundheitsministerium empfiehlt, dass maximal 30% der Nahrungsenergie aus Fetten, 10 bis 15% aus Proteinen und 50 bis 55% aus Kohlenhydraten stammen sollte (vgl. BMG, 2008).

1.2.1.1 Proteine

Proteine bilden die Basis jeglicher Lebensstrukturen der Flora und Fauna. Sie sind für die Zellerneuerung und den Zellstoffwechsel unbedingt notwendig und dienen dem Muskelaufbau (vgl. Hösl, 1982:129). Im menschlichen Körper übernehmen Proteine eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben. Als Immunglobuline stellen sie einen wichtigen Bestandteil des Immunsystems dar, als Enzyme regulieren sie komplexe Stoffwechselvorgänge, als Filamente leisten sie innerhalb der Muskeln Arbeit und als Hormone und Transmitter koordinieren sie die Zellarbeit. Neben all diesen Einsatzfeldern dienen sie generell nicht als Energielieferanten, sofern im Körper ausreichende Stoffe vorhanden sind, die diese Funktion übernehmen. Im Falle einer Mangelversorgung wie es bei der Unterernährung und bei Anorexia

Nervosa der Fall ist, können aber auch sie verbrannt werden, um die dringend benötigte Energie bereitzustellen, wobei der Brennwert eines Gramms Eiweiß 4,2 kcal beträgt. Dieser Vorgang geht allerdings in jedem Fall mit einem Leistungseinbruch und Substanzverlust einher, die im Extremfall lebensbedrohliche Ausmaße annehmen können (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:14).

Der menschliche Organismus bezieht das benötigte Eiweiß sowohl aus pflanzlichen als auch aus tierischen Quellen, wobei ersteren generell der Vorzug zu geben ist. Zu tierischen Eiweißquellen zählen neben Fleisch und Fisch auch Eier und jegliche Milchprodukte. Pflanzliche Proteine stammen in hohem Maße aus Hülsenfrüchten, können in geringerem, dafür aber hochwertigem Ausmaß auch aus Getreide bezogen werden. Ein Überschuss an konsumiertem Eiweiß führt längerfristig gesehen zu einem höheren Risiko, an Rheuma oder Gicht zu erkranken, da beim Eiweißstoffwechsel als Endprodukt Harnstoffmoleküle entstehen (vgl. Dahlke et al., 2000:167ff).

1.2.1.2 Kohlenhydrate

Kohlenhydrate werden von pflanzlichen Organismen aus Kohlendioxid, Wasserstoff und Sauerstoff gebildet und dienen dem Körper als wichtige Energielieferanten. Zu unterscheiden sind drei verschiedene Arten von Kohlenhydraten: Zucker, Stärke und Ballaststoffe. Jegliche Zuckerarten werden vom Körper in Glukose umgewandelt, die dann wiederum alle Zellen mit Energie versorgt (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:43f). Die Leber regelt mit Hilfe der in der Bauchspeicheldrüse produzierten Hormone Insulin und Glukagon den Blutzuckerspiegel, wobei ersteres eine Absenkung bewirkt und die Speicherung in den Zellen begünstigt und letzteres zu einer Anhebung führt. Ein Gramm Kohlenhydrate verfügt über einen Brennwert von 4,1 kcal (vgl. Cuntz/Hillert, 2008:13). Seit jeher stellten stärkehaltige Lebensmittel wie Getreide und Kartoffeln die Basis der menschlichen Ernährung dar. In der heutigen Zeit stammen allerdings etwa die Hälfte der benötigten Kohlenhydrate aus Zucker und Weißmehl, die ihre Wirkung im Körper wesentlich schneller entfalten. Der Blutzuckerspiegel steigt schnell an – man erlebt einen regelrechten Energie-Schub – fällt allerdings ebenso schnell wieder ab und hinterlässt Müdigkeit, Kopfschmerzen oder gar Depressionen. Komplexere, stärkehaltige Kohlenhydrate verursachen im Gegensatz dazu nicht so starke Schwankungen des Blutzuckerspiegels, da sie

langsamer an das Blut abgegeben werden. In ihrer Wirkung sind sie daher auch wesentlich nachhaltiger. Ein übermäßiger Konsum von Zucker und raffinierten Kohlenhydraten kann jedoch weitaus schwerwiegendere gesundheitliche Folgen haben wie beispielsweise Übergewicht, Herzinfarkt, Diabetes, Schlaganfall und Krebs (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:43f).

Ballaststoffe können vom menschlichen Organismus nicht verarbeitet werden. In Form von unverdaulichem Zellstoff unterstützen sie jedoch maßgeblich die Darmtätigkeit und sind damit ein wichtiger Bestandteil der Ernährung. Mindestens 30 Gramm Ballaststoffe sollte ein erwachsener Mensch täglich in Form von Vollkornprodukten, Obst und Gemüse zu sich nehmen (vgl. Kühne, 1997:110ff).

Der Körper kann Kohlenhydrate in Form von Glykogen in begrenztem Ausmaß in den Muskel- und Leberzellen speichern, um dieses im Bedarfsfall schnell in Energie umzuwandeln. Sobald diese Zellen gesättigt sind, werden überschüssige Kohlenhydrate in der Leber in Fettzellen umgewandelt und in dieser Form langfristig gelagert (vgl. Gregori et al., 1988:31).

1.2.1.3 Fette

Fette werden zum Teil ebenso wie Kohlenhydrate zur Energiebereitstellung genutzt, enthalten im Vergleich allerdings mehr als doppelt soviel Wirksamkeit pro Gramm, nämlich 9,3 kcal. Ein Kilogramm Fettgewebe ist in der Lage, 7000 kcal zu speichern. Um ein Kilogramm Körperfett abnehmen zu können, muss man demzufolge 7000 kcal über die Ernährung oder gesteigerte körperliche Betätigung einsparen. Fette können vom menschlichen Organismus aus den Bestandteilen der Nahrung gebildet werden, daher müssten sie, mit Ausnahme der mehrfach ungesättigten Fettsäuren, die eine vitaminähnliche Funktion erfüllen, nicht zusätzlich aufgenommen werden. Da Fett allerdings ein wesentlicher Geschmacksträger ist, würde eine gänzlich fettfreie Ernährungsweise zu einem beträchtlichen Genussverlust führen, was die Freude am Essen beeinträchtigen würde. Im Falle einer Mangel- oder Unterernährung, in denen zu wenige Kohlenhydrate aufgenommen werden, kann jedoch auch das für Notzeiten gespeicherte Fett nicht vollständig genutzt werden, da für die optimale Verbrennung wiederum Kohlenhydrate notwendig sind (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:13).

Innerhalb des menschlichen Körpers erfüllen Fette neben der Funktion als Energiespeicher aber auch noch eine Vielzahl anderer wichtiger Aufgaben. Direkt unter der Haut gelagertes Fettgewebe hat eine isolierende, wärmende Funktion, aber auch bei der Verbrennung und Verarbeitung von Fett wird Energie in Form von Wärme frei. Weiters schützt es die inneren Organe und den Körper allgemein vor physischer Krafteinwirkung und vor Erschütterungen. Auch für die optimale Verwertung von fettlöslichen Stoffen wie etwa lipophilen Vitaminen ist es nötig, wirkt aber auch bei sämtlichen Zellstoffwechselprozessen mit (vgl. Kühne, 1997:104f).

Man unterscheidet zwischen gesättigten und ungesättigten Fettsäuren, wobei die chemische Zusammensetzung für den Gegensatz verantwortlich ist. Erstere sind hauptsächlich in tierischen Produkten enthalten, wohingegen letztere eher in pflanzlichen Ölen, in Samen und Nüssen zu finden sind. Der übermäßige Verzehr von gesättigten Fetten führt in der Regel zu Verengungen der Blutgefäße und erhöht somit das Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko drastisch. Gehärtete Fette werden künstlich hergestellt, um die Haltbarkeit zu erhöhen und sind in Margarine und industriell hergestellten Backwaren zu finden. Die darin enthaltenen Transfettsäuren stellen ein hohes gesundheitliches Risiko dar und sollten daher vermieden werden. Im Gegensatz dazu haben Omega-3-Fettsäuren eine entzündungshemmende, blutdrucksenkende Wirkung und schützen Herz und Blutgefäße (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:46ff).

Cholesterin wird in ausreichendem Maße in der Leber hergestellt, muss daher nicht zusätzlich durch die Nahrung aufgenommen werden und ist ein wichtiger Bestandteil jeder Körperzelle. In Lebensmitteln tierischen Ursprungs ist im Gegensatz zu pflanzlichen Nahrungsmitteln viel Cholesterin enthalten. Es erfüllt unter anderem Aufgaben bei der Erzeugung der körpereigenen Geschlechtshormone und dem Aufbau der Zellstruktur. Eine cholesterinreiche Ernährung kann bei manchen Menschen zu einer Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blut führen, was wiederum ein erhöhtes Risiko für Gefäßschäden, Herzinfarkt und Schlaganfall darstellt (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:50f).

1.2.1.4 Vitamine

Vitamine sind lebensnotwendige Stoffe, die nicht vom Organismus selbst hergestellt

werden können und daher mit der Nahrung aufgenommen werden müssen. Neben der Verhinderung der Entstehung bestimmter Krankheitsbilder erfüllen Vitamine innerhalb des Körpers auch noch andere Funktionen wie etwa die Unterstützung des Knochenaufbaus oder die Erhaltung der Sehkraft. Zu finden sind diese Stoffe sowohl in pflanzlichen Nahrungsmitteln wie Obst und Gemüse als auch in tierischen. Eine ausgewogene Ernährungsweise wirkt der Entstehung eines Vitaminmangels entgegen und macht die zusätzliche Einnahme von künstlich hergestellten Vitaminpräparaten überflüssig. Die Vielzahl essentieller Vitamine wird in fettlösliche – Vitamin A, D, E und K – und wasserlösliche – Vitamingruppe B und C – geteilt (vgl. Kühne, 1997: 144ff).

1.2.1.5 Mineralstoffe und Spurenelemente

Mineralstoffe und Spurenelemente erfüllen eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben innerhalb des Körpers. Mineralien, die dem Körper über die Ernährung zugeführt werden, stammen aus pflanzlichen oder tierischen Organismen, in denen sie bereits in gelöster Form vorliegen. Unzureichend gelöste Mineralstoffe werden in ihrer ursprünglich kristallinen Erscheinungsform als unerfreuliche Rückstände, „Steine“, abgelagert. Für den Aufbau der Knochen sind beispielsweise Calcium und Phosphor essentiell, Eisen spielt eine wichtige Rolle beim Blutgasaustausch und Natrium, Kalium, Magnesium, und Calcium sind bedeutende Bestandteile der Muskeltätigkeit. Wie auch bei der Versorgung mit Vitaminen sorgt eine ausgewogene Ernährungsweise für ein optimales Verhältnis von Mineralstoffen und Spurenelementen innerhalb des Körpers (vgl. Kühne, 1997:123ff). Ein weiteres essentielles Spurenelement ist Selen. Der genaue Bedarf ist nicht exakt bestimmbar, um aber etwaigen Mangelerscheinungen vorzubeugen gilt die Aufnahme von 20 bis 100µg pro Tag als angemessen. Nachgewiesenermaßen kann ein Selenmangel zu einem erhöhten Auftreten von ischämischen Herzerkrankungen führen. Zink spielt eine bedeutsame Rolle im Immunsystem und erfüllt darüber hinaus spezielle antioxidative Funktionen. Erwachsene sollten täglich etwa 7 bis 10mg Zink aufnehmen, während der Stillzeit erhöht sich der Bedarf der Mutter um weitere 4mg. Die empfohlenen Werte werden allerdings in der Regel nicht erreicht. Ein Zinkmangel kann sich unterschiedlich auf den Organismus auswirken und ist abhängig von Alter, Geschlecht und der Dauer des vorliegenden Mangels. Typische

Mangelerscheinungen sind etwa Wachstumsstörungen im Kindesalter, Veränderungen des Hautbildes, Haarausfall, Beeinträchtigungen der Sinnesempfindungen, gestörte Wundheilung, erhöhte Infektanfälligkeit, sowie psychische Störungen. Kupfer kommt in einer Vielzahl von Lebensmitteln vor. So wird der Bedarf eines Erwachsenen von 1 bis 1,5mg Kupfer pro Tag in der Regel nicht nur erreicht sondern zumeist übertroffen. Ein Kupfermangel hat jedoch gravierende Auswirkungen auf das Blutbild. Störungen des Zentralen Nervensystems und Veränderungen des Hautbildes können auftreten. Bei Kindern kann es neben Wachstumsstörungen zu Veränderungen des Knochenbaus kommen. Ein Zusammenhang zwischen andauerndem Kupfermangel und dem auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird derzeit diskutiert, konnte allerdings noch nicht nachgewiesen werden (vgl. Biesalski/ Grimm, 2007:240ff).

1.2.1.6 Flüssigkeiten

Der menschliche Körper besteht zu 60% aus Wasser. Ein Flüssigkeitsverlust von lediglich 2% kann sich bereits erheblich auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit auswirken. Anhaltender Flüssigkeitsmangel führt zu Kopfschmerzen, Durchblutungsstörungen, Muskelkrämpfen, Übelkeit und Erbrechen bis hin zum Tod aufgrund von Nierenversagen oder Kreislaufzusammenbruch. Der individuelle Flüssigkeitsbedarf hängt unter anderem vom Durstempfinden, dem Klima, der Körpertemperatur, den durch Stoffwechselvorgänge bedingten Flüssigkeitsverlust und den Trinkgewohnheiten ab. Etwa ein Drittel dieses Bedarfs wird über die Ernährung gedeckt, der Rest muss allerdings zusätzlich zugeführt werden. Für Erwachsene zwischen dem 18. und dem 64. Lebensjahr gilt eine Menge von mindestens 1,2 bis 1,5 Litern Flüssigkeit pro Tag als Richtwert (vgl. Elmadfa et al., 2009:146ff). Der tatsächliche tägliche Flüssigkeitsbedarf des Menschen ist von der Umgebung – z.B. dem Klima – und dem Stoffwechsel, sowie dem Alter und dem Grundumsatz abhängig. Auch das Ausmaß der körperlichen Aktivität spielt eine wichtige Rolle. Kinder haben im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht einen wesentlich höheren Energieumsatz und benötigen daher auch mehr Flüssigkeit (vgl. Biesalski/ Grimm, 2007:16). Im Kindes- und Jugendalter ist demnach neben einer ausgewogenen Ernährung besonderes Augenmerk auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu legen (vgl. Biesalski/ Grimm, 2007:320).

Frauen bevorzugen im Gegensatz zu Männern eher kalorienarme, alkoholfreie und kohlenensäurearme Getränke. Durchschnittlich werden 338 kcal über die Flüssigkeitszufuhr aufgenommen, schließt man allerdings Kaffee, Milch und Alkohol aus, liegt die Energieaufnahme nur noch bei 177 kcal. Die individuell über die Flüssigkeit aufgenommene Energiemenge hängt jedoch stark von Geschlecht, Alter, genereller Ernährungsweise und dem Body-Mass-Index ab. Besonders sportlich aktive Menschen und solche, die viel Wert auf eine gesunde Ernährung legen bevorzugen Trinkwasser. Wasser regt den Stoffwechsel an, stärkt das Immunsystem, unterstützt den Kreislauf, enthält keine Kalorien und ist in Österreich kostengünstig und in einwandfreier Qualität für jeden Menschen erhältlich (vgl. Elmadfa et al., 2009:146ff).

1.2.2 Bewegungsverhalten

Der Energieumsatz des Menschen und das Ausmaß der durch Nahrung zugeführten Energie beeinflussen das Körpergewicht. Entscheidend hierbei ist die Energiebilanz, also das Gleichgewicht zwischen zugeführter und verbrauchter Energie. Wenn mehr Energie in Form von Nahrungsmitteln zu sich genommen wird als verbraucht werden kann, steigt das Körpergewicht unweigerlich an. Für eine positive Energiebilanz ist neben der richtigen und ausgewogenen Ernährung auch regelmäßige Bewegung wichtig. Der Energieverbrauch ist umso höher, je mehr man sich bewegt. Während der Bewegung ist der Energieverbrauch abhängig vom Grundumsatz, der ausgeübten Sportart, der Intensität sowie der Dauer der Belastung und von Körpergewicht und -größe. Je größer die Masse des Körpers ist, desto höher ist auch der Energieverbrauch pro Minute während der Belastung (vgl. Cook et al., 2003:367f).

Sportliche Bewegung lässt sich von Alltagsbewegung anhand einiger Faktoren unterscheiden. Zunächst muss ein spezifisches Ziel vorhanden sein, dass durch Bewegung erreicht und umgesetzt werden kann. Die Erreichung dieses Bewegungsziels ist an Regeln gebunden, die vom Sportler eingehalten werden müssen und je nach Sportart variieren. Die Umsetzung eines bestimmten Bewegungsziels kann an räumlichen und zeitlichen Veränderungen sichtbar gemacht werden (so muss beispielsweise der Tennisball über das Netz oder der Springer über

die Latte). Jegliche Art von Sport findet innerhalb ihrer spezifischen Umgebungsbedingungen statt. Grundsätzlich wird das, was als Sport bezeichnet werden kann, durch die miteinander übereinstimmenden Vorstellungen und Überzeugungen der Akteure und Beobachter definiert (vgl. Prohl/ Scheid [Hrsg.], 2007:13f).

Das Ausmaß der körperlichen Aktivität kann mittels Physical Activity Level (PAL) gemessen werden. Der PAL-Wert ergibt sich aus dem Quotienten von Gesamtenergieumsatz und Grundumsatz und ist unabhängig von Größe und Gewicht. Der Gesamtenergieumsatz ergibt sich hierbei aus dem Grundumsatz, der nahrungsinduzierten Thermogenese und dem Leistungsumsatz, also der körperlichen Aktivität. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität beeinflusst neben dem psychischen Wohlbefinden auch das Risiko für Übergewicht, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs. Basierend auf Studienergebnissen empfiehlt die WHO daher einen PAL-Wert von mindestens 1,7 (vgl. Elmadfa et al., 2009:363).

Im Rahmen des Österreichischen Ernährungsberichts 2008 wurde das Bewegungsverhalten der österreichischen Bevölkerung anhand einer repräsentativen Stichprobe analysiert. Der durchschnittliche Gesamtenergieumsatz lag bei Männern bei einem Wert von 3050 kcal und bei Frauen bei 2150 kcal. Das erwünschte Minimum des PAL-Wertes wurde von 53% der Männer und nur von 23% der Frauen erreicht. Neben dem Geschlecht konnten noch andere Faktoren identifiziert werden, die das Ausmaß der körperlichen Aktivität beeinflussen. Hierzu gehören unter anderem Alter, Beruf, Bildungsstand und Rauchverhalten. Generell ist zu beobachten, dass der Aktivitätslevel mit zunehmendem Alter ansteigt. Den niedrigsten PAL-Wert erreichten junge Frauen zwischen 18 und 30 Jahren. Die Empfehlung geht daher in die Richtung, die Bedeutung des Schulsports hervorzuheben und so früh wie möglich über die Notwendigkeit des lebenslangen Ausübens von Sport zu informieren (vgl. Elmadfa et al., 2009: 365ff).

Um die Gesundheit zu fördern und zu erhalten empfiehlt es sich, vermehrt körperliche Aktivität und Sport in den Alltag zu integrieren. Aus dem von der WHO empfohlenen PAL-Wert von 1,7 lassen sich Richtlinien für die Dauer und die Intensität der Bewegung ableiten. Mindestens fünfmal die Woche sollte man für mindestens 30 Minuten moderat körperlich aktiv sein. Hierunter versteht man

Bewegung, die dazu führt, dass sich Atem- und Pulsfrequenz gegenüber dem Normalzustand leicht erhöhen. Alternativ dazu können an mindestens drei Tagen die Woche für mindestens 20 Minuten anstrengende körperliche Aktivitäten ausgeübt werden, die Puls- und Atemfrequenz deutlich erhöhen. Eine Kombination aus den beiden Belastungsstufen ist natürlich möglich. In jeden Fall sollte zusätzlich an mindestens zwei nicht aufeinanderfolgenden Tagen Krafttraining absolviert werden, wobei möglichst alle Muskelgruppen belastet werden sollten (vgl. Elmadfa et al., 2009:367ff).

Ähnlich wie die übermäßige Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme kann jedoch auch eine zu ausgeprägte körperliche Aktivität problematisch werden und die Lebensqualität beeinträchtigen. Durch Sport und ein gesteigertes Bewegungsverhalten wird versucht, das Gewicht zu regulieren. Problematisch wird ein solches Verhalten dann, wenn es zu unangemessenen Zeiten und in übermäßigem Umfang ausgeführt wird und das soziale und berufliche Leben negativ beeinträchtigt (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:49).

1.3 Merkmale der Essstörung

Zeitlebens wird die Nahrungsaufnahme mit interpersonellen und emotionalen Erfahrungen verbunden. Somit ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass manche Menschen ihre als unlösbar empfundenen Probleme über das Essen zu verarbeiten versuchen (vgl. Bruch, 2004:13). Wenngleich die Ätiologie der Essstörung noch nicht einwandfrei geklärt werden konnte und eine Vielzahl von Faktoren als Auslöser der Krankheit gesehen werden können, scheint es doch so, dass sich bei den Betroffenen seelische Probleme körperlich manifestieren und als gestörtes Essverhalten sichtbar werden. Hinzu kommt ein starker Suchtcharakter der Krankheit, was sich typischerweise in einem chronischen Krankheitsverlauf bemerkbar macht (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:21). Die Krankheit tritt beinahe ausschließlich in westlichen, industriellen Gesellschaften auf, oder in solchen, die Teile dieser Kultur und deren Wertvorstellungen übernommen haben (vgl. Mitchell-Gielegheem et al., 2002:183). Verhaltensstörungen, die an eine bestimmte Kultur gebunden sind, sind nicht unbekannt. Dies mag vor allem daran liegen, dass jede

Gesellschaft für sich entscheidet, welches Verhalten als normal und welches als gestört zu betrachten ist. Demnach haben solche Syndrome auch nur in ihrem besonderen sozialen Kontext Bedeutung (vgl. Vandereycken et al., 1990:11ff). Neben der Beeinträchtigung der Lebensqualität wirkt sich die Krankheit auch massiv auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen aus (vgl. Karwautz, 2006:132).

Bei der Diagnose einer Essstörung ist es zunächst essentiell, vorab eine mögliche physische oder psychiatrische Erkrankung auszuschließen, die für das gestörte Verhalten verantwortlich sein könnte (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:408). Die Diagnose und Einteilung der unterschiedlichen Manifestationsformen der Essstörung, Anorexia und Bulimia Nervosa und die Restkategorie der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen, erfolgt in der Regel mittels zwei bekannter Klassifikationssysteme, die im Wesentlichen miteinander übereinstimmen beziehungsweise aufeinander Bezug nehmen:

- ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zehnte Fassung), entwickelt von der WHO;
- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Fassung) entwickelt von der American Psychiatric Association;

Beide Systeme gehen von mehreren Aspekten und Merkmalen aus, durch die eine Essstörung erkennbar wird und die in unterschiedlich starker Ausprägung und Kombination untereinander auftreten können (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:47f).

Essstörungen zeichnen sich durch eine spezifische Kernpsychopathologie aus, nämlich die Überbewertung und Sorge um Gewicht und Figur. Der Selbstwert wird bei Betroffenen größtenteils über diese beiden Faktoren definiert, woraus ersichtlich wird, warum in der Regel nur sehr wenig Motivation für einen Therapiebeginn besteht (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:407). Körperschemastörungen treten sehr häufig auf, wobei die Betroffenen sich selbst bei extremem Untergewicht noch als zu dick erleben (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:49).

Das Körpergewicht stellt einen wesentlichen Aspekt der Essstörung dar, da sich das Denken und Handeln der Betroffenen hauptsächlich darum und um die Nahrungsaufnahme, beziehungsweise Möglichkeiten zur Vermeidung dieser,

dreht. Die tatsächliche Ausprägung des Gewichts lässt allerdings in der Regel keinen eindeutigen Rückschluss auf eine mögliche Essstörung zu. Zur Klassifikation des Körpergewichts dient der Body-Mass-Index, der allerdings, abgesehen von der Anorexia Nervosa, nicht zur Diagnose einer Essstörung herangezogen werden kann (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:13).

Neben einem auffälligen Körpergewicht gibt es auch bestimmte Verhaltensmuster, die für Essstörungen charakteristisch sind. Hierzu zählt ein restriktives Essverhalten, bei dem einerseits bewusst weniger Nahrung aufgenommen wird, als es dem biologischen Bedarf oder dem subjektiven Hungergefühl entspricht. Andererseits werden bestimmte Nahrungsmittelgruppen wie beispielsweise Fett oder Kohlenhydrate reduziert oder es wird gar gänzlich darauf verzichtet. Als Folge dieses Essverhaltens können vermehrt Heißhungerattacken auftreten, die mit einem Gefühl des absoluten Kontrollverlusts über die Menge der zugeführten Nahrung einhergehen. Neben dem Versuch des Körpers, ein bestehendes Defizit an Nährstoffen auszugleichen, können auch emotional belastende Situationen Auslöser einer Heißhungerattacke sein. Verhaltensweisen, die mittels restriktiver Ernährung oder übermäßiger Bewegung das Gewicht zu beeinflussen versuchen, werden als „Nicht-Purging“-Verhalten bezeichnet. Wenn Methoden wie selbstinduziertes Erbrechen, der Gebrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern angewandt werden, spricht man von „Purging“-Verhalten (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:48f).

1.4 Historische Entwicklung von Essstörungen

Verhaltensauffälligkeiten in Bezug auf das Essverhalten sind keine neue Erscheinung. Berichte über übermäßiges Hungern oder Überessen tauchen über die Jahrhunderte hinweg immer wieder auf (vgl. Biedert, 2008:8). Besonders das exzessive Fasten wurde aus den unterschiedlichsten Motivationsgründen – aus Religiosität, Protest oder zur Volksbelustigung – immer wieder praktiziert. Als Krankheit wurde derartiges Verhalten allerdings erst ab dem 19. Jahrhundert aufgefasst. Zu dieser Zeit wurden die bisherigen Motivationsgründe von der Sorge um das Gewicht und die Figur abgelöst (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:44).

Im 19. Jahrhundert entwickelten sich die Grundlagen der heutigen, modernen Medizin mit der Psychiatrie als eigenständige Disziplin. Der Mensch wurde als eine untrennbare Einheit von Körper und Geist verstanden. Empirie und Rationalismus wurden hochgehalten und der Glaube an Wunder und das göttliche Wirken verschwand. Auf Basis detaillierter Beobachtungen und Expertendiskussionen entstand eine Vielzahl neuer Krankheiten, deren Symptomkomplexe exakt definiert wurden. Heute sind mehrere unterschiedliche Erscheinungsformen von Essstörungen bekannt, die verschiedene Symptome aufweisen und nach vorab festgelegten Diagnosekriterien in Gruppen eingeteilt werden. Historisch gesehen ist die Anorexia Nervosa die älteste bekannte Essstörungsmanifestation. Die Anerkennung für die Entdeckung des Krankheitsbildes der Anorexie mussten sich der Franzose Ernest-Charles Lasègue und der Brite William Withey Gull teilen, die praktisch zeitgleich ihre Erkenntnisse über das Syndrom veröffentlichten. Während ersterer in seinem wissenschaftlichen Beitrag 1873 die Bezeichnung Anorexia hysterica als Form der Hysterie prägt, die den Appetit beeinflusst, hebt Gull schließlich 1874 den Begriff Anorexia Nervosa aus der Taufe (vgl. Vandereycken et al., 1990:159ff). Streng genommen kann man hierbei allerdings nicht von der Entdeckung eines neuen Krankheitsbildes sprechen, da Fälle selbstinduzierter Aushungerung offensichtlich bereits über die Jahrhunderte hinweg immer wieder Thema waren. Unter dem Begriff Anorexia Nervosa wurde nun allerdings zum ersten Mal eine Reihe von Aspekten definiert, die die Diagnose einer Essstörung ermöglichen (vgl. Diezemann, 2006:48).

Neben diesen Krankheitszeichen waren auch bereits im 19. Jahrhundert Begleiterscheinungen bekannt, bei denen Betroffene in kurzen Zeiträumen große Mengen an Nahrung zu sich nahmen und anschließend Maßnahmen setzten, die der Gewichtszunahme entgegenwirken sollten. 1979 wurde anhand von klinischen Beobachtungen die Bulimia Nervosa als bedrohliche Variante der Anorexie bezeichnet. Ursachen für den deutlichen Anstieg an von der Bulimie Betroffenen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts werden in den soziokulturellen Veränderungen hinsichtlich des Schönheitsideals vermutet, die zu dieser Zeit stattfanden (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:44). Auf Drängen der Öffentlichkeit besonders von feministischer Seite wurde die Bulimia Nervosa schließlich ein

eigenständiges Diagnosekriterium und als solches in das ICD-10 aufgenommen (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:73f).

Eine weitere Variation der Essstörungen stellt die Binge Eating Störung dar, die erstmals 1959 beschrieben wurde, allerdings erst im Laufe der letzten Jahre zunehmend an Beachtung gewann und in den bedeutenden Klassifikationssystemen noch unter den Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen geführt wird (vgl. Biedert, 2008:57).

Wenngleich Selbstaushungerung und Nahrungsverweigerung nun eine lange Geschichte haben, sind die Wurzeln der Essstörungen als psychosomatisches Syndrom im späten 18. Jahrhundert und der Dualität von Körper und Seele zu finden. In dieser Zeit fanden mehrere revolutionäre Umwälzungen statt, die sich auf die gesamte Gesellschaft auswirkten. In sozial-politischer Hinsicht gewann das Bürgertum deutlich an Macht und Bedeutung und entwickelte das Ideal der bürgerlichen Familie, die aus Ehemann, Ehefrau und den Kindern bestand. Innerhalb dieser Kernfamilie herrschten strenge Rollenverteilungen. Individualismus und Emotionalität gewannen stark an Bedeutung und mit der zunehmenden Verlängerung der geschützten Kindheit entstand die problematische Pubertät. Um sich den niedrigeren gesellschaftlichen Schichten gegenüber abzugrenzen, betonten die bürgerlichen Familien ihre moralische Überlegenheit, die die Fortpflanzungsfunktion der Familie zweitrangig erscheinen ließ. Generell wurden Sexualität und alle dazu gehörigen Themen tabuisiert. Dies hatte eine Unterdrückung der Frauen und Kinder zur Folge, deren Leben sich nahezu ausschließlich innerhalb der Familie abspielten. Mit der engen körperlichen und emotionalen Nähe gingen versteckte Abneigungen der Frau dem Mann und der Kinder den Eltern gegenüber einher. Essen spielte in der Erziehung als Belohnung, besonders aber auch als Bestrafung eine große Rolle. Mit Beginn der Emanzipationsbewegung der Frauen sahen sich besonders junge Frauen mit widersprüchlichen Rollenbildern konfrontiert: dem der braven Ehefrau und Mutter und dem der selbstbewussten, unabhängigen Frau (vgl. Vandereycken et al., 1990:199ff).

1.5 Historische Entwicklung des Schönheitsideals

Ideale Schönheit ist ein Begriff, der dem ständigen Wandel unterworfen ist. Was in einem bestimmten Kulturkreis zu einer bestimmten Zeit als schön betrachtet wird, kann unter anderen Bedingungen vollkommen anders bewertet werden (vgl. Cuntz/Hillert, 2008:43). So wird beispielsweise im Orient unter Schönheit nicht das äußere Erscheinungsbild einer Frau verstanden, sondern ihre inneren Werte und ihr Verstand (vgl. Müllner, 1999:57). Das jeweils vorherrschende Schönheitsideal lässt sich nicht ausschließlich durch die Brille der Ästhetik betrachten, sondern muss immer in ihrem soziokulturellen und politischen Hintergrund gesehen werden. Schönheit wird durch die Machthabenden definiert, Schwächere haben sich dem Ideal unterzuordnen. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass das sich wandelnde Schönheitsideal zum Ausdruck der weiblichen Emanzipationsversuche in einer von Männern dominierten Gesellschaft wurde (vgl. Vandereycken et al., 1990:227).

Ernährung und Körperumfang stehen in direktem Zusammenhang. In Zeiten der unberechenbaren Nahrungsversorgung im Mittelalter wurde Wohlstand durch ein ausreichendes oder übermäßiges Vorhandensein von Nahrungsmitteln gekennzeichnet. Mit zunehmender sozialer Sicherheit wurde die Quantität der Nahrung durch deren Qualität abgelöst. So waren im 19. Jahrhundert schließlich erstmals alle Bemühungen dahingehend gerichtet, Übergewicht und Fettleibigkeit zu verhindern. Generell lässt sich ab diesem Zeitpunkt ein verstärktes Interesse am Körperumfang sowohl des Mannes als auch der Frau erkennen. Damit war die moderne Diät-Kultur geboren (vgl. Vandereycken et al., 1990:223ff).

Bei der Betrachtung der Bedeutung von Schönheit fällt die direkte Verbindung mit den historisch und gesellschaftlich definierten Rollenbildern von Mann und Frau auf. Die Schönheit der Frau versteht sich als Ergänzung zu der männlichen Stärke. Attraktivität und eine gute Figur bestimmen den gesellschaftlichen „Wert“ der Frau und beeinflussen unmittelbar das Selbstwertgefühl. Das hat zur Folge, dass für viele Frauen die Beschäftigung mit dem Äußeren zum zentralen Lebensinhalt wird. Dies geschieht in besonderem Ausmaß während der Pubertät. Oft haben Mädchen und junge Frauen Probleme bei der Bewertung des eigenen Körpers (vgl. Nuber, 1992:96ff).

Vom 15. bis zum 19. Jahrhundert wurden üppige, runde Frauenkörper bevorzugt, die der Vorstellung der weiblichen Fruchtbarkeit entsprachen (vgl. Vandereycken et

al., 1990:227f). Ausreichende Körperfülle war notwendig, um sich vom Mann abgrenzen und als Frau definieren zu können (vgl. Didou-Manent et al., 1998, 130ff). Mit dem Ende des 19. Jahrhunderts begannen Frauen schließlich, sich bewusst von dem von den Männern bevorzugten Schönheitsideal zu distanzieren. Schlankheit und die ausdrückliche Ablehnung der mit Fruchtbarkeit und Mütterlichkeit assoziierten Attribute und der traditionellen Frauenrolle wurden abgelehnt und wurden zum Ausdruck der sexuellen Befreiung. Erstmals propagierten auch Zeitungen und andere Printmedien bewusst das neue Schönheitsideal und Personen des öffentlichen Lebens – wie etwa Österreichs Kaiserin Elisabeth, die bei einer Körpergröße von 1,72 Meter nur 50 Kilogramm wog – wurden mit ihrer zur Schau gestellten Schlankheit Vorbild für viele Frauen. Ein Nichtentsprechen des neuen Ideals hatte zur Folge, dass man gesellschaftlich abgelehnt und stigmatisiert wurde (vgl. Vandereycken et al., 1990:228f).

Auch heute ist es so, dass es ein spezielles körperliches Merkmal gibt, über das sich Schönheit definieren lässt, nämlich das Körpergewicht. Je mehr man dem optimalen Gewicht entspricht, desto eher wird man von der Gesellschaft anerkannt und akzeptiert (vgl. Nuber, 1992:29f). Gleichzeitig werden Übergewicht und Fettleibigkeit als Krankheit angesehen, als hässlich und bemitleidenswert. Ein schlanker Körper kann hingegen auch mehr Leistung erbringen (vgl. Gesellmann, 2006:49ff).

Der Glaube, dass nur ein attraktives Äußeres zu Erfolg in Berufs- und Privatleben führen kann, wird durch die Medien verstärkt. Junge und vor allem schlanke Frauen begegnen uns in Film und Fernsehen, in den unterschiedlichsten Magazinen und Zeitschriften und allen voran in der Werbung (vgl. Gesellmann, 2006:83ff). Neben der körperlichen Inaktivität, die durch stundenlanges Fernsehen gefördert wird, wird man durch die Werbung konsequent mit schlanken, dem Schönheitsideal entsprechenden Menschen konfrontiert, die scheinbar unbeschwert alles essen und trinken können, ohne etwaige negative Auswirkungen fürchten zu müssen. Daraus entsteht das Risiko, dass vor allem Kinder und Jugendliche eine falsche Beziehung zwischen Körpergewicht und der konsumierten Nahrung herstellen, was sich wiederum negativ auf ihr Ernährungsverhalten und den Selbstwert auswirken kann (vgl. Diehl, 1993:70f). Bereits 15 bis 20% der neunjährigen Mädchen in den USA und Großbritannien haben demnach bereits eine Diät hinter sich, mit dem Ziel, dem

vorherrschenden Schönheitsideal zu entsprechen (vgl. Biedert, 2008:40).

Auch bei Models ist im vergangenen Jahrhundert ein fortschreitender Trend hin zu einer immer schlankeren Figur zu erkennen, während gleichzeitig das Durchschnittsgewicht in der Bevölkerung konstant ansteigt (vgl. Veigl, 2000:38). Momentan liegt das durchschnittliche Modelgewicht weit unter dem empfohlenen Normalgewicht, was zur Folge hat, dass sich die Kluft zwischen Ideal und Realität immer weiter vergrößert. Je enger Schönheit definiert wird, desto weniger Menschen werden dem vorherrschenden Ideal entsprechen können (vgl. Gesellmann, 2006:88ff).

Der ständige Vergleich mit diesen in den Medien dargestellten Idealbildern, denen die wenigsten entsprechen können, beeinflusst neben dem Selbstwertgefühl auch die subjektive Einschätzung des eigenen Körpers. Die ständige Beschäftigung mit dem Aussehen und der Ernährung begünstigen in hohem Maße die Entstehung einer Essstörung, besonders bei jungen Menschen (vgl. Gesellmann, 2006:84f).

2 ESSSTÖRUNGSMANIFESTATIONEN

Dieser Teil der vorliegenden Diplomarbeit befasst sich mit den einzelnen Erscheinungsformen der Essstörung. Da die Binge Eating Störung noch keine eigenständige Diagnosekategorie laut ICD-10 und DSM-IV ist, wird sie unter den Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen angeführt.

2.1 Erscheinungsbild und Diagnosekriterien

Wenngleich für jede der im Folgenden angesprochenen Formen der Essstörung eigene Diagnosekriterien innerhalb des ICD-10 und des DSM-IV bestehen, ist eine Abgrenzung der Erscheinungsformen untereinander sehr schwierig, da viele Überschneidungen bestehen. Allen gemein ist die inadäquate Sorge um die Figur und eine Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers, sowie eine regelrechte Gewichtsphobie (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:31ff).

2.1.1 Anorexia Nervosa

„(...) die Anorexia nervosa, die unbarmherzige Jagd nach Schlanksein durch Selbstaushungerung sogar bis zum Tod (...)“ (Bruch, 2004:15).

Der Begriff Anorexia Nervosa wird synonym mit dem der Magersucht verwendet und wurde in den 1870er Jahren von dem Londoner Internisten William Withey Gull geprägt, auf den die auch heute noch zu großen Teilen gebräuchliche Beschreibung der Krankheitssymptome zurückgeht. Während Anorexia übersetzt soviel wie Appetitlosigkeit bedeutet, verdeutlicht der Zusatz Nervosa, dass die Ursache der Erkrankung bereits zu Gulls Zeiten in der Psyche lokalisiert wurde (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:57). Nachdem die Appetitlosigkeit auf den Großteil der Betroffenen allerdings nicht zutrifft, sondern sie sich vielmehr zum Nahrungsverzicht zwingen, wird der Begriff der Anorexie immer wieder in Frage gestellt (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:44).

Menschen, die an dieser Krankheit leiden, sind regelrecht von ihrem Streben nach einem schlanken Körper besessen. Die Angst vor einer potentiellen

Gewichtszunahme nimmt krankhafte Ausmaße an und schlägt sich nicht nur auf das Essverhalten an sich sondern auf alle Bereiche des täglichen Lebens nieder. In manchen Fällen gilt allerdings nicht allein der Schlankheitswunsch als Motivator. Auch übermäßiges Konkurrenzdenken und Selbstbestrafung tragen zur Entstehung der Anorexie bei (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:407).

Auch zeichnen sich Betroffene durch eine ständige Beschäftigung mit Lebensmitteln und Ernährung aus, die Auswahl und Menge der konsumierten Nahrungsmittel ist stark beschränkt, wobei vor allem auf zucker- und fetthaltige Speisen verzichtet wird. Auch wird es großteils vermieden, Mahlzeiten in der Gesellschaft anderer Menschen zu sich zu nehmen (vgl. Biedert, 2008:11). Nach und nach reduzieren sich soziale Kontakte auf ein Minimum und konzentrieren sich schließlich auf eine bestimmte Bezugsperson (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:54f). Begleitsymptome wie Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen und Libidoverlust können auftreten und nehmen an Intensität zu, je mehr sich das Gewicht reduziert. In der Regel verbessern sich diese Begleiterscheinungen bei Gewichtszunahme (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:407).

Folge des erstrebten Untergewichts ist ein Zustand der Mangelernährung, der gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Kennzeichnend für diese Erkrankung ist die mangelnde Einsicht der Erkrankten über die Natur ihres Zustandes, was einer rechtzeitigen Behandlung oftmals im Wege steht (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:13f). In manchen Fällen können die Betroffenen allerdings zwischen einem Teil ihrer Persönlichkeit, der die Kontrolle über das Essverhalten beibehalten möchte, und einem Teil, der gerne gesund und „normal“ leben möchte, unterscheiden. Dieser Umstand kann im Rahmen der Essstörungstherapie genutzt werden (vgl. Honig/ Sharman, 2000:280ff). Bei anhaltender Mangelernährung kann es zu einer Vielzahl assoziierter körperlicher Erscheinungen kommen. Alle erhältlichen Energiereserven werden auf die für das Überleben essentielle Körpervorgänge reduziert, weniger wichtige Abläufe werden eingeschränkt oder gänzlich eingestellt (vgl. Biedert, 2008:11ff). Neben komorbiden physischen Erkrankungen treten im Zuge der Anorexia Nervosa auch vermehrt psychische Erkrankungen auf (vgl. Biedert, 2008:15).

Tabelle 1: Diagnosekriterien der Bulimia Nervosa laut ICD-10 und DSM-IV (modifiziert)

übernommen aus Wunderer/ Schnebel, 2008:23f).

Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa	
ICD-10 (F 50.0)	DSM-IV (307.10)
Untergewicht	
1.: Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht (oder BMI $\leq$ 17,5). Bei Patienten in der Vorpubertät kann eine altersgemäße Gewichtszunahme ausbleiben.	A: Weigerung, ein Körpergewicht aufrechtzuerhalten, das für das Alter und die Größe der Betroffenen der untersten Grenze des Normalbereichs entspricht oder darüber liegt (z.B. Gewichtsverlust, der zu einem Gewicht führt, das weniger als 85% des erwarteten Gewichts beträgt).
2.: Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch a, Vermeidung hochkalorischer Speisen b, selbstinduziertes Erbrechen c, selbstinduziertes Abführen, d, übermäßige körperliche Aktivitäten e, den Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika oder	
Störung des Körperbildes	
3.:Körperschemastörung im Sinne einer psychischen Störung: überwertigen Idee und Angst, dick zu werden; Betroffene legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich fest.	B: Intensive Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden, obwohl Untergewicht besteht.
	C: Störung in der Art, in der das eigene Gewicht oder die eigene Figur erlebt werden, übertrieben starke Orientierung der Selbstbewertung an Figur und Gewicht, oder Leugnung der schwerwiegenden Bedeutung des niedrigen aktuellen Gewichts.
Endokrine Störung	
4.: Endokrine Störungen (bei Mädchen/Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libido- und Potenzverlust; erhöhter Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Störungen der Insulinsekretion und Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen).	D: Bei Frauen nach der Menarche: Amenorrhoe (mindestens dreimal nacheinander Ausbleiben der Regelblutung; Regelblutung tritt nur bei Hormongabe ein).
5.: Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät sind die pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (z.B. Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung). Gewöhnlich tritt die Entwicklung nach einer Gewichtsnormalisierung ein.	

Untertypen	
F 50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme	<i>Restriktiver Typus:</i> Der Patient hat keine Essanfälle und zeigt kein „Purging“-Verhalten (z.B. Erbrechen, Diuretika, Laxantien, Einläufe).
F 50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme in Verbindung mit Heißhungerattacken	<i>Binge-Eating/Purging-Typus:</i> Der Patient hat regelmäßig auftretende Essanfälle und zeigt „Purging“-Verhaltensweisen (z.B. Erbrechen, Diuretika, Laxantien, Einläufe).

2.1.2 Bulimia Nervosa

Aus dem griechischen *bous* für Ochse und *limos* für Hunger setzt sich der Begriff der Bulimia Nervosa zusammen, der bereits in medizinischen Schriften des 14. Jahrhunderts Erwähnung findet. Gleichzeitig ist die Erkrankung auch unter dem Namen Ess-Brech-Sucht bekannt. Im 19. Jahrhundert wurden Symptome, die heute mit dieser Erscheinungsform der Essstörungen assoziiert werden, als Begleitsymptome der Anorexie beschrieben. Anhand ausführlicher klinischer Betrachtungen des britischen Psychiaters Gerald Russell wurde die Bulimie erstmalig 1979 in ihrer gegenwärtigen Form beschrieben und der Begriff der Bulimia Nervosa als Diagnosebegriff etabliert (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:73).

Für das Erscheinungsbild der Bulimia Nervosa typisch sind wiederkehrende Essanfälle, die für die Betroffenen zu einer großen psychischen Belastung werden und auf die, im Sinne der Gewichtskontrolle, entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Die bekannteste Reaktion auf einen solchen Essanfall ist das selbstinduzierte Erbrechen, allerdings kommt es auch häufig zum Missbrauch abführender oder harntreibender Mittel oder zum exzessiven Sporttreiben. Üblicherweise werden im Laufe eines typischen Essanfalls, der nicht selten vorher genau geplant wird, hohe Mengen stark kalorienhaltiger, leicht zu verzehrende Lebensmittel konsumiert, auf die von den Betroffenen im Alltag normalerweise verzichtet wird. Individuell abhängig können solche Essattacken mehrmals wöchentlich bis mehrmals täglich stattfinden. Typischerweise berichten Erkrankte von einem Gefühl des absoluten Kontrollverlusts während eines Essanfalls, der schließlich mit Schuld- und Schamgefühlen einhergeht (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:9ff). Auch die Gewicht reduzierenden Maßnahmen, insbesondere das Erbrechen, gehen mit negativen Gefühlen einher, was dazu führt, dass Betroffene ihr

Verhalten vor ihrem Umfeld geheim halten. Das Erbrechen an sich wird allerdings unmittelbar als angenehm und befreiend empfunden und dient auch als Möglichkeit, innere Anspannungen abzubauen. Die generelle Stimmungslage der Betroffenen ist üblicherweise als depressiv, lust- und freudlos und antriebsarm zu bezeichnen. Die soziale Interaktion ist durch Unsicherheit, Ängstlichkeit und innere Anspannung gekennzeichnet, die durch ein betont selbstsicheres Auftreten zu überspielen versucht wird. Grundsätzlich wird Essen in Gesellschaft gemieden, was eine fortschreitende soziale Abschirmung begünstigt (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:72).

Viele Bulimiepatientinnen bezeichnen sich selbst als „innerlich leer“ und haben große Schwierigkeiten bei der Identitätsfindung. Essanfälle stellen demgemäß unter Umständen den Versuch dar, die empfundene innere Leere zu füllen und sich Erleichterung zu verschaffen (vgl. Sauter et al., 2006:721).

Das Auftreten der Krankheit wird durch einen restriktiven Essstil begünstigt, der durch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bedingt wird, im Zuge dessen beispielsweise großteils auf Kohlenhydrate verzichtet wird. Der dabei entstehende Mangel an bestimmten Nährstoffen kann einen Essanfall auslösen (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:71). Auch psychisch belastende, besonders stressreiche Situationen können eine Heißhungerattacke auslösen (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:10). Wenngleich die Betroffenen der Bulimia Nervosa üblicherweise Normalgewichtigt sind, sind auch sie, ähnlich wie Anorexie Patienten, ständig um Figur und Gewicht besorgt und entwickeln große Angst vor einer Gewichtszunahme, die schließlich zu einer Quelle großer Belastung wird und das Selbstwertgefühl der Erkrankten in hohem Maße beeinflusst (vgl. Biedert, 2008:30).

Wie auch bei der Anorexie treten in der Regel häufig komorbide psychische Störungen und physische Begleiterscheinungen auf (vgl. Biedert, 2008:34f).

Tabelle 2: Diagnosekriterien der Bulimia Nervosa laut ICD-10 und DSM-IV (modifiziert übernommen aus Wunderer/ Schnebel, 2008:26f).

Diagnostische Kriterien der Bulimia Nervosa	
ICD-10 (F 50.2)	DSM-IV (307.51)
Essanfälle	

1.: Der Patient beschäftigt sich andauernd mit Essen und zeigt eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; er erliegt Essattacken, bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit verzehrt werden.	A: Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist charakterisiert durch folgende Merkmale: (1): In einer begrenzten Zeit (z.B. innerhalb von 2 Stunden) wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Kontextbedingungen essen würden. (2): Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z.B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).
Kompensatorische Maßnahmen	
2.: Um einer Gewichtszunahme vorzubeugen, setzt der Patient verschiedene Verhaltensweisen ein: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Patienten, die zusätzlich an Diabetes leiden, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	B: Wiederholt unangemessenes kompensatorisches Verhalten, um einem Gewichtsanstieg vorzubeugen; z.B. willentliches Erbrechen, Einläufe, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessives Sporttreiben.
„Gewichtsphorie“, Einfluss des Körperbildes auf die Selbstachtung	
3.: Die Betroffenen haben eine krankhafte Furcht davor, dick zu werden; sie setzen sich scharf definierte Gewichtsgrenzen, die weit unter dem als gesund betrachteten Gewicht liegen.	D: Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperform und Gewicht beeinflusst.
Abgrenzung zur Anorexia Nervosa	
3.: Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia Nervosa nachweisen.	E: Die Störung tritt nicht ausschließlich während anorektischer Phasen auf.
Chronizität	
	C: Sowohl die Essanfälle als auch die unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen treten drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche auf.
Untertypen	
	<i>Purging-Typus:</i> Der Patient führt regelmäßig Erbrechen herbei oder missbraucht Abführmittel, Diuretika, Laxantien oder Einläufe.

	<i>Nicht-Purging-Typus:</i> Der Patient setzt als Maßnahmen zur Gewichtskontrolle exzessiven Sport, Fastenkuren ect. ein; er setzt aber nicht regelmäßig Erbrechen, Abführmittel, Laxantien, Diuretika oder Einläufe („Purging“-Verhalten) zur Gewichtskontrolle ein.
--	---

2.1.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen

2.1.3.1 Binge Eating Störung

Der Begriff Binge Eating kommt aus dem Englischen, wobei unter binge ein Gelage, im Zusammenhang mit Essstörungen ein Fressgelage zu verstehen ist (vgl. Breitsprecher et al., 1998:108). Dieser Name ist auch Programm, da das Hauptmerkmal dieser Manifestation wiederkehrende Heißhungeranfälle sind. Im Vergleich zur Bulimia Nervosa, deren Verlauf von ähnlichen Essanfällen gekennzeichnet ist, greifen Betroffene der Binge Eating Störung allerdings zu keinerlei kompensatorischen Maßnahmen im Anschluss an eine derartige Heißhungerattacke. Bereits 1959 wurden die Symptome dieser Störung von A.J. Stunkard beschrieben, allerdings nicht als eigenständiges Syndrom anerkannt. Erst 1994 wurde dieses Krankheitsbild als Forschungsdiagnose in das DSM-IV aufgenommen und wird seither unter der Residualkategorie der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen geführt (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:14f).

Simultan zur Bulimia Nervosa leiden Betroffene der Binge Eating Störung an wiederkehrenden Heißhungerattacken. Allerdings werden darauf keinerlei Maßnahmen gesetzt, die auf eine Gewichtsreduktion abzielen, wenngleich Betroffene durchaus darauf achten, zwischen den einzelnen Essanfällen ihr Ernährungsverhalten zu kontrollieren (vgl. Biedert, 2008:52f). Aus diesem Grund ist es nicht weiter verwunderlich, dass die meisten Betroffenen dieser Form der Essstörung an Übergewicht oder Adipositas leiden, was das Risiko für dementsprechende Folgeerkrankungen erhöht (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:14f). Verglichen mit anderen Formen des Überessens, die sowohl bei Übergewichtigen und Adipösen Menschen, als auch bei Normalgewichtigen vorkommen können, gehen Essanfälle bei Betroffenen der Binge Eating Störung in der Regel mit starken Emotionen einher (vgl. Davis et al., 2008:249).

Im Zuge eines Essanfalls werden von Binge Eating Betroffenen vor allem Nahrungsmittel mit einem hohen Fettanteil verzehrt. Ein deutlicher Unterschied zur Bulimie ist, dass Binge Eating Patienten oft nicht sagen können, wann ein Essanfall endet und der Nächste beginnt, da sich die Heißhungerattacken häufig über mehrere Stunden hinweg ziehen. Auch dürften im Laufe einer Essattacke insgesamt weniger Kalorien verzehrt werden, als es bei der Bulimie der Fall ist (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:14f). Es scheint nun so zu sein, dass nicht die Menge der im Zuge einer Essattacke verzehrten Nahrungsmittel oder die Dauer der Attacke für die negativen Gefühle ausschlaggebend sind, die darauf folgen, sondern der empfundene Kontrollverlust währenddessen. Durch zwischenmenschliche Konfliktsituationen, Stimmungsschwankungen oder das starke Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln ausgelöst, haben Heißhungerattacken allerdings gleichzeitig eine die Stimmung regulierende und Spannungen abbauende Funktion. Die subjektive Wahrnehmung des eigenen Körpers ist wie bei allen Formen der Essstörung negativ behaftet, allerdings in geringerem Ausmaß als dies beispielsweise bei Betroffenen der Bulimia Nervosa der Fall ist (vgl. Biedert, 2008:53).

Beobachtungen und Studien legen den Schluss nahe, dass sowohl häufig durchgeführte Diäten wie auch affektive Probleme und Störungen als wichtige, auslösende Faktoren der Binge Eating Störung anzusehen sind (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:14ff).

Tabelle 3: Forschungskriterien der Binge Eating Störung laut DSM-IV (modifiziert übernommen aus Wunderer/ Schnebel, 2008:28).

Forschungskriterien der Binge Eating Störung nach DSM-IV
A. Wiederholte Episoden von Essanfällen, die folgenden Kriterien entsprechen: (1): In einer begrenzten Zeit (z.B. innerhalb von 2 Stunden) wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden. (2): Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z.B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).

B: Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: (1): wesentlich schneller essen als normalerweise, (2): essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, (3): wegen der Menge, die man isst, nicht in Gesellschaft anderer essen, (4): essen großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein, (5): Ekelgefühl gegenüber sich selbst, Deprimiertheit, Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
C: Deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
D: Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
E: Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle einher (z.B. Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, etc.) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia Nervosa auf.

2.1.3.2 Residualkategorie

Voraussetzung für die Zuteilung in diese Gruppe ist, dass die Essstörung einen klinisch relevanten Schweregrad erreicht (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:692). Die Restkategorie setzt sich aus jenen Fällen zusammen, die in ihrer Erscheinungsform der Bulimia oder Anorexia Nervosa ähneln, sich allerdings hinsichtlich der Intensität oder der jeweiligen Kombination der Merkmale unterscheiden. So kann es beispielsweise vorkommen, dass die Häufigkeit der auftretenden Heißhungeranfälle zu gering ist, um für die Diagnosekriterien der Bulimie ausreichend zu sein oder das Körpergewicht liegt geringfügig über dem bestimmten Limit der Anorexie (vgl. Biedert, 2008:71f). Ein wichtiges Diagnosekriterium der Anorexie ist das Vorhandensein einer Amenorrhoe. All jene Fälle, die sich lediglich hinsichtlich dieses Aspekts unterscheiden, fallen ebenso in die Residualkategorie, auch wenn unterschiedliche Studien nachweisen konnten, dass keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Patienten der Anorexie mit und ohne Amenorrhoe bestehen, besonders hinsichtlich der Kernpsychopathologie (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:193). Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass auch Betroffene der Restkategorie üblicherweise über einen längeren Zeitraum hinweg an ihrer Krankheit leiden, ehe sie sich in Behandlung begeben. Hinsichtlich etwaiger Begleitscheinungen und Folgeerkrankungen ist die Residualkategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen mit der Bulimia Nervosa vergleichbar (vgl. Biedert, 2008:71f).

Tabelle 4: Beispiele für die Diagnose Nicht Näher Bezeichneter Essstörungen laut DSM-IV (modifiziert übernommen aus Saß et al., 1998:625f).

Beispiele für Nicht näher bezeichnete Essstörungen (DSM-IV 307.50)
1.: Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, mit Ausnahme der Amenorrhoe.
2.: Alle Kriterien der Anorexia Nervosa treffen zu, außer dass sich das Gewicht trotz beträchtlichem Gewichtsverlust im normalen Bereich befindet.
3.: Sämtliche Kriterien der Bulimia Nervosa sind erfüllt, jedoch sind die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
4.: Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen).
5.: Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie hinunterzuschlucken.
6.: „Binge Eating Störung“: Wiederholte Episoden von Essanfällen ohne die für die Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen.

Auch im ICD-10 gibt es diese Klassifikation. Sie ist unter F 50.9, „Essstörungen, nicht näher bezeichnet“ angeführt. Darüber hinaus gibt es allerdings auch die Diagnosekategorien der Atypischen Anorexia und Bulimia Nervosa, in die in der klinischen Praxis eine Vielzahl der Fälle fallen (vgl. DIMDI [Hrsg.], 2000:276f).

Tabelle 5: Die Diagnosekategorien der Atypischen Anorexia und Bulimia Nervosa laut ICD-10 (modifiziert übernommen aus DIMDI [Hrsg.], 2000:276f).

Atypische Anorexia Nervosa (F 50.1)
Hierbei handelt es sich um eine Störung, die in einigen Merkmalen der Anorexia Nervosa entspricht, deren gesamtes klinisches Bild die Diagnose allerdings nicht rechtfertigt. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Schlüsselsymptome wie etwa Amenorrhoe oder die übermäßige Angst vor einer Gewichtszunahme trotz deutlichem Gewichtsverlust und gewichtsreduzierendem Verhalten fehlen.
Atypische Bulimia Nervosa (F 50.3)
Simultan zur Atypischen Anorexie liegen einige Symptome der Bulimia Nervosa vor, das klinische Gesamtbild rechtfertigt die Diagnose allerdings nicht. Auch hier können Schlüsselsymptome wie etwa die übermäßige Sorge um Figur und Gewicht oder wiederholte Essattacken und anschließendes kompensatorisches Verhalten ohne signifikante Veränderungen des Körpergewichts fehlen.

2.2 Kritik am bestehenden Klassifikationssystem

Wenngleich es Hinweise gibt, dass die Gruppe der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen innerhalb der Bevölkerung die höchste Prävalenzrate aufweist – Fairburn und Bohn (2005) gehen von bis zu 60% aller Essstörungsfälle aus, die

sich dieser Gruppe zuordnen lassen – wird sie lediglich als „Restkategorie“ bezeichnet und angeführt, die in sich sehr unspezifisch und unhomogen ist. Dies führt dazu, dass nur sehr wenige Studien zu dieser Gruppe durchgeführt werden und kaum Ergebnisse bekannt werden, insbesondere was die Therapie betrifft. Dieser Umstand wirkt sich dementsprechend auf den Krankheitsverlauf und die Prognose aus, so erleben Betroffene in manchen Ländern einen erschwerten Zugang zu Therapieprogrammen oder müssen dafür selbst aufkommen (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:693ff).

Aufgrund ihrer Natur als Residualkategorie, in die all jene Fälle fallen, die sich keiner anderen Form der Essstörung zuteilen lassen, fehlen auch jegliche Einschlusskriterien, die charakteristische Eigenschaften der Betroffenen beschreiben. Momentan muss lediglich eine Essstörung mit klinisch bedeutsamem Schweregrad vorliegen, die nicht in die Diagnosekriterien der Anorexie oder Bulimie fällt. Dieser Umstand erschwert eine einheitliche Handhabung in der diagnostischen Praxis (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:697f).

Des Weiteren besteht zwischen den unterschiedlichen Essstörungsmanifestationen eine hohe Fluktuationsrate. So würde, Studien zufolge, lediglich bei einem Drittel der über einen Zeitraum von 30 Monaten hinweg betrachteten Frauen eine stabile Diagnose vorliegen, der Rest wechsele zwischen den einzelnen Erscheinungsformen (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:33).

Aufgrund dieser Ausgangslage lassen sich drei Vorschläge formulieren, die in Zukunft zu einer Besserung dieser Problematik beitragen sollen:

Lockerung der Diagnosekriterien für die Anorexia und Bulimia Nervosa: durch diese Maßnahme würden sich einzelne Fälle, die momentan in die Restkategorie fallen, der Anorexie oder Bulimie zuordnen lassen. Konkret würde es sich bei dieser Maßnahme um eine Feinabstimmung der bereits bestehenden Diagnosekriterien handeln. Wenngleich bereits unterschiedlich Änderungsvorschläge diesbezüglich existieren, ist zweifelhaft, ob sich durch diese Maßnahme tatsächlich die Anzahl der Fälle, die in die Restkategorie fallen, in ausreichendem Ausmaß senken lassen (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:696). Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass im ICD-10 bereits die

Kategorien der Atypischen Anorexia und Bulimia Nervosa existieren, in die bereits jetzt ein Teil der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen fällt (vgl. DIMDI [Hrsg.], 2000:276f).

Neuklassifizierung der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen: durch diese Maßnahme ließe sich eine neue Kategorie innerhalb der Essstörungen neben der Anorexia und Bulimia Nervosa schaffen, die aus jenen Fällen bestehen würde, die sich durch gemischte Symptome sowohl der Anorexie als auch der Bulimie kennzeichnet. Daneben soll die Diagnosekategorie der Binge Eating Störung bestehen bleiben und als eigenständige Diagnose anerkannt werden. Eine mögliche Bezeichnung dieser neuen Gruppe wäre beispielsweise „mixed eating disorders“, zu Deutsch in etwa „gemischte Essstörungen“ (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:697).

Die „transdiagnostische“ Lösung: diese Maßnahme soll dafür sorgen, dass lediglich eine einzige Diagnosekategorie, nämlich die der Essstörung, zur Klassifikation herangezogen werden kann. Die zugrundeliegende Idee hierfür ist, dass aus allen bisher formulierten Diagnosekriterien mehr Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Manifestationsformen auffallen, als es Unterschiede zu geben scheint. Die Tatsache, dass innerhalb der jeweiligen Manifestationsformen eine hohe Fluktuationsrate besteht, unterstützt diese Theorie (vgl. Fairburn/ Bohn. 2005:697).

Auf kurze Sicht ist die zweite Lösungsvariante zu bevorzugen. Durch die konkrete Formulierung von Ein- und Ausschlusskriterien lässt sich die Residualkategorie stark reduzieren und auf eine kleine Gruppe beschränken. Auf lange Sicht wäre jedoch das dritte Konzept empfehlenswert. Die derzeitigen Diagnosekriterien resultieren aus einer unzureichenden Reflexion der klinischen Realität (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:699).

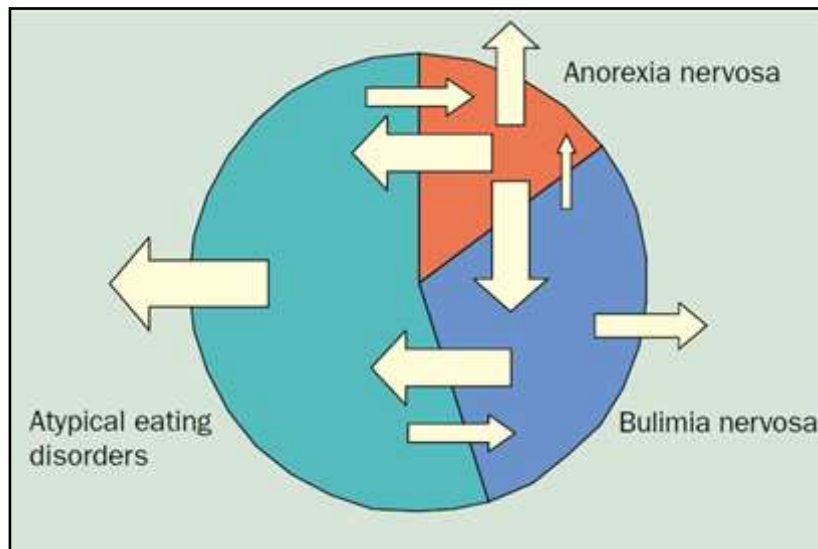


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Fluktuation innerhalb der Essstörungsmanifestationen (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:409).

2.3 Epidemiologie

Die wichtigsten epidemiologischen Kennzahlen, die der Erfassung der Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit innerhalb der Bevölkerung dienen, sind die Prävalenz und die Inzidenz. Die Prävalenz misst die Gesamtzahl der Betroffenen einer bestimmten Erkrankung innerhalb der Population, wohingegen die Inzidenz die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes – in der Regel innerhalb eines Jahres – bezogen auf 100 000 Einwohner angibt (vgl. Kunze, 2004:45f).

Derzeit liegen keine Studien vor, die sich mit der Inzidenz von Essstörungen innerhalb der Gesamtbevölkerung befassen. Die verfügbaren Daten beziehen sich auf jene Fälle, die bei Stellen der Gesundheitsversorgung bekannt wurden (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:384). Aufgrund dessen muss davon ausgegangen werden, dass selbst in methodisch einwandfreien Studien die tatsächliche Inzidenz unterschätzt wird. Wenngleich Essstörungen innerhalb der Bevölkerung eher selten anzutreffen sind, treten sie besonders unter jungen Mädchen und Frauen gehäuft auf. Aus unterschiedlichen Gründen, die zum Teil auf eine mangelnde Krankheitseinsicht der Betroffenen zurückzuführen ist, erhält nur ein relativ geringer Prozentteil der an Essstörungen Leidenden eine adäquate Behandlung (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:393f).

Es sind mehr Frauen als Männer erkrankt, das Erstmanifestationsalter liegt üblicherweise in der Jugend und dem frühen Erwachsenenalter und es sind mehr Personen weißer als dunkler Hautfarbe betroffen, wobei die Binge Eating Störung bei all diesen Merkmalen eine Ausnahme darstellt (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:195). Bisher galt die Überzeugung, Essstörungen seien ein kulturspezifisches Phänomen, das ausschließlich in westlichen, industrialisierten Gesellschaften anzutreffen sei. Mit steigenden Fallzahlen in anderen Kulturen kann nun davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der westlichen Kultur und Werte in anderen Gesellschaften das vermehrte Auftreten von Essstörungen begünstigt (vgl. Wolfe, 2005:255f).

2.3.1 Anorexia Nervosa

Allgemein lässt sich die Inzidenz der Anorexia Nervosa auf acht Fälle pro 100 000 Einwohner pro Jahr festlegen. Bei jungen Frauen ist eine durchschnittliche Prävalenz von 0,3% beobachtbar (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:393). Hierbei gilt es zu bemerken, dass weniger als 10% aller Betroffenen männlich sind. Durchschnittlich tritt die Anorexie erstmals mit 17 Jahren auf, wobei ein Gipfel jeweils bei 14 und bei 18 Jahren erkennbar ist (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:16f). Ungefähr 40% aller Neuerkrankungen fallen in ein Alter zwischen 15 und 19 Jahren, woraus ersichtlich wird, dass die Pubertät und das junge Erwachsenenalter mit allen einhergehenden Veränderungen, insbesondere bezogen auf das Körpergewicht und das Aussehen, eine Zeit darstellt, die ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Anorexie darstellt (vgl. Biedert, 2008:13f). Allerdings haben jüngste Studien erwiesen, dass diese Erscheinungsform der Essstörung immer öfter auch bei jüngeren Kindern und Frauen im mittleren und fortschreitenden Alter zu beobachten ist (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:194).

Des Weiteren tritt die Krankheit überwiegend bei ledigen Frauen auf, die noch in sehr enger Verbindung zum Elternhaus stehen. Der Anteil der Betroffenen ist darüber hinaus in westlichen, industrialisierten Gesellschaften deutlich höher. Vermutete Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und dem Entstehen einer Anorexia Nervosa konnten jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Auch gibt es Berufsgruppen, mit denen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko assoziiert wird. Zu diesen zählen beispielsweise Turner, Balletttänzer oder Fotomodels, da anzunehmen ist,

dass sich der in diesen Gruppen vorherrschende Druck hinsichtlich des Aussehens und der körperlichen Leistung direkt auf das Essverhalten auswirkt (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:63).

2.3.2 Bulimia Nervosa

Da, in Gegensatz zur manifesten Anorexie, kein BMI-Wert in den Diagnosekriterien der Bulimie definiert ist und Betroffene zumeist normalgewichtig sind, ist die Erkrankung oft nicht auf den ersten Blick erkennbar (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:80). Aus unterschiedlichen Studien geht eine durchschnittliche Prävalenz von 1% hervor (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:393). Nur etwa 15% aller Fälle betreffen Männer. Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter der Bulimie beträgt in etwa 22 Jahre (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:16f), wobei die Hochrisikogruppe, in der die meisten Neuerkrankungen registriert werden, zwischen 20 und 24 Jahren liegt. Bezogen auf 100 000 Einwohner erkranken durchschnittlich mindestens zwölf Menschen neu an Bulimie, in der Hochrisikogruppe werden jährlich jedoch etwa 82 neue Fälle erfasst. Aufgrund eines Datenmangels und des großen Tabus, mit dem die Krankheit behaftet ist, ist jedoch davon auszugehen, dass die tatsächliche Erkrankungsrate deutlich höher ist (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:391ff).

2.3.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen

2.3.3.1 Binge Eating Störung

Mit Vorsicht, aufgrund der noch mangelhaften Datenlage, lässt sich für die Binge Eating Störung eine Prävalenz von mindestens 1% feststellen (vgl. Hoek/ van Hoeken, 2003:393). Bei Teilnehmern spezifischer Gewichtsreduktions- und Abnehmprogramme lag der Wert sogar bei 29,7%, was den hohen Zusammenhang zwischen dieser Essstörungsmanifestation und Übergewicht verdeutlicht (vgl. Biedert, 2008:54). Im Gegensatz zur Anorexia und Bulimia Nervosa ist das Verhältnis zwischen betroffenen Männern und Frauen ausgewogen (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:16). Das gleiche gilt für das Erstmanifestationsalter, das nach dem aktuellen Stand der Forschung in jedem Alter lokalisiert werden kann (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:194).

2.3.3.2 Residualkategorie

Im ambulanten Setting ist diese die häufigste Diagnose einer Essstörung. Gleichzeitig wird die Restkategorie in der klinischen Forschung regelmäßig übergangen oder außer Acht gelassen. Zur Erkrankungsrate innerhalb der Allgemeinbevölkerung liegen aufgrund der unspezifischen Natur dieser Gruppe und mangels konkreter Studien allerdings noch keine genauen Zahlen vor (vgl. Fairburn/Bohn, 2005:691f). Klinische Stichproben weisen hingegen auf eine durchschnittliche Erkrankungsrate von 60% hin. Parallel zur Bulimie und Anorexie sind die Betroffenen großteils junge Frauen, die auch ähnlichen sozialen Verhältnissen entstammen (vgl. Biedert, 2008:71f).

2.4 Ursachen und Entstehung

Die Ätiologie der Essstörungen ist bis dato noch nicht einwandfrei geklärt (vgl. Wolfe, 2005:256). Die Ursachenforschung konnte allerdings in Bezug auf Essstörungen mehrere Faktoren identifizieren, die einen ungünstigen Einfluss auf die Entstehung dieser Krankheit haben (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:25). Jegliche psychische Störung kann beim Menschen sowohl auf genetische Einflüsse als auch auf Umwelteinflüsse zurückgeführt werden. Letztere können in geteilte – wie etwa die Scheidung der Eltern – und nichtgeteilte Einflüsse – beispielsweise nachteilige Erfahrungen wie etwa Misshandlungen – unterteilt werden. Aus Zwillingsstudien geht hervor, dass psychische Störungen beinahe zur Gänze auf nichtgeteilte und genetische Einflussfaktoren zurückgeführt werden können (vgl. Karwautz et al., 2002b:262f). Weitere wesentliche Einflussfaktoren sind soziale und kulturelle Umwelteinflüsse, besonders in Bezug auf das Körperbild der Frau, konfliktreiche oder gestörte Familienverhältnisse, Probleme bei der Identitätsfindung, traumatische Erlebnisse, besonders sexueller Missbrauch, und biologische und genetische Prädisposition (vgl. Grothaus, 1998:147). Hinsichtlich der Ätiologie der Essstörungen ist es manchmal nicht möglich, mit Bestimmtheit zu sagen, welche Einflussfaktoren Auslöser und welche Folgen der Krankheit sind (vgl. Karwautz et al., 2001:318).

Da sich die verschiedenen Studien, die sich mit genetischen Einflussfaktoren befassen, unter anderem hinsichtlich der Methodik und Stichprobengröße deutlich

unterscheiden, erschweren die dadurch zustande gekommenen, zum Teil stark voneinander abweichenden Resultate die Einschätzung der Bedeutung einer möglichen genetischen Prädisposition (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:18f). Aus Untersuchungen an eineiigen Zwillingen sowie den Familien von Betroffenen geht hervor, dass die Erbllichkeit der Anorexia Nervosa über 50% beträgt (vgl. Hu et al., 2003:781). Neben potenziell wirksamen genetischen Einflussfaktoren ist allerdings auch der Umwelt ein deutliches Wirkpotential auszusprechen. Studien an Bulimiepatientinnen ergaben, dass ein unterschiedlicher Umgang mit dem Gewicht und der Figur innerhalb der Kernfamilie bei Geschwistern dazu führen konnte, dass ein Geschwisterteil an Bulimie erkrankte und das andere nicht (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:19). Generell lässt sich jedoch mit Bestimmtheit sagen, dass Angehörige anorektischer oder bulimischer Patientinnen ein deutlich höheres Risiko haben, ebenfalls an einer Essstörung zu erkranken (vgl. Biedert, 2008:39). In Bezug auf die Binge Eating Störung ist die weithin bekannte und anerkannte genetische Prädisposition für Übergewicht zu erwähnen, die als Auslöser eines als negativ zu betrachtenden Wechselspiels von Diäten und Essanfällen angesehen werden kann, was wiederum die Entstehung dieser Krankheit begünstigt. Darüber hinaus konnte ein vererbtes erhöhtes Risiko für Essattacken an sich nachgewiesen werden (vgl. Biedert, 2008:61). Wenngleich die exakte neurobiologische Basis der Essstörung noch unklar ist, wird dem Neurotransmitter Serotonin eine wichtige Rolle eingeräumt, da er sowohl für die Regulation der Nahrungsaufnahme als auch für die Stimmungslage entscheidend ist (vgl. Hu et al., 2003:781).

Als unbestritten gilt der Einfluss sozialer Faktoren auf die Entstehung einer Essstörung. Neben dem vielfältigen und reichlichen Nahrungsangebot in westlichen Wohlstandsgesellschaften herrscht gleichzeitig ein Schönheitsideal vor, in dem Schlankheit und Jugend verherrlicht werden. Besonders junge Frauen definieren sich und ihren gesellschaftlichen Wert über ihr Aussehen, was zu einer übermäßigen Sorge über Gewicht und Figur und zu einem ungesunden Diätverhalten führen kann, was wiederum die Entstehung einer Essstörung begünstigt (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:19). Jenes Schönheitsideal ist für viele Frauen aufgrund ihrer biologischen Prädisposition unerreichbar, was Unsicherheit und Frustrationen auslösen kann (vgl. Sauter et al., 2006:721).

All diese gesellschaftlichen Größen beeinflussen demnach die Art und Weise, wie mit der Ernährung umgegangen wird. Es sind unterschiedliche Ernährungsstile neben Diäten aller Art bekannt, die auf die Gewichtskontrolle ausgerichtet sind. Hierbei richtet sich die Wahrnehmung vor allem auf die Zusammensetzung der Nahrung, beispielsweise darauf, möglichst wenig Fett oder Kohlenhydrate zu konsumieren. Dabei geht nach und nach das Gefühl für Hunger und Sättigung verloren. In bestimmten Situationen die etwa besonders stressreich sind oder mit positiven oder negativen Gefühlen behaftet sind, kommt es bei Menschen, die normalerweise einen gezügelten Essensstil praktizieren, nicht selten zu einer plötzlichen Enthemmung des Essverhaltens, während Kontrollgruppen gegenteilig reagieren. Das gleiche Prinzip gilt für Essstörungspatienten. Es kann auch zu einer ungewollten Konditionierung kommen, wenn auf bestimmte Reize wie den Anblick und Geruch von Speisen eine deutliche Nahrungsaufnahme erfolgt. Solche Reize können externer (z.B. Essen vor dem Fernseher) oder interner (z.B. Essen bei depressiver Stimmung) Natur sein. Mangelernährung, die aufgrund von restriktivem Essverhalten zustande kommt, hat ihrerseits eine Vielzahl negativer Auswirkungen auf den Organismus, speziell auf die Hormone. So tritt im Zuge der Unterernährung unter anderem eine verringerte Insulinsensitivität auf und es kommt zu Störungen des Monatszyklus bis hin zum ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe). Der Grundumsatz des Körpers wird herabgesetzt und auf die lebenswichtigen Körpervorgänge konzentriert. Selbst bei Normalisierung des Essverhaltens und ausreichender Bereitstellung von Energie bleibt der reduzierte Grundumsatz erhalten, was zunächst zu einer deutlichen Gewichtszunahme führt (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:19ff).

Weitere auslösende Faktoren werden in der Kernfamilie, konkret in deren Interaktion lokalisiert. Ungünstige Familienverhältnisse führen zu psychischen Belastungen die wiederum die Entstehung einer Essstörung begünstigen. Eine besondere Bedeutung wird hierbei der Mutter-Tochter Beziehung beigemessen (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:22). Essstörungspatientinnen weisen häufig Schwierigkeiten mit emotionaler Nähe und Distanz auf, deren Ursache unter anderem in der Familie lokalisiert werden kann (vgl. Sauter et al., 2006:721). Speziell bei der Entstehung einer Bulimia Nervosa scheint die Familie eine wichtige Rolle zu spielen. Bulimiepatientinnen beschreiben ihre Eltern in der Regel als abweisender und nachlässiger und weniger als einfühlsam und fürsorglich. Im Vergleich zu Eltern von Anorexiepatientinnen

seien sie auch impulsiver, ablehnender und reizbarer. An Bulimie Erkrankte berichten darüber hinaus wesentlich öfter über väterliche Gleichgültigkeit oder Überfürsorglichkeit und Kontrolle, über körperliche Misshandlungen und Gewalt in ihrer Familie (vgl. Mitchell-Gielegheem et al., 2002:184). Auch der interfamiliäre Umgang mit Nahrung, Gewicht und Figur beeinflusst das individuelle Essverhalten (vgl. Biedert, 2008:22). Neben der Überfürsorglichkeit können auch übermäßige Kritik der Eltern – besonders in Bezug auf das Körpergewicht und die Figur – und hohe Leistungsanforderungen in eine Essstörung führen (vgl. Karwautz, 2006:133). Sich wiederholende Kritik an Aussehen und Essverhalten von Seiten der Familie und Übergewicht bei den Eltern gelten eher als Auslöser bulimischer Symptome, (vgl. Karwautz et al., 2001:326). Bulimiepatientinnen erleben weniger Autonomie und emotionale Verbundenheit innerhalb ihrer Familien, als das bei der gesunden Vergleichspopulation der Fall ist. Verglichen mit der Wahrnehmung dieser Faktoren durch die restlichen Familienmitglieder ergeben sich ebenfalls wesentliche Unterschiede. Anorexiepatientinnen des restriktiven Subtypus ähneln hingegen hinsichtlich der Einschätzung der Familienverhältnisse der Vergleichspopulation. Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass die Familie bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Krankheitsbildes keine Verantwortung trägt. Es gilt jedoch zu bedenken, dass diese Patientinnen ein hohes Harmonie- und Konvergenzbedürfnis und Konfliktvermeidungsverhalten aufweisen, was unter Umständen zu diesen Ergebnissen führen kann (vgl. Karwautz et al., 2002a:256f).

Eine zeitlang gab es Diskussionen, ob und inwieweit sexuell traumatisierende Erlebnisse im Kindheits- und Jugendalter die Entstehung einer Essstörung begünstigen. Von der ablehnenden Haltung dem eigenen Körper gegenüber, dem durch ein ausgeprägtes Schuld- und Schamgefühl behafteten Selbstwertgefühl und der negativen Haltung gegenüber der Sexualität, die sowohl für Essstörungspatientinnen als auch für Opfer sexueller Gewalt kennzeichnend sind, scheint die potentielle Verbindung deutlich. Untersuchungen diesbezüglich konnten jedoch lediglich nachweisen, dass ein sexuelles Trauma die Vulnerabilität für jegliche psychische Störungen erhöht, eingeschlossen aber nicht darauf reduzierbar auch die Möglichkeit der Entstehung einer Essstörung (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:22).

Für Essstörungspatientinnen konnte eine Vielzahl typischer psychischer Merkmale

identifiziert und beschrieben werden. Betroffene werden etwa immer wieder als stark leistungsorientierte Menschen beschrieben, die sich gleichzeitig durch einen hohen Anspruch an Perfektion auszeichnen. Es konnte allerdings nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass Perfektionismus ein Risikofaktor ist, der die Entstehung einer Essstörung begünstigt. Leistungssituationen können jedoch schnell zu einer Belastung werden, die essstörungsspezifische Symptome aufrechterhalten kann. Ein weiterer typischer Aspekt ist der des niedrigen Selbstwertgefühls, durch das sich Betroffene üblicherweise auszeichnen. Es ist jedoch bis dato unklar, ob ein niedriger Selbstwert als Ursache oder Resultat einer Essstörung zu betrachten ist. Eine gestörte Affektregulation im Sinne eines übermäßigen Vorhandenseins und Bewusstseins negativer Gefühle wie Wut, Traurigkeit oder Angst, kann die Entstehung eines gestörten Essverhaltens begünstigen, wenn sich Betroffene mit Hilfe der Nahrungsaufnahme von ihren Emotionen abzulenken versuchen. Interpersonelle Konfliktsituationen scheinen indes besonders bei Bulimiepatientinnen, vermutlich aufgrund des mangelnden Selbstwertgefühls und der unbefriedigenden sozialen Kompetenzen, ein gesteigertes Essbedürfnis auszulösen. Der derzeitige Erkenntnisstand diesbezüglich lässt allerdings noch keine Verallgemeinerung dieses Ergebnisses auf andere Formen der Essstörung zu (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:23f). Anorexiepatientinnen weisen im Vergleich mit ihren gesunden Schwestern häufiger Verhaltensmuster auf, die der Vermeidung von potenziellem Schaden dienen. Darüber hinaus sind sie beharrlicher und weisen höhere Selbst-Transzendenz auf, was bedeutet, dass sie sich selbst nicht genügen, sondern auf die Anerkennung und das Urteil anderer angewiesen sind. Weiters sind sie weniger selbstgesteuert und kooperativ. Für den Krankheitsverlauf erweisen sich eine geringe Selbststeuerung und gesteigertes Schadensvermeidungsverhalten als ungünstig und können mit einer Chronifizierung der Krankheit in Verbindung gebracht werden, wohingegen hohe Selbststeuerung und Kooperativität in der Regel mit einer Gesundung assoziiert werden können. Bei etwa einem Drittel aller Anorexiepatientinnen können vor Beginn der Essstörung etwa eine Major Depression oder Angststörungen beobachtet werden (vgl. Karwautz et al., 2002b:264ff). Auch eine Überangepasstheit an die Umwelt kann das Risiko für die Entstehung einer Essstörung erhöhen (vgl. Karwautz, 2006:133). Die am häufigsten zu beobachtenden Persönlichkeitsstörungen, die in Verbindung mit einer Anorexie auftreten können,

sind Angststörungen, Zwangsstörung und Substanzabhängigkeit. Beharrliche Charakterzüge können eher mit dem Auftreten von Zwangsstörungen in Verbindung gebracht werden, wohingegen eine geringere Kooperativität und größere Abhängigkeit von Anerkennung durch andere mit vermehrtem Auftreten von Substanzabhängigkeit assoziiert werden können. Demnach kann sich die Erfassung der Persönlichkeitseigenschaften speziell bei der Therapie von Anorexiepatientinnen als hilfreich erweisen (vgl. Karwautz et al., 2003:82f).

Zusammenfassend lässt sich bemerken, dass Essstörungen eine Vielzahl von Auslösern und Ursachen haben, die im folgenden multifaktoriellen Erklärungsmodell veranschaulicht werden sollen:

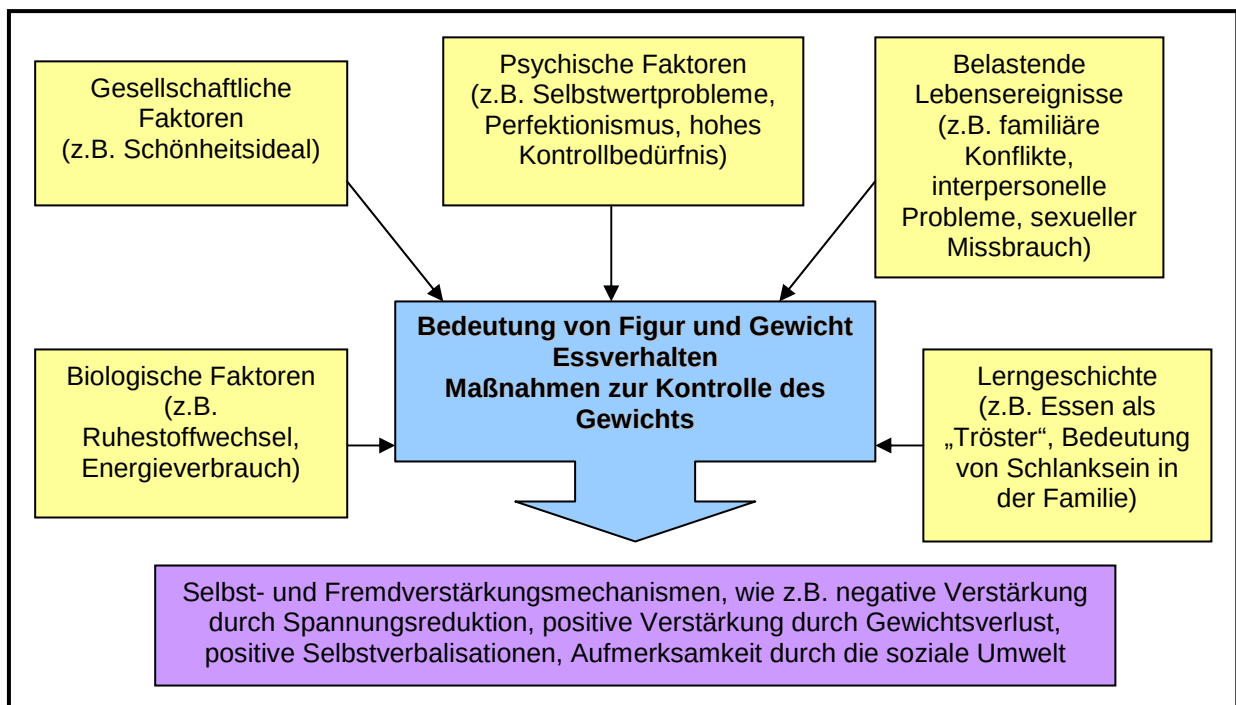


Abbildung 3: Multifaktorielle Ätiologie der Essstörung (modifiziert übernommen aus Tuschen-Caffier et al., 2005:24).

2.5 Krankheitsverlauf und Prognose

Erkenntnisse über den Verlauf der jeweiligen Essstörungsmanifestationen stammen vor allem aus der Therapieforschung und legen nahe, dass Essstörungen eine deutlich chronische Entwicklung aufweisen. Negativ auf den Krankheitsverlauf wirkt sich eine erst sehr spät in Anspruch genommene Therapie aus. So kann es in manchen Fällen bereits zu – zum Teil irreversiblen – physischen Folgeerscheinungen kommen, die sich vor allem im metabolischen und

neuroendokrinen Bereich bemerkbar machen (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:17f).

Grob ausgedrückt folgt die Prognose von Essstörungspatientinnen einer Drittel-Regel: etwa ein Drittel erholt sich zur Gänze und kann als geheilt betrachtet werden, ein Drittel erlebt lebenslange Sorgen um Figur und Gewicht und bei einem Drittel verläuft die Krankheit chronisch, wobei ca. 2 bis 5% dieser Fälle vor allem bei der Anorexia nervosa einen tödlichen Ausgang aufweisen (vgl. Elford/ Spence, 2002:67). Diese Mortalitätsrate ist unter allen psychiatrischen Störungen die höchste (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:194). Todesursache war neben der Mangelernährung und den damit einhergehenden körperlichen Folgen eine deutlich erhöhte Selbstmordrate. Mit einem tödlichen Ausgang der Krankheit gingen zumeist eine längere Erkrankungsdauer, andere, gleichzeitig auftretende psychische Störungen und eine Substanzabhängigkeit einher (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:17f).

Langfristig gesehen lassen sich mehrere Faktoren identifizieren, die den Verlauf der Anorexie negativ beeinflussen, wenngleich über den tatsächlichen Einfluss der einzelnen Größen innerhalb der einzelnen Studien noch Uneinigkeit herrscht. Zu diesen zählen ein frühes Erstmanifestationsalter, Schwere und Chronifizierung der Krankheit und das tatsächliche Ausmaß des Gewichtsverlusts (vgl. Biedert, 2008:14f).

Aktuelle Diskussionen befassen sich mit der potentiellen zukünftigen Einteilung der Anorexia Nervosa in mehrere Verlaufsstadien mit unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung. Zu unterscheiden wären demnach eine Anorexie ersten Grades mit einem leichten Verlauf, der lediglich eine ambulante Therapie erfordert, zweiten Grades mit einem mittelschweren Verlauf, in dessen Folge sich ambulante und stationäre Versorgung ergänzen, dritten Grades mit einem schweren Verlauf, der durch mehrere stationäre Aufenthalte gekennzeichnet ist und vierten Grades mit einem schweren Verlauf mit lebensbedrohlichen Zuständen, die neben einem stationären Aufenthalt auch intensivmedizinische Versorgung erfordern (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:56).

Bei etwa 30% der Bulimie Erkrankten entwickelt sich die Essstörung aus einer vorangehenden Anorexie (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:81). Die Mortalitätsrate der

Bulimie lässt sich auf 1 bis 3% festlegen, wobei als Todesursachen, wie bei der Anorexie auch, Mangelernährung und Suizid gelten (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2005:17f).

Für den Krankheitsverlauf positiv sind eine kurze Erkrankung vor Beginn der Behandlung und eine vergleichsweise gesunde Persönlichkeitsstruktur. Erstaunlicherweise ergaben sich auch günstigere Prognosen für Betroffene, die aus Familien stammten, in deren Umfeld es Alkoholerkrankungen gab. Als dafür ursächlich wird das sich daraus ergebende abschreckende Beispiel vermutet, das unter Umständen dazu motiviert, sich rascher in Behandlung zu begeben (vgl. Cuntz/Hillert, 2008:81).

Es gibt Hinweise, dass die für die Binge Eating Störung typische Symptomatik auch ohne adäquate Behandlung in moderatem Ausmaß remittiert, diese Anzeichen konnten allerdings bislang nicht bestätigt werden. Langfristig gesehen ist der Verlauf dieser Essstörungsmanifestation durch scheinbar symptomfreie Phasen gekennzeichnet und durch solche, in deren Folge es zu unterschiedlich stark ausgeprägten Symptomen kommt (vgl. Biedert, 2008:55).

Bislang liegen keine Erkenntnisse über den Verlauf einer Nicht Näher Bezeichneten Essstörung nach einer erfolgten Behandlung vor (vgl. Fairburn/ Bohn, 2005:695). Es gibt allerdings Hinweise, die eine große Bewegung dieser Restkategorie hin zu anderen Erscheinungsformen der Essstörung nahelegen. Im Zuge ihres Krankheitsverlaufes können auch Betroffene, die zuvor beispielsweise an einer Anorexie oder einer Bulimie gelitten haben, nach erfolgter Behandlung weiterhin Essstörungssymptome aufweisen, die lediglich noch dieser Restkategorie zugeordnet werden können. Daraus lässt sich erkennen, dass die Residualkategorie der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen die am wenigsten stabile Diagnose unter allen Essstörungsmanifestationen ist (vgl. Biedert, 2008:73).

2.6 Essstörungstherapie

2.6.1 Behandlungssetting

Die Therapie einer Essstörung erfolgt in unterschiedlichen Settings. Das ambulante Behandlungssetting wird gewählt, wenn neben der nicht länger als sechs Monate bestehenden Essstörung keine Komplikationen im medizinischen und psychiatrischen Bereich bestehen, ein mindest BMI von 15 vorliegt, der Wille der Patientin zur Behandlung vorhanden ist und er darüber hinaus über ein Umfeld verfügt, das ihn zu unterstützen bereit ist. Wichtig ist aber in jedem Fall die konsequente Überwachung des Gewichts und des gesundheitlichen Zustandes der Patientin (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:85f). Vorteil einer ambulanten gegenüber einer stationären Therapie ist, dass die Betroffenen in ihrem persönlichen Umfeld integriert bleiben und weiterhin die Schule oder Universität besuchen können beziehungsweise ihrem Beruf oder ihrer Ausbildung nachgehen können. Neue, im Zuge der Therapie erlernte Verhaltensmuster können unmittelbar angewandt und eingeübt werden. Darüber hinaus ist der zeitliche und finanzielle Aufwand geringer (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:92).

Zeigt diese Vorgehensweise nicht den gewünschten Erfolg oder besteht bei der vorliegenden Essstörung bereits ein chronischer Verlauf, ist eine stationäre Behandlung durchzuführen. Dies ist auch dann der Fall, wenn mit einem deutlichen Untergewicht bereits gravierende physische (beispielsweise Entgleisungen des Elektrolythaushalts) oder psychische (wie etwa Persönlichkeitsstörungen) Folgeerscheinungen einhergehen oder ein erhöhtes Suizidrisiko vorliegt. Bei einer konfliktreichen Beziehung zur Familie bietet eine stationäre Therapie den Betroffenen die Möglichkeit, der belastenden Umgebung zumindest zeitweilig zu entkommen. Dementsprechend stellt dieses Setting eine Art Schutzsphäre dar, die Zuflucht vor den Problemen und Herausforderungen des Alltags bietet (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:86). Die stationäre Behandlung erfolgt in der Regel auf internistischen oder psychiatrischen Abteilungen, notfalls aber auch auf Intensivstationen. Bei krankheitsbedingter Uneinsichtigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung und bestehender Gefährdung der Betroffenen können diese auch in geschlossenen psychiatrischen Abteilungen untergebracht werden. Jegliche Form der Behandlung, die ohne Zustimmung des Patienten erfolgt, ist problematisch und wird daher auf die Abwendung von Gefahren auf das Leben beschränkt. Besteht keine unmittelbare Lebensgefahr mehr, gilt es, mittels therapeutischer Gesprächsführung eine zumindest teilweise Krankheitseinsicht des Patienten zu erlangen, auf deren Basis

die weiterführende Therapie aufgebaut werden kann (vgl. Cuntz/ Hillert, 2008:91f). Kinder und jugendliche Patientinnen können darüber hinaus in speziellen pädiatrischen Stationen untergebracht werden. Die Eltern sind in jedem Fall in die Behandlung und alle Entscheidungen ihr Kind betreffend mit einzubeziehen. Speziell bei der Betreuung junger Patientinnen gilt es zu bemerken, dass wetteiferndes Verhalten in Bezug auf die Aufmerksamkeit des betreuenden Personals und die Krankheit an sich auftreten kann (vgl. Honig/ Sharman, 2000:265ff). In der Regel zieht sich die stationäre Behandlung über mehrere Wochen und Monate (vgl. Sauter et al., 2006:716). Die stationäre Essstörungstherapie zielt auf die Wiederherstellung eines gesunden Körpergewichts, die Behandlung etwaiger physischer und psychischer Komplikationen, die Verbesserung der essstörungsspezifischen Psychopathologie, die Motivationsförderung und die Psychoedukation der Patientinnen ab (vgl. Wolfe/ Gimby, 2003:85). Die stationäre Behandlung sollte nach der Entlassung in jedem Fall ambulant fortgeführt werden (vgl. Sauter et al., 2006:722).

Intensivtherapeutische Wohngruppen schließen die Kluft zwischen ambulanter und stationärer Essstörungstherapie. Hierbei bleibt die Integration der Betroffenen in ihrem Alltag bestehen. Sie besuchen weiterhin die Schule, studieren oder gehen ihrem Beruf nach, leben allerdings gemeinsam und weitestgehend selbstständig in einer Wohngruppe zusammen, durch die eine professionelle Betreuung und Unterstützung gewährleistet wird (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:85f).

2.6.2 Ziele der Therapie

In erster Linie verfolgt die Therapie der Essstörung das Ziel, eine bestehende, akute Lebensgefahr für den Betroffenen abzuwenden und sein Körpergewicht zu normalisieren. Um den Fortgang und Erfolg der Behandlung zu gewährleisten, gilt es, die Motivation des Betroffenen zu fördern und Verhaltensweisen, die sich negativ auf die Therapie auswirken, abzubauen. In weiterer Folge wird eine Normalisierung des Ernährungsverhaltens angestrebt. Dazu erfolgt zunächst eine Aufklärung darüber, was unter einem normalen und gesunden Essverhalten zu verstehen ist. Gemeinsam mit dem Betroffenen wird an der Wiederherstellung eines zeitlich gegliederten, von der Kalorienmenge und dem Nährstoffgehalt her ausreichenden

Ernährungsverhaltens gearbeitet. Gleichzeitig werden etwaige körperliche Folge- und psychiatrische Begleiterscheinungen der Essstörung behandelt, sowie an einer Verbesserung der Stimmungslage und der Verhaltensregulation gearbeitet. Das Transparentmachen von Emotionen, Motiven, persönlichen Konflikten und fehlgeleiteten Kognitionen, die in Zusammenhang mit der Essstörung Einfluss auf das Denkmuster haben, sollen dabei helfen, eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz zu erzielen. Darüber hinaus hat die Therapie auch die Aufgabe, den Betroffenen bei der Erreichung seiner individuell gesetzten Ziele zu unterstützen. Wo angezeigt und zielführend kann das familiäre Umfeld des Betroffenen in die Behandlung miteinbezogen werden. Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist in jedem Fall auch die Rückfallprophylaxe, die einerseits einen möglichen Rückfall in die alten Verhaltens- und Denkmuster verhindern soll, andererseits den korrekten Umgang nahebringen soll, wenn dieser Fall dennoch eintreten sollte (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:97).

Als zentral können im Rahmen der Ziele der Essstörungstherapie Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Motivation für eine Behandlung, eine Gewichtsnormalisierung sowie die Arbeit an der Überbewertung von Essen, Figur und Gewicht gesehen werden (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:413f).

2.6.3 Therapieansätze

Anhand der Ätiologie der Essstörung wird ersichtlich, dass die Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit überwiegend im psychosozialen Bereich zu finden sind. Aufgrund dessen scheint es nicht weiter verwunderlich, dass bei der Behandlung hauptsächlich verschiedene Formen der Psychotherapie zum Einsatz kommen und sich dementsprechend auch der Großteil der wissenschaftlichen Forschung mit diesen Behandlungskonzepten befasst. Die Wirksamkeit anderer Konzepte wie beispielsweise einer Ernährungstherapie ist derzeit nicht belegt (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:81).

Aus den zuvor formulierten Zielen der Essstörungstherapie ergeben sich drei aufeinander folgende Phasen, die im Zuge der kognitiven Verhaltenstherapie, die bei der Behandlung von Essstörungen meistens zum Einsatz kommt, durchlaufen

werden:

Phase 1: Beziehungsaufbau, Motivationsförderung, medizinische Behandlung somatischer Begleit- und Folgeerscheinungen sofern erforderlich, Gewichtsnormalisierung;

Phase 2: kognitive Umstrukturierung, Arbeit am Selbstkonzept, mögliche Miteinbeziehung der Familie;

Phase 3: Rückblickende Betrachtung des bisherigen Therapieerfolges, Rückfallprophylaxe und Schulung im Umgang mit möglichen Rückfällen;

Je nach vorliegender Diagnose werden die Phasen an den Zustand und die Bedürfnisse des Patienten angepasst (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:98).

Die Behandlung von Essstörungen erfolgt mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden, wobei der interdisziplinäre Behandlungsansatz fünf wesentliche Aspekte vereint. Diese sind die (akut) medizinische Betreuung, Psychotherapie, sozial- und freizeitpädagogische Maßnahmen, Ernährungstherapie und Bewegungstherapie (vgl. Wunderer/ Schnebel, 2008:96f). Essstörungspatientinnen wissen in der Regel zwar gut über den Kaloriengehalt von einzelnen Nahrungsmitteln Bescheid, haben von gesunder und ausgewogener Ernährung aber wenig Ahnung. Die Essstörungstherapie sollte demnach Informationen über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährungsweise, Mechanismen der Gewichtsregulation und normale Gewichtswerte im Sinne eines Body-mass-Index zwischen 19 und 25 beinhalten (vgl. Sauter et al., 2006:729).

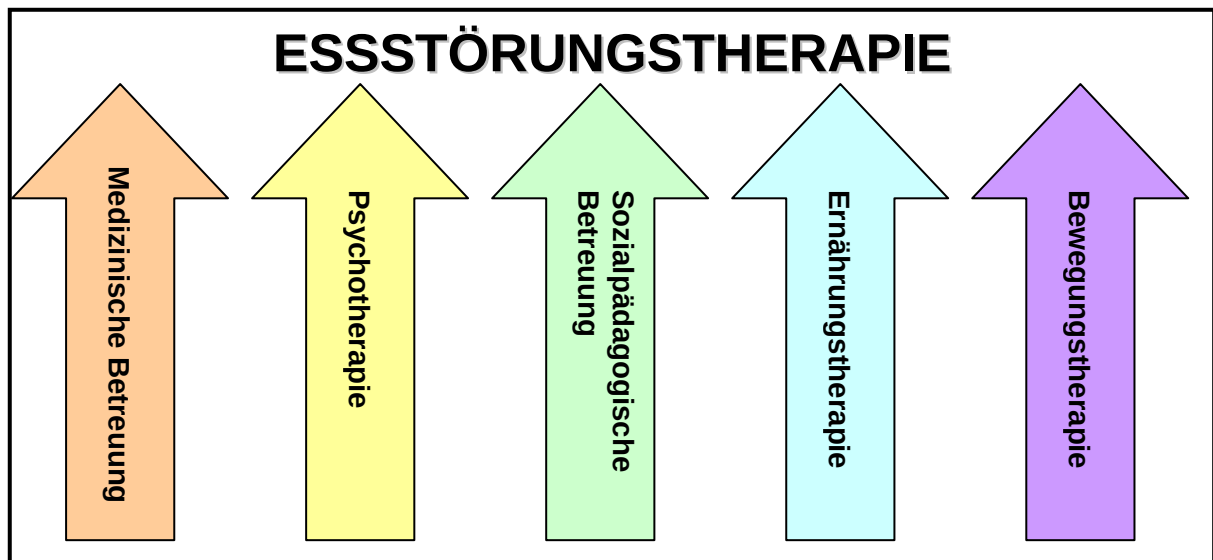


Abbildung 4: Säulen der Essstörungstherapie (modifiziert übernommen aus Wunderer/ Schnebel, 2008:97).

Wichtige Therapiebausteine sind etwa die Psychoedukation, also die genaue Aufklärung der Betroffenen über die Folgen der Krankheit, körperbezogene Therapien, die die Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz fördern sowie kreative Therapien, die einen Zugang zu den eigenen Emotionen erleichtert (vgl. Sauter et al., 2006:723). Soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining und die Einübung spezieller Problemlösungsstrategien sind ebenfalls wichtige Bestandteile der Therapie (vgl. Karwautz, 2006:133).

Die Behandlung der Anorexie zielt in erster Linie auf eine möglichst rasche und nachhaltige Gewichtszunahme und eine Besserung der essstörungsspezifischen Psychopathologie ab, also der eigenen Körperwahrnehmung und der Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht. Aufgrund der geringen Erkrankungsrate innerhalb der Bevölkerung, der langen Behandlungsdauer und der hohen Therapieabbruchsquote der Anorexia Nervosa liegen bislang nur sehr wenige Studien vor, die Rückschlüsse auf die Wirksamkeit psychologischer Therapieansätze zulassen. Ergebnisse gibt es allerdings im Bereich der Familien- und der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Effektivität der Familientherapie beschränkt sich allerdings auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (vgl. Biedert, 2008:23). Die Behandlung der Anorexie mittels Medikamente wie beispielsweise Antidepressiva ist nicht etabliert und liefert dementsprechend kaum Forschungsergebnisse (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:413f).

Nachdem bei Betroffenen der Anorexie oft eine mangelnde Krankheitseinsicht festgestellt werden kann und der subjektiv erlebte Leidensdruck, der vom Untergewicht und der Essstörungssymptomatik ausgeht, dementsprechend gering ist, gilt es zunächst, die Motivation für eine Therapie mithilfe von Aufklärung über die Entstehung, Natur und Auswirkungen der Erkrankung zu fördern. Danach wird in der Regel mit den Patientinnen gemeinsam ein individuelles Behandlungsmodell erstellt. Mittels Gewichtsverträgen werden Vereinbarungen darüber getroffen, in welchem Zeitraum die Gewichtszunahme zu erfolgen hat und wie viel Kalorien pro Mahlzeit zugeführt werden müssen. Anhand von Essprotokollen kann das Verhalten der Patientinnen überwacht und modifiziert werden. Dabei kommen Maßnahmen der Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung zum Einsatz, die die Betroffenen nach erfolgter Nahrungsaufnahme an kompensatorischem Verhalten hindern sollen (vgl. Biedert, 2008:26f). Die Gewichtszunahme an sich kann bereits zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtzustandes der Betroffenen führen. Die Essstörung aufrechterhaltende Faktoren werden identifiziert und die negative Selbstwahrnehmung im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie – der Familientherapie bei jüngeren Patientinnen – bearbeitet. Zentral sind hierbei die Überbewertung von Gewicht und Figur, die Essgewohnheiten und generelle psychosoziale Aspekte (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:413).

Die effektivste Therapieform für die Behandlung der Bulimie ist erwiesenermaßen die kognitive Verhaltenstherapie, die auf eine Modifikation der gestörten Verhaltensmuster und der essstörungsspezifischen Denkweise abzielt. Die Therapie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von fünf Monaten und bewirkt eine beträchtliche Verbesserung des Zustandes. Bei einem Drittel bis zu einer Hälfte der Betroffenen kann eine vollständige und dauerhafte Genesung beobachtet werden. Darüber hinaus zeigt eine ergänzende Behandlung mit Antidepressiva Auswirkungen auf die Stimmungslage der Patientinnen sowie die Häufigkeit des Auftretens von Essanfällen und kompensatorischem Verhalten (vgl. Fairburn/ Harrison, 2003:413). Auch bei der Behandlung der Bulimie steht zunächst die Motivationsarbeit im Mittelpunkt. Danach geht es in erster Linie um eine Normalisierung des gestörten Verhaltens in Bezug auf die Nahrungsaufnahme und Gewichtsregulation. Mittels Selbstbeobachtungsprotokollen können Faktoren, die als Auslöser eines Essanfalls gesehen werden können, identifiziert werden. Die Ausbildung eines kontrollierten,

geregelten Essverhaltens trägt ebenfalls wesentlich zur Reduktion der Essattacken bei. Des Weiteren werden Techniken eingeübt, die es ermöglichen, einen aufkommenden Heißhungeranfall zu unterdrücken (z.B. durch Ablenkung). Persönlichkeitsarbeit im Sinne des Aufbaus von Selbstbewusstsein und sozialer Kompetenz trägt dazu bei, negative Gefühle abzubauen, die andernfalls über die Ernährung zu lösen versucht werden. Wie auch bei der Therapie der Anorexie wird die Einstellung zu Essen, Figur und Gewicht bearbeitet (vgl. Biedert, 2008:49ff). Ernährungstagebücher können dabei helfen, den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Heißhungerattacken und möglichen äußeren Einflussfaktoren zu erkennen und dadurch ein besseres Verständnis der Erkrankung zu erlangen (vgl. Sauter et al., 2006:728). Ein zentraler Faktor der Essstörungstherapie ist die Psychoedukation. Hierbei finden bei der Behandlung von Bulimiepatientinnen in letzter Zeit unterschiedliche Medien wie etwa CD-ROMs oder das Internet Anwendung und konnten bisher gute Ergebnisse erzielen (vgl. Karwautz, 2006:133).

Bei der Therapie der Binge Eating Störung muss neben den für andere Essstörungsmanifestationen geltenden psychischen und kognitiven Faktoren auch das Körpergewicht in die Therapie miteinbezogen werden. Nachdem ein großer Teil der Betroffenen an Übergewicht oder gar Adipositas leidet, ergibt sich aus diesem Zustand ein bedenkliches gesundheitliches Risiko. Es herrscht vornehmlich Einigkeit darüber, dass neben der Behandlung der spezifischen Essstörungssymptomatik eine Gewichtsreduktion bei Binge Eating Patienten angebracht ist (vgl. König, 2008:30). Nachdem oftmals Diäten als ursächliche und/oder aufrechterhaltende Faktoren vermutet werden, sollte von dieser Maßnahme abgesehen werden, um die gewünschte Reduktion des Körpergewichts zu erzielen. In Bezug auf die Ernährung sollte vielmehr eine langfristige Ernährungsumstellung angestrebt werden, allein schon um dem gefürchteten Jojo-Effekt vorzubeugen (vgl. Marcus, 1999:133). Eine verminderte Energieaufnahme im Rahmen einer Diät bewirkt, dass der Körper den Grundumsatz reduziert. Bei einer anschließenden Normalisierung des Ernährungsverhaltens kommt es zu einer ungewollten Gewichtszunahme, die über das Ausgangsgewicht hinausgehen kann. Sportliche Betätigung wirkt diesem Prinzip entgegen, da sie den Energieumsatz im Körper erhöht (vgl. König, 2008:74). Die Teilnahme an Gewichtsreduktionsprogrammen hat nicht nur einen positiven Einfluss auf das Gewicht sondern auch auf die Stimmungslage der Betroffenen (vgl.

Marcus, 1999:133). Betrachtet man Übergewicht und Adipositas als chronische Krankheit, so ist es nicht weiter verwunderlich, dass Betroffene auch nach erfolgreicher Gewichtsabnahme der Betreuung bedürfen. Multiple Behandlungsansätze die eine Änderung des Lebensstils zur Gewichtsreduktion zum Ziel haben, erstrecken sich im Durchschnitt über einen Zeitraum von mindestens 20 Wochen (vgl. Foreyt/ Poston II, 1999:141).

3 ESSSTÖRUNGEN UND REPRODUKTIVITÄT

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Einflüsse der Essstörung auf die Fortpflanzung abgehandelt. Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt finden ebenso Erwähnung wie die Anpassung an die Mutterschaft und die Erziehung. Im Anschluss wird die Rolle der Pflege im Umgang mit Betroffenen der Essstörung während der Schwangerschaft erörtert.

3.1 Essstörungen und Fruchtbarkeit

Der fruchtbare Lebensabschnitt einer Frau beginnt mit dem Eintreten der ersten Menstruation zu Beginn der Pubertät und endet mit der Menopause, den sogenannten Wechseljahren etwa im 50. Lebensjahr (vgl. Goeschen/ Martius, 1983:243). Für einen regelmäßigen, fruchtbaren Zyklus ist ein gewisses Maß an Körperfett beziehungsweise ein bestimmtes Mindestkörporgewicht (47 Kilogramm) nötig. Für gewöhnlich stellt sich der weibliche Zyklus bei einem Körpergewicht, das mindestens 10 bis 15% von der Norm abweicht, ein (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:194f). Die Geschlechtsreife beim Mann tritt üblicherweise später, eher zu Ende der Pubertät ein, bleibt dafür jedoch bis ins hohe Alter erhalten. In der Regel ist die Fruchtbarkeit der Frau zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr am höchsten. Davor und danach treten gehäuft Zyklen ohne Eisprung auf. Für gewöhnlich erfolgt der Eisprung 14 Tage vor dem Eintreten der Monatsblutung. Zu diesem Zeitpunkt ist die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis am höchsten (vgl. Goeschen/ Martius, 1983:243f).

3.1.1 Ernährung vor der Schwangerschaft

Bereits zu einer Zeit, in der die meisten Frauen sich über eine möglicherweise bestehende Schwangerschaft noch nicht einmal bewusst sind, finden die größten und wichtigsten Entwicklungsschritte des Fötus statt. Schädliche Umwelteinflüsse sind daher bereits zu diesem frühen Zeitpunkt zu vermeiden. Bekanntermaßen haben der Konsum von Alkohol und Zigaretten einen schädlichen Einfluss auf die fötale Entwicklung. Darüber hinaus spielt allerdings auch die Ernährung eine wichtige

Rolle. Bei bestehendem Kinderwunsch ist es sinnvoll, bereits ein halbes Jahr vor Beginn der Schwangerschaft, sofern diese geplant ist, eine Analyse des Gehalts der Spurenelemente, Vitamine und Schwermetalle im Blut durchführen zu lassen. Folsäure hat zum Zeitpunkt der Empfängnis eine große Bedeutung. Ein Mangel dieses Nährstoffes erhöht die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens von Entwicklungsstörungen des fötalen Nervensystems und der Wirbelsäule, besser bekannt als Neuralrohrdefekt, der zu den Hauptverursachern einer Fehlgeburt zählt. In Westeuropa betrifft diese Störung etwa 1% aller Schwangerschaften. Eine tägliche Aufnahme von 0,4 mg Folsäure reduziert das Risiko für diesen Defekt erheblich (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:280f).

Aufgrund der Auswirkungen auf die Nährstoffaufnahme stellen ein restriktives Ernährungsverhalten sowie jedwede Substanzeinnahme, die der Gewichtsregulation dient, vor und zu Beginn der Schwangerschaft ebenso ein Risiko für das Auftreten des Neuralrohrdefekts dar. Zu diesen Substanzen zählen unter anderem Diuretika und Laxantien (vgl. Carmichael et al., 2003:1130). Generell sind eine ausgewogene Ernährungsweise und die Einnahme von Multivitamin-Mineral-Supplementen sowohl vor als auch während der Schwangerschaft empfehlenswert (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:282).

Natürlich hat auch die väterliche Ernährung einen Einfluss auf eine potentielle Schwangerschaft. Nikotin und Alkohol wirken sich negativ auf die Qualität und Anzahl der Samenzellen aus, wohingegen speziell Vitamin A, C und E sowie Zink einen positiven Einfluss haben (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:282).

3.1.2 Einfluss von Essstörungen auf die Fruchtbarkeit

Die menschliche Fortpflanzung – speziell die Fruchtbarkeit – ist empfindlich gegenüber Umwelteinflüssen und zieht einen enormen Energieaufwand mit sich, besonders von Seiten der Frau. (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:194). In Zeiten der Nährstoffknappheit setzt der Organismus Prioritäten, die in erster Linie das Überleben sichern sollen. Prozesse, die nicht vornehmlich dem Überleben dienen, wie etwa die Fortpflanzung, werden in Zeiten der Mangelernährung als nebensächlich angesehen und reduziert (vgl. Wade/ Jones, 2004:R1277).

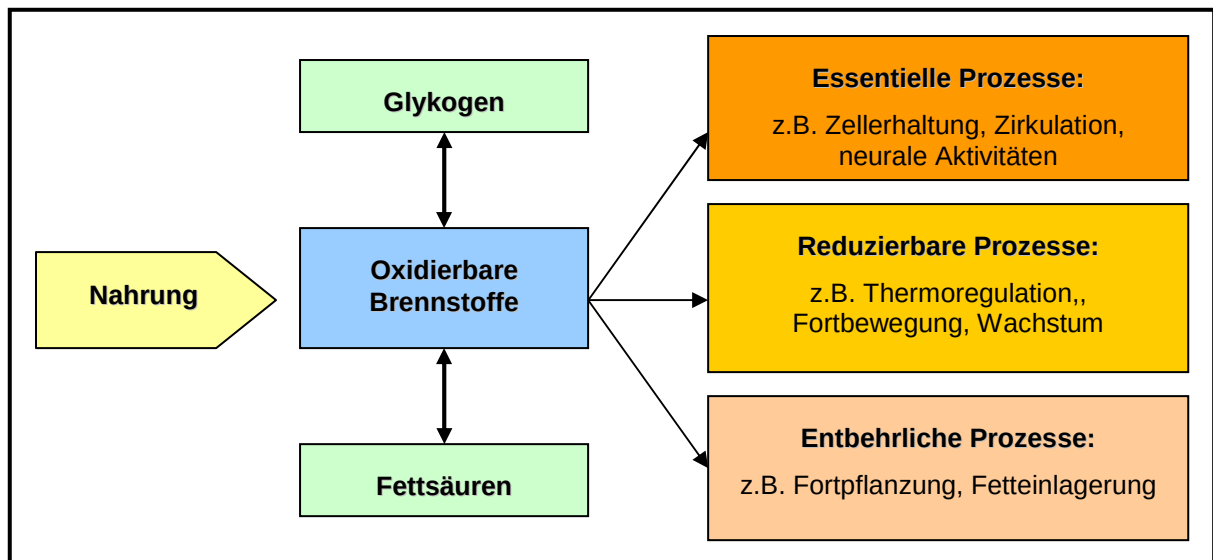


Abbildung 5: Oxidierbare Brennstoffe und die Priorität der Körperprozesse bei Mangelernährung (modifiziert übernommen aus Wade/ Jones, 2004:R1278).

Frauen mit einer aktuellen oder vergangenen Essstörungserkrankung leiden häufig an Unfruchtbarkeit und begeben sich deswegen oft in Behandlung. Allerdings wird die Essstörung, aufgrund der typischen Schuld- und Schamgefühle, meistens verschwiegen. In den meisten Fällen steht der Empfängnis nach einer Normalisierung des Gewichts und der Ernährung nichts mehr im Wege (vgl. Wolfe, 2005:258). Neueste Errungenschaften im Bereich der Reproduktionsmedizin ermöglichen auch Frauen mit einer aktiven Anorexia Nervosa und Amenorrhoe die Empfängnis. Daraus ergeben sich allerdings Fragen hinsichtlich möglicher Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft und bei der Geburt (vgl. Bulik et al., 1999:130).

Die aufgrund einer vorliegenden Essstörung abnorme Aufnahme von Energie über die Nahrung führt zu Veränderungen des Leptin-Spiegels innerhalb des Körpers. Leptin ist ein Hormon, das das zentrale Nervensystem konsequent über den Umfang des im Körper eingelagerten Fettgewebes unterrichtet. Eine positive Energiebilanz bewirkt die Speicherung von Fett und damit einen Anstieg des Leptin-Spiegels. Damit wird signalisiert, dass die Nahrungsaufnahme eingeschränkt und der Level der körperlichen Aktivität erhöht werden kann. Das umgekehrte Prinzip kommt bei einer negativen Energiebilanz zum Tragen. Neben dieser wichtigen Aufgabe beeinflusst Leptin auch die Fruchtbarkeit. Bei Unter- und Mangelernährung hemmt es die Produktion der Keimdrüsen und vermindert jegliche der Fortpflanzung dienende

Körpervorgänge. Dieser Ablauf soll den durch die verminderte Nahrungsaufnahme geschwächten Organismus entlasten und die reibungslose Funktion der lebensnotwendigen Stoffwechselvorgänge garantieren (vgl. Monteleone et al., 2004:524).

Amenorrhoe, also das Ausbleiben der Menstruation, ist eines der Diagnosekriterien für die Anorexia Nervosa. Amenorrhoe ist das Resultat einer Unterfunktion der Keimdrüsen, Hypogonadismus genannt. Starkes Untergewicht geht mit einer verminderten Produktion körpereigener Hormone einher, die die Fortpflanzung regulieren und die Produktion von Östrogen, einem der wichtigsten Fortpflanzungshormone, anregen. Östrogen wiederum beeinflusst das Auftreten der Menstruation. Bei Anorexie Patientinnen ist der Östrogen-Spiegel auf ein vorpubertäres Level reduziert. Üblicherweise normalisiert sich der weibliche Zyklus nach etwa sechs Monaten ab dem Zeitpunkt, an dem die Patientin einen BMI von mindestens 19 erreicht hat (vgl. Wolfe, 2005:257). Ein bekanntes Phänomen bei der Anorexia Nervosa ist die sexuelle Passivität (vgl. Elford/ Spence, 2002:67). Verglichen mit der gesunden Kontrollgruppe weisen untergewichtige Anorexie Patientinnen einen deutlich reduzierten Leptin-Spiegel auf, der sich mit der Wiederherstellung des Ausgangsgewichts allerdings wieder normalisiert. Es besteht demnach eine Verbindung zwischen dem individuellen BMI, dem Körperfettanteil und der Höhe der Konzentration des Leptins. In einigen Fällen kommt es, trotz Normalisierung des BMI, nicht zu der gewünschten Wiederherstellung eines normalen Menstruationszyklus. Die Ursache dafür liegt vermutlich darin, dass diese Frauen, obwohl der BMI nach der Gewichtszunahme als gesund bezeichnet werden kann, nach wie vor unterhalb des Körpergewichts lagen, dass sie vor der drastischen Gewichtsabnahme im Zuge der Anorexie gehabt hatten. Man kann davon ausgehen, dass der Organismus das aktuelle Gewicht nicht als optimal angesehen hat, was einen nach wie vor verminderten Leptin-Spiegel zur Folge hatte und den Fortbestand der Amenorrhoe begünstigte (vgl. Monteleone et al., 2004:525).

Nur etwa 45% der an Bulimie Erkrankten weist, trotz gesundem Körpergewicht, einen normalen Menstruationszyklus auf. Bis ca. 36% kommt es zu keinem Eisprung und ca. 18% weisen Anomalien in der zweiten Hälfte ihres Zyklus auf. Ursache hierfür sind unter anderem ein exzessives Bewegungsverhalten, eine restriktive

Ernährungsweise oder psychisch bedingter Stress (vgl. Elford/ Spence, 2002:67). Ähnlich wie bei der Anorexie sind geringe Östrogen Werte messbar. Man kann davon ausgehen, dass größere Gewichtsschwankungen mit Zyklusanomalien korrelieren (vgl. Wolfe, 2005:257). Bei Betroffenen der Bulimia Nervosa sind Leptin Werte anzutreffen die jeweils als normal, reduziert oder erhöht bezeichnet werden können, obwohl das Körpergewicht der wichtigste Faktor für die Konzentration des Leptins innerhalb des Organismus ist und Bulimie Patientinnen in der Regel normalgewichtig sind. Ein reduzierter Leptin-Spiegel kann allerdings mit einer längeren Krankheitsdauer und einer signifikant höheren Anzahl der täglichen Essattacken und des kompensatorischen Erbrechens in Verbindung gebracht werden. Aus der Fehlernährung bulimischer Patienten resultiert gewöhnlich ein Mangel an gewissen Nährstoffen und Spurenelementen. Die Vermutung liegt nahe, dass sich dieser Umstand auf die Leptin Sekretion auswirkt. Störungen im Menstruationszyklus oder gar das vollständige Ausbleiben der Monatsblutung sind bei Betroffenen der Bulimie eher selten, gehen allerdings mit einem verminderten Leptin-Spiegel einher, wenngleich diese Ergebnisse auch keine statistische Signifikanz erreichten (vgl. Monteleone et al., 2004:526). Simultan zur Anorexia Nervosa bietet eine unregelmäßige oder gänzlich ausbleibende Menstruation keinen Schutz vor einer ungeplanten Schwangerschaft. Dementsprechend treten bei Frauen, die an einer Bulimie leiden, häufiger ungeplante Schwangerschaften auf, als dies innerhalb der Gesamtbevölkerung der Fall ist (vgl. Morgan et al., 2006:490).

Es gilt jedoch zu bedenken, dass das Ausbleiben der Menstruation nicht zwangsläufig mit dem Ausbleiben des Eisprungs einhergeht. Das Vorhandensein einer Amenorrhoe verhindert eine mögliche Schwangerschaft nicht gänzlich (vgl. Mitchell-Gielegheem et al., 2002:187). Frauen mit einem gestörten Menstruationszyklus oder Amenorrhoe können, aufgrund der Annahme, dass sie wegen ihres Zustandes nicht fruchtbar seien, auf die Verwendung von Verhütungsmitteln beim Geschlechtsverkehr verzichten. Zyklusanomalien bedingen allerdings nicht zwangsläufig Unfruchtbarkeit (vgl. Wolfe, 2005:259). Darüber hinaus kann die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva wie der Pille bei Bulimie Patientinnen aufgrund des häufigen Erbrechens gemindert sein (vgl. Elford/ Spence, 2002:67). Schätzungen zufolge sind etwa 75% aller Schwangerschaften bei Betroffenen der Bulimia Nervosa aus diesen Gründen ungewollt. Die Fruchtbarkeitsrate bei

Anorexie Patientinnen gegenüber der Gesamtbevölkerung ist allerdings etwa um ein Drittel reduziert (vgl. Patel, 2002:5).

Betroffene der Binge Eating Störung weisen wiederum einen deutlich erhöhten Leptin Wert auf, was die positive Energiebilanz innerhalb des Organismus widerspiegelt. Verglichen mit übergewichtigen oder adipösen Menschen ohne Essstörungssymptomatik ist die Leptin Konzentration gleichwertig oder vernehmlich höher. Die Ursache dafür liegt vermutlich in den regelmäßigen Schüben der im Rahmen eines Essanfalls zugeführten Energiemenge (vgl. Monteleone et al., 2004:527).

Als Gruppe weisen übergewichtige und adipöse Frauen eine deutlich reduzierte Fruchtbarkeit gegenüber Normalgewichtigen auf (vgl. Kaneshiro et al., 2008:234). Bereits leichtes Übergewicht kann sich auf die Zeugungsfähigkeit auswirken. Innerhalb dieser Gruppe kommt es deutlich häufiger zu Störungen der Menstruation. Übergewicht in der Kindheit und dem frühen Erwachsenenalter erwiesen sich als Prädiktoren problematischer Menstruationszyklen. Für das Vorliegen einer Unfruchtbarkeit ist aber nicht einzig der Fettanteil innerhalb des Organismus ausschlaggebend, sondern auch die Fettverteilung. Eine zentrale Fettverteilung im Baubereich erwies sich gegenüber einer peripheren Verteilung als ungünstig für eine Schwangerschaft. Bereits ein relativ geringer Gewichtsverlust von etwa fünf Kilogramm verbessert nicht nur die Stoffwechselvorgänge sondern auch den Hormonstatus und trägt dazu bei, die Fruchtbarkeit zu erhöhen (vgl. Norman et al., 2004:267ff).

Natürlich spielt auch die männliche Fruchtbarkeit eine entscheidende Rolle für die menschliche Fortpflanzung. Unter übergewichtigen oder adipösen Männern konnte eine signifikante Verschiebung des Verhältnisses der Testosteron- gegenüber den Östrogenwerten beobachtet werden. Beide Hormone sind essentiell für die Fruchtbarkeit. Darüber hinaus wiesen Männer mit einem höheren BMI deutliche Unterschiede hinsichtlich der Qualität und Quantität der Samenzellen auf. Männer mit einem Body-Mass-Index von 32 bis 34 litten schließlich doppelt so oft an Unfruchtbarkeit wie Männer mit einem BMI-Wert von 20 bis 22. Ein zu geringer BMI (unter 20) führte indes ebenso zu einem erhöhten Unfruchtbarkeitsrisiko. Generell lässt sich sagen, dass sowohl bei Männern mit einem Body-Mass-Index unter 20

als auch über 25 die höchste Rate an divergentem Sperma gefunden wurde. Dazu zählen eine geringere Mobilität der Samenzellen sowie eine häufiger auftretende Fragmentierung der DNA der Zellen (vgl. Nguyen et al., 2007:2488ff).

3.2 Essstörungen und Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft müssen sich Körper und Körperfunktionen der Schwangeren an die neue Situation anpassen. Die daraus resultierenden Veränderungen umfassen den Hormonhaushalt, Stoffwechsel und Kreislauf der werdenden Mutter (vgl. Kühne [Hrsg.], 2004:511).

Doch nicht nur der Organismus stellt sich auf die veränderten Lebensumstände ein. Auch die persönlichen Einstellungen gegenüber der Ernährung und das Essverhalten an sich verändern sich und passen sich an. Diese Änderungen vollziehen sich bei allen Frauen, nicht nur bei jenen, die unter einer Essstörung leiden (vgl. Crow et al., 2008:277). In der Regel beeinflusst eine Essstörung neben der Ernährungsweise an sich auch den Hormonhaushalt, den Stoffwechsel und die Psyche. Änderungen diesbezüglich wirken sich wiederum unter Umständen negativ auf die Schwangerschaft aus (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:943). Auch die sozialen Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen sind in dieser Zeit gravierenden Änderungen unterworfen (vgl. Patel, 2002:5).

3.2.1 Ernährung während der Schwangerschaft

Die Ernährung beeinflusst neben der Fruchtbarkeit und dem Eisprung auch die frühe fötale Entwicklung (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:195).

Während der Schwangerschaft gewinnen der Lebensstil und die Ernährungsgewohnheiten einer Frau zunehmend an Bedeutung. Die Nährstoffe, die von der werdenden Mutter in Form ihrer Ernährung zu sich genommen werden, versorgen über die Nabelschnur und die Plazenta auch den Fötus. Wenngleich eine Schwangere im Verlauf der Schwangerschaft streng genommen also für Zwei essen muss, bedeutet das nicht, dass sie wirklich die normalerweise benötigte Nährstoff- und Kalorienmenge verdoppeln muss (vgl. Burgerstein/ Zimmermann, 2007:283).

Tatsächlich steigert sich der Energiebedarf hormonell bedingt nur um etwa 10 bis 20%. Dementsprechend ist eine Gewichtszunahme der Frau von etwa 450 Kilogramm pro Woche während der Schwangerschaft als ausreichend zu bezeichnen (vgl. Leichtweiß/ Schröder, 2004:511).

Allgemein wird der Ernährung eine positive Auswirkung auf den Schwangerschaftsausgang nachgesagt. Eine ausgewogene Ernährung, die alle wichtigen Nährstoffe, Vitamine und Mineralien enthält, sorgt für eine optimale Versorgung des mütterlichen und fötalen Organismus. Während der Schwangerschaft sollte besonders viel Wert auf Eisen, Vitamin D, Kalzium und Folsäure gelegt werden (vgl. Burgenstein/ Zimmermann, 2007:290).

Schwangerschaftsbedingt treten gewisse Veränderungen des Ernährungsverhaltens auch bei Frauen auf, die nicht unter einer diagnostizierten Essstörung leiden und in der Hinsicht als gesund zu bezeichnen sind. In der Regel werden im Verlauf der Schwangerschaft mehr und öfter Nahrungsmittel verzehrt. Hauptgrund für dieses Verhalten ist der Glaube, dadurch zur Gesundheit des ungeborenen Kindes beizutragen. Aus demselben Grund werden vermehrt Lebensmittel konsumiert, die als gesund gelten, allerdings normalerweise eher weniger zu sich genommen werden. Zu diesen zählen unter anderem Milchprodukte, Obst und Gemüse. Des Weiteren ist es nicht ungewöhnlich, dass sich im Laufe der Schwangerschaft besondere Gelüste oder Abneigungen gegenüber bestimmten Lebensmitteln einstellen (vgl. Fairburn/ Welch, 1990:155f). Welche Nahrungsmittel in dieser Zeit konsumiert werden, hängt auch mit der Tradition und gesellschaftlichen Bräuchen zusammen (vgl. Lai et al., 2006:304).

Mit der Schwangerschaft gehen gravierende Änderungen des mütterlichen Hormonhaushalts einher, die sich auch auf das Hormon Leptin erstrecken. In der Regel sind bei schwangeren Frauen hohe Leptin-Spiegel messbar, die allerdings keinen direkten Einfluss auf das Ernährungsverhalten während der Schwangerschaft zu haben scheinen. Üblicherweise reagiert der Organismus auf einen hohen Leptin-Spiegel mit erhöhter körperlicher Aktivität. Auch das ist während der Schwangerschaft nicht der Fall. Der Körper der schwangeren Frau scheint demnach eine Art Resistenz gegen die Auswirkungen des Leptins zu entwickeln. Nach der

Geburt kommt es für gewöhnlich zu einem rapiden Abfall des Leptin-Spiegels (vgl. Moschos et al., 2002:438f).

Siega-Riz et al. (2008) stellten im Rahmen ihrer Untersuchung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten Betroffener der Binge Eating Störung und der Bulimia Nervosa während der ersten Hälfte der Schwangerschaft fest, dass Binge Eating Betroffene gegenüber der Vergleichspopulation ohne diagnostizierte Essstörung eine signifikant höhere Energieaufnahme über die Ernährung aufwiesen. Darüber hinaus nahmen diese Frauen weniger Folsäure und Vitamin C zu sich. Allgemein war der Fett- und Zuckeranteil der Nahrung deutlich erhöht, wohingegen Obst und Gemüse weniger häufig konsumiert wurden. Dieser Umstand begünstigt eine höhere Gewichtszunahme im Laufe der Schwangerschaft. Weiters stellte sich heraus, dass ein wesentlicher Anteil der Frauen mit einer diagnostizierten Bulimie vor Beginn der Schwangerschaft im Zuge derer eine Binge Eating Störung entwickelten (vgl. Siega-Riz et al., 2008:1351f).

3.2.2 Veränderung von Gewicht und Körperumfang

Eine Gewichtszunahme im Zuge der Schwangerschaft ist unvermeidlich und natürlich. Dieser Umstand wird von der Gesellschaft unterstützt und gutgeheißen. Eine Frau erfährt während der Schwangerschaft in der Regel Respekt und Akzeptanz von ihrer Umwelt. Nichtsdestotrotz können Betroffene einer Essstörung starke negative Gefühle hinsichtlich der erlebten Gewichtszunahme im Rahmen der Schwangerschaft erleben (vgl. Patel, 2002:5).

Durchschnittlich nimmt eine Frau, abhängig von ihren Ernährungsgewohnheiten und ihrem Körpertyp, zwischen 11 und 16 Kilogramm vom Zeitpunkt der Empfängnis bis hin zur Geburt zu. Bei Mehrlingsschwangerschaften kann natürlich auch mit einer dementsprechend höher ausfallenden Gewichtszunahme gerechnet werden. Das zugenommene Gewicht fällt nicht ausschließlich auf den sich entwickelnden und wachsenden Fötus, die Plazenta und das Fruchtwasser. Zwei Drittel der Gewichtszunahme resultieren aus einer Vergrößerung der Brüste und der Gebärmutter sowie der Erhöhung der im Körper zirkulierenden Blutmenge und der vermehrten Wasser- und Fetteinlagerung, die die Versorgung des kindlichen und

mütterlichen Organismus gewährleisten sollen (vgl. Lees et al., 2002:83).

Idealerweise sollte vor Beginn der Schwangerschaft Normalgewicht im Sinne eines Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 24,9 bestehen. Sowohl deutliches Unter- als auch Übergewicht können mit gesundheitlichen Risiken und möglichen Komplikationen für Mutter und Kind während der Schwangerschaft und bei der Geburt einhergehen. Bei deutlichem Übergewicht und Fettleibigkeit besteht eine größere Belastung für den Organismus, als das bei Normalgewichtigen der Fall wäre. Besonders Herz, Kreislauf und Verdauung sehen sich mit größeren Anstrengungen konfrontiert, die sich im Laufe einer Schwangerschaft noch zusätzlich steigern können. Das gesundheitliche Risiko, das sich aus dem Untergewicht ergibt, resultiert aus Störungen des Hormonhaushaltes und einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionskrankheiten. Darüber hinaus sind in der Regel die für die Geburt nötigen Kraft- und Energiereserven kaum vorhanden (vgl. Brusis, 1983:23).

Über 20% aller schwangeren Frauen berichten über eine Angst vor der Schwangerschaft oder der Geburt. Speziell berichten sie über Ängste in Bezug auf Schmerzen während des Geburtsvorgangs, Angst vor möglichen Komplikationen, die mit dem Tod enden können, mangelndes Vertrauen in die Geburtshelfer oder Angst vor der Entbindung von einem missgebildeten oder physisch beeinträchtigten Kind (vgl. Hofberg/ Ward, 2003:506f). Letztere Sorge ist bei Essstörungspatientinnen in der Schwangerschaft weit verbreitet und unabhängig davon, ob Symptome der Krankheit während der Schwangerschaft bestehen oder nicht. In der Regel verschwinden diese Ängste aber ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel (vgl. Edelstein/ King, 1992:174ff). Nachdem eine bestehende Essstörung für die Betroffenen mit deutlichen Sorgen und Ängsten in Bezug auf ihre Figur und ihr Gewicht einhergeht, liegt die Vermutung nahe, dass die Schwangerschaft, die unweigerlich mit deutlichen Veränderungen dieser beiden Faktoren einhergeht, zu einer potentiellen Verschärfung der Symptomatik führt (vgl. Blais et al., 2000:148). Für viele Frauen stellt die Schwangerschaft die erste bedeutende Veränderung des eigenen Körpers seit der Pubertät dar (vgl. Patel, 2002:5).

Fairburn und Welch (1990) fanden in ihrer Studie an 50 Erstgebärenden ohne aktuell vorhandener Essstörung (vier litten in der Vergangenheit an einer Bulimia Nervosa, waren allerdings in den letzten drei Monaten vor der Empfängnis symptomfrei)

heraus, dass 40% Angst vor einer zu großen Gewichtszunahme im Rahmen der Schwangerschaft hatten. 46% der Frauen gaben an, keine Bedenken wegen des schwangerschaftsbedingten Anstiegs des Gewichts zu empfinden, 24% waren diesbezüglich verunsichert und 30% berichteten von weniger Befürchtungen in Bezug auf das Körpergewicht als sie es vor Beginn der Schwangerschaft erlebt hatten. 72% befürchteten allerdings, nach der Geburt nicht wieder zu ihrem Ursprungsgewicht zurückkehren zu können. Die Stichprobe wurde in zwei Gruppen unterteilt. Jene Teilnehmer, die in der Vergangenheit Erfahrungen mit Diäten zur Gewichtskontrolle gemacht hatten, waren im Verlauf der Schwangerschaft eher um Figur und Gewicht besorgt. Auch kamen Episoden des Überessens bei dieser Gruppe häufiger vor, was bei manchen Frauen zu einer deutlich höheren Gewichtszunahme führte und das Risiko unter anderem für Bluthochdruck während der Schwangerschaft erhöhte. Auch hatten diese Frauen eher geplant, nach der Schwangerschaft mittels Diät anstatt mittels körperlicher Betätigung wieder auf ein normales Gewicht zu kommen (vgl. Fairburn/ Welch, 1990:156ff).

Nichtsdestotrotz ist im Verlauf der Schwangerschaft bei Frauen, die an einer Essstörung leiden, ein Rückgang des Schweregrades der Symptomatik, inklusive der Sorgen um Figur und Gewicht, zu erkennen (vgl. Blais et al., 148). Mit dem Thema Gewicht sollte in dieser Zeit dennoch vorsichtig umgegangen werden. Speziell das regelmäßige Wiegen, das im Rahmen der Schwangerenbetreuung durchgeführt wird, kann starke negative Gefühle bei Essstörungspatientinnen auslösen (vgl. Patel, 2002:5).

3.2.3 Essstörungsverlauf während der Schwangerschaft

In der Literatur werden zwei mögliche Szenarien beschrieben, die sich auf den Essstörungsverlauf während der Schwangerschaft beziehen.

Im ersten Szenario wird davon ausgegangen, dass sich das Essverhalten mit fortschreitender Schwangerschaft deutlich verbessert. Der genaue Mechanismus, der hinter diesem Phänomen steckt, ist bisher noch unklar. Ein möglicher Grund ist die Veränderung des Hormonhaushaltes der Frau während der Schwangerschaft (vgl. Blais et al., 2000:148). Es scheint, dass die Sorge um Figur und Gewicht im Verlauf der Schwangerschaft zusehends an Bedeutung verliert und stattdessen die

Sorge um das Wohlergehen des Kindes die Überhand gewinnt (vgl. et al., 2005:178). Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Micali et al., 2007b:297). Eine starke emotionale Bindung der Frau mit dem ungeborenen Kind kann dazu beitragen, dass sie besonders viel Wert auf eine gesunde Ernährung während der Schwangerschaft legt (vgl. Lai et al., 2006:304). Manche Frauen berichten, dass sie das Gefühl hätten, ihr Kind verdiene es, ausreichend ernährt zu werden, auch wenn sie das gleiche nicht von sich selbst behaupten könnten. Mit diesem Argument geben sie sich demnach die Erlaubnis für ein unbeschwerteres Essverhalten während der Schwangerschaft. Dieser Umstand erschwert allerdings die Erkennung der Krankheit. Darüber hinaus gilt es zu bemerken, dass mit der Geburt des Kindes auch der Grund für ein entspannteres Essverhalten wegfällt und das Risiko für einen Rückfall steigt (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186). Neben der Sorge um das Wohlergehen des Kindes kann ein Rückgang der Essstörungssymptomatik während der Schwangerschaft auch mit einer gesteigerten Lebensqualität an sich in Verbindung gebracht werden. Frauen tendieren in dieser Zeit dazu, besonders auf sich und ihr Wohlbefinden zu achten. Die Erwartungen, die von der Gesellschaft an das Individuum gestellt werden, gehen zurück und das persönliche Umfeld zeigt sich in der Regel sehr unterstützend. Das reduzierte Auftreten jeglicher Maßnahmen, die der Gewichtskontrolle dienen, legt nahe, dass die Schwangerschaft positive Auswirkungen auf die Impulskontrolle hat (vgl. Rocco et al., 2005:178f). Einer Studie von Lemberg und Phillips (1989) zufolge berichteten 70% der befragten Bulimie und Anorexie Patientinnen über eine deutliche Besserung der Essstörungssymptomatik im Verlauf der Schwangerschaft. Rückblickend gab weniger als ein Drittel der Befragten an, das Gefühl gehabt zu haben, die Kontrolle über die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft zu verlieren (vgl. Lemberg/ Phillips, 1989:293).

Manche Betroffene begeben sich vor der Empfängnis in psychotherapeutische Behandlung, um sich bestmöglich auf die Schwangerschaft vorbereiten zu können. Oft sehen Essstörungspatientinnen die Schwangerschaft gar bewusst als Möglichkeit für eine Besserung ihres Zustandes an. Dies birgt allerdings möglicherweise die Gefahr, dass unrealistische Erwartungen nicht erfüllt werden können. Dieser Umstand kann zu einer vorzeitigen Beendigung der Essstörungstherapie führen und sollte demnach unbedingt berücksichtigt werden (vgl. Edelstein/ King, 1992:173ff).

Neben dem Rückgang bulimischen Verhaltens, also dem Auftreten von Heißhungerattacken und anschließenden kompensatorischen Maßnahmen, ist auch ein Rückgang bei der Anwendung von Psychopharmaka bei Bulimie Patientinnen im Verlauf der Schwangerschaft zu bemerken. Als Ursache hierfür wird einerseits neuerlich die Sorge um das Wohlergehen des Kindes genannt, andererseits ist es möglich, dass dieser Umstand mit dem reduzierten Auftreten der essstörungsspezifischen Kernpsychopathologie einhergeht. Widererwarten hatte die Reduktion der Psychopharmaka keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von Heißhungeranfällen und kompensatorischen Maßnahmen in der Schwangerschaft (vgl. Blais et al., 2000:147). Nachdem Psychopharmaka wie etwa Antidepressiva einen negativen Einfluss auf die fötale Entwicklung haben können, sollte deren Einnahme während der Schwangerschaft medizinisch abgeklärt werden (vgl. Edelstein/ King, 1992:177f).

Das zweite Szenario beschreibt dagegen, dass es im Zuge der schwangerschaftsbedingten Veränderungen von Figur und Gewicht zu einer Verschärfung der essstörungsspezifischen Kernpsychopathologie und des kompensatorischen Verhaltens kommt, insbesondere bei Frauen, die bezüglich ihres gestörten Essverhaltens noch keine Therapie in Anspruch genommen haben (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186). 21% der Betroffenen der Bulimie und Anorexie berichteten in einer Studie von Lemberg und Phillips (1989) von einer Intensivierung ihrer Symptomatik. Als ursächlich gaben sie die Angst vor der Gewichtszunahme im Rahmen der Schwangerschaft an (vgl. Lemberg/ Phillips, 1989:293). Darüber hinaus sind ebenfalls Fälle beschrieben, in denen die Essstörungssymptomatik während der Schwangerschaft mit ähnlicher Intensität bestehen bleibt (vgl. Micali et al., 2007b:297). Dies betrifft im Speziellen selbstinduziertes Erbrechen, die übermäßige Sorge um Figur und Gewicht, exzessive körperliche Betätigung und restriktives Essverhalten. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit einer Nährstoffunterversorgung des Fötus, die weitreichende Auswirkungen auf den Schwangerschaftsausgang haben kann (vgl. Blais et al., 2000:147).

Turton et al. (1999) fanden heraus, dass etwa ein Drittel aller Frauen, die in den letzten zwei Jahren vor ihrer Schwangerschaft von einer vorhandenen Essstörungssymptomatik berichteten, solche auch im Verlauf der Schwangerschaft

aufwiesen, wenngleich es zu bemerken gilt, dass diese weniger stark ausgeprägt waren als zuvor (vgl. Turton et al., 1999:450f). Bei allen Essstörungsmanifestationen ist laut Crow et al. (2008) ein Rückgang der Symptomatik während der Schwangerschaft zu beobachten. Die Häufigkeit des Auftretens von Heißhungerattacken ist ebenso verringert wie darauffolgendes kompensatorisches Verhalten, das auf die Gewichtsreduktion abzielt. Darüber hinaus reduziert sich auch das Ausmaß der essstörungsspezifischen Kernpsychopathologie. Die Sorgen um Figur und Gewicht werden in der Regel von Essstörungspatienten während der Schwangerschaft weniger stark wahrgenommen als vor der Empfängnis oder nach der Geburt. Diese Erkenntnisse sind allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da die prospektive Studie mit einer relativ kleinen Stichprobe arbeitete (vgl. Crow et al., 2008:278f). Wenngleich die Sorge um Figur und Gewicht während der Schwangerschaft von Frauen mit einer aktuellen Essstörung geringer wahrgenommen werden als vor der Empfängnis, sind diese im Vergleich zur Gesamtbevölkerung doch deutlich präsenter. Auch Frauen mit einer vergangenen Essstörung berichten über Unsicherheit in Bezug auf ihr Aussehen. Verglichen mit dem Ausmaß dieser vor der Schwangerschaft sind die Sorgen um Figur und Gewicht währenddessen allerdings erhöht (vgl. Micali et al., 2007b:302).

Eine Studie an über 40 000 Schwangeren in Norwegen ergab eine Prävalenz von 0,2% für Bulimia Nervosa, 4,8% für die Binge Eating Störung und weniger als 0,1% für die Restkategorie der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen. Nachdem das für die Diagnose der Anorexia Nervosa relevante Körpergewicht während der Schwangerschaft nicht erhoben werden konnte, liegen keine Zahlen für diese Erkrankung vor. Innerhalb der gleichen Stichprobe waren vor Beginn der Schwangerschaft Prävalenzraten von 0,7% für Bulimia Nervosa, 1,5% für die Binge Eating Störung und 0,1% für die Residualkategorie vernehmbar. Im Verlauf der Schwangerschaft konnten bei Frauen, die an einer diagnostizierten Bulimie oder Nicht Näher Bezeichneten Essstörung litten, ein Rückgang der bulimischen Symptome festgestellt werden. Betroffene der Binge Eating Störung erlebten dagegen öfter ein Fortbestehen der Symptomatik während der Schwangerschaft. Ein erstmaliges Auftreten während der Schwangerschaft war für diese Essstörungsmanifestation auch üblicher als für die anderen. Damit assoziiert waren unter anderem ein höherer BMI vor der Schwangerschaft, mehr vorangegangene

Schwangerschaften, mindestens eine Abtreibung sowie ein geringeres Einkommen und Bildungsniveau. Aus biologischer Hinsicht könnten die neuroendokrinologischen Veränderungen im Verlauf der Schwangerschaft, die sich auf den Stoffwechsel, Appetit und die Stimmung auswirken, zur Entstehung dieser Form der Essstörung beitragen. Darüber hinaus kann die Verabsäumung der Anpassung des Ernährungsverhaltens an die gestiegenen Bedürfnisse das Entstehen von Heißhungeranfällen begünstigen (vgl. Bulik et al., 2007:1115ff).

Als Prädiktoren für gestörtes Essverhalten während der Schwangerschaft erweisen sich demnach allgemein ein geringes Alter, vorhergehende Essstörungssymptomatik, ein niedriges Bildungsniveau, eine unzufriedenstellende Wohnsituation, ein niedriges Dienstverhältnis und eine frühere Fehlgeburt. Weitere Faktoren, die gestörtes Essverhalten während der Schwangerschaft ankündigten, die jedoch keine signifikante Ausprägung erreichten, waren depressive Symptome, eine frühere Totgeburt und die erste Schwangerschaft der Frau. Nicht ganz klar ist jedoch, inwieweit die Schwangerschaft selbst als Auslöser einer Essstörung bei manchen Frauen angesehen werden kann (vgl. Turton et al., 1999:450f). Schwangerschaft und Geburt können jedoch dazu führen, dass sich bei manchen Frauen aus leicht gestörtem Essverhalten und einer Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung eine klinische Essstörung entwickelt (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:185).

Nachdem Essstörungen aufgrund von Schamgefühlen oftmals verheimlicht werden, kann davon ausgegangen werden, dass das Vorkommen der Symptomatik ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung auch bei schwangeren Frauen unterschätzt wird. Da sich Frauen allerdings während der Schwangerschaft in der Regel in medizinischer Betreuung befinden, erweist sich dieser Umstand für die Erkennung und Therapie der Krankheit als günstig. Hinzu dürfte eine gesteigerte Behandlungsmotivation, dem Kind zuliebe, kommen (vgl. Turton et al., 1999:450f). Es sei an dieser Stelle jedoch festgehalten, dass eine unerkannte und unbehandelte Essstörung zu beträchtlichen Komplikationen für Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt führen kann (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:185). Dennoch lässt sich vermuten, dass sich die Zeit der Schwangerschaft für Frauen, die an einer Essstörung leiden, positiv auf das Ernährungsverhalten und die Körperwahrnehmung auswirkt. Möglicherweise wirkt sich besonders in dieser Lebensphase eine Therapie günstig auf den weiteren

Krankheitsverlauf aus (vgl. Crow et al., 2008:279).

3.2.4 Essstörungsbedingte Komplikationen

Die tatsächlichen Auswirkungen einer Essstörung auf die Schwangerschaft können nicht mit voller Gewissheit dargestellt werden, da Studien zu diesem Thema methodische Defizite aufweisen, mit sehr kleinen Stichproben arbeiten oder als Fallstudien angelegt sind. Die am häufigsten beschriebenen Komplikationen bei Anorexie oder Bulimie Patientinnen sind eine unzureichende oder übermäßige Gewichtszunahme, ein höheres Fehlgeburtenrisiko und Hyperemesis gravidarum, die Schwangerschaftsübelkeit (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:943). Kouba et al. (2005) fanden heraus, dass Frauen die in ihrer Vergangenheit an einer Essstörung gelitten hatten, im Verlauf der Schwangerschaft deutlich öfter über Schwangerschaftsübelkeit klagten als jene, die keine Erfahrung mit dieser Erkrankung hatten (vgl. Kouba et al., 2005:259). Ein häufigeres Auftreten von berichteter Schwangerschaftsübelkeit besonders bei Bulimie Patientinnen kann allerdings auch den Versuch darstellen, essstörungsbedingtes Erbrechen hinter normalen Schwangerschaftssymptomen zu verbergen (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:943).

Anämien und Bluthochdruck treten bei Essstörungspatientinnen während der Schwangerschaft ebenso gehäuft auf wie ein eingeschränktes intrauterines Wachstum des Fötus (vgl. Kouba et al., 2005:259). Letzteres stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die perinatale Sterblichkeit dar (vgl. Petersen Sollid et al., 2003:206). Allerdings konnte bei Kindern, bei welchen im Verlauf der Schwangerschaft ein eingeschränktes intrauterines Wachstum festgestellt worden war, ein beschleunigtes Wachstum nach der Geburt beobachtet werden (vgl. Wolfe, 2005:258). Wenngleich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen mit einer aktiven und Frauen mit einer remittierten Essstörung hinsichtlich der durchschnittlichen Gewichtszunahme im Zuge der Schwangerschaft beobachtet werden konnten, wies erstere Gruppe in der Regel eine geringere Gesamtzunahme auf. Dies bezieht sich besonders auf jene Frauen, die Erfahrungen mit der Anorexia Nervosa gemacht hatten. Dieser Umstand weist auf ein möglicherweise restriktives Essverhalten während der Schwangerschaft hin (vgl. Kouba et al., 2005:259).

Neben einem eingeschränkten Essverhalten haben auch andere Maßnahmen, die

auf eine Gewichtsreduktion und –kontrolle abzielen, negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf und Geburtsausgang. Zu solchen Verhaltensweisen zählen Erbrechen, das nicht von einer möglichen Schwangerschaftsübelkeit herrührt, und ein exzessives Bewegungsverhalten. Der Missbrauch von Laxantien und Diuretika sowie appetithemmenden Medikamenten während der Schwangerschaft kann zu fötalen Fehlbildungen führen. Unter- und Mangelernährung können das Immunsystem schwächen und zu einem vermehrten Auftreten von Infektionen im Verlauf der Schwangerschaft führen. Auch das Risiko einer Frühgeburt wird durch einen derartigen Zustand erhöht (vgl. Petersen Sollid et al., 2004:209f). Darüber hinaus berichten Frauen mit Anorexie oder Bulimie Erfahrungen häufiger über vaginale Blutungen während der Schwangerschaft. In selteneren Fällen kann die Heilung etwa nach einem Dammschnitt beeinträchtigt sein (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186).

Neben zu geringem geht auch zu hohes Gewicht vor Beginn und im Verlauf der Schwangerschaft mit deutlich erhöhten Komplikationen einher. Frauen mit Übergewicht oder Adipositas leiden im Verlauf der Schwangerschaft deutlich häufiger an Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Harnwegsinfektionen und/oder Blutvergiftungen. Darüber hinaus bringen Schwangere mit einem hohen BMI vor der Schwangerschaft häufiger Kinder mit einem überdurchschnittlich hohen Geburtsgewicht zur Welt, benötigen öfter einen Kaiserschnitt und müssen mit längeren Krankenhausaufenthalten nach der Geburt rechnen (vgl. Norman et al., 2004:271).

Bei einer diagnostizierten und aktiven Essstörung besteht daher die Empfehlung, eine geplante und gewollte Schwangerschaft zumindest so lange zu verzögern, bis eine deutliche Remission der Erkrankung erkennbar wird. Die Besserung der Essstörungssymptomatik ist durch eine adäquate Therapie zu erreichen (vgl. Petersen Sollid et al., 2004:210). Speziell Frauen mit einer diagnostizierten, aktiven Essstörung zum Zeitpunkt der Empfängnis sollten hinsichtlich der Möglichkeit von auftretenden Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt als Hochrisikogruppe angesehen werden (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186).

3.3 Essstörungen und Geburt

In der Regel dauert eine Schwangerschaft von der Empfängnis bis zur Geburt 38 Wochen. Nachdem der Beginn der Schwangerschaft jedoch üblicherweise mit dem ersten Tag der letzten erfolgten Menstruation angegeben wird, ist auch die Schwangerschaftsdauer für gewöhnlich mit 40 Wochen angeführt (vgl. Leichtweiß/Schröder, 2004:503). Bei einer Schwangerschaft, die weniger als 37 Wochen dauert, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruationsblutung, spricht man von einer Frühgeburt (vgl. Riegel, 1983:521). Darüber hinaus weisen die Kinder ein geringeres Geburtsgewicht auf, nämlich weniger als 2500 Gramm. Da die Körperlänge größeren Schwankungen unterliegt, wird sie nicht zur Bestimmung herangezogen (vgl. Pschyrembel, 1967:763). Die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Kindes nach der Geburt erfolgt mittels Apgar-Score. Dieser umfasst Informationen zu Hautfarbe, Atmung, Reflexerregbarkeit, Muskeltonus und Herztätigkeit des Neugeborenen (vgl. Riegel, 1983:532). Binnen einer Stunde nach der Geburt misst die Hebamme das Geburtsgewicht, die Scheitel-Fersen-Länge und den Kopfumfang (vgl. Krone, 1983:388).

3.3.1 Geburtsausgang

Methodische Einschränkungen limitieren die Aussagekraft der Studien zu diesem Thema (vgl. Wolfe, 2005:258). Das mütterliche Gewicht zum Zeitpunkt der Empfängnis und der Geburt hat einen enormen Einfluss auf das kindliche Geburtsgewicht (vgl. Micali et al., 2007a:258). Frauen, die während ihrer Schwangerschaft von einer aktiven Essstörungssymptomatik berichten, nehmen in der Regel weniger an Gewicht zu. Demnach besteht ein deutlich erhöhtes Risiko, ein Kind mit unterdurchschnittlichem Geburtsgewicht zur Welt zu bringen (vgl. Conti et al., 1998: 474). Eine Ausnahme stellt hierbei die Binge Eating Störung dar, deren Betroffene zumeist an Übergewicht oder Adipositas leiden. Frauen mit einem hohen BMI vor und während der Schwangerschaft bringen öfter Kinder mit überdurchschnittlich hohem Geburtsgewicht zur Welt (vgl. Norman et al., 2004:271). Ursache hierfür sind unter anderem Schwangerschaftsdiabetes, der bei übergewichtigen Schwangeren gehäuft vorkommt, und Bluthochdruck während der Schwangerschaft. Kinder von adipösen Frauen haben ein vierfach erhöhtes

Risiko, selbst an Übergewicht und Fettleibigkeit zu erkranken (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:197f).

Ein diagnostiziertes eingeschränktes intrauterines Wachstum, das vor allem bei Frauen festgestellt kann, die an einer Anorexie leiden, hat in der Regel keine negativen Auswirkungen auf das Wachstum des Babys nach der Geburt (vgl. Wolfe, 2005:258). In der Regel gleichen diese Kinder ein geringes Geburtsgewicht innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt wieder aus. Mögliche Langzeiteffekte sind bislang nicht bekannt (vgl. Bulik et al., 1999:134).

Kouba et al. (2005) fanden heraus, dass auch Frauen, die in der Vergangenheit an einer Essstörung gelitten hatten, sich jedoch zum Zeitpunkt der Empfängnis als symptomfrei bezeichneten, Kinder zur Welt brachten, die in signifikantem Ausmaß ein geringeres Geburtsgewicht, eine verminderte Geburtsgröße und einen kleineren Kopfumfang aufwiesen, als das in der gesunden Vergleichspopulation der Fall war. Von diesem Vorkommen waren besonders Frauen betroffen, die von einer Anorexie in ihrer Vergangenheit berichtet hatten und jene, die einen Rückfall in ein essstörungsspezifisches Verhalten während der Schwangerschaft erlebten. Auch traten mit einer Prävalenz von 8%, im Vergleich zu 2,5% innerhalb der Gesamtbevölkerung, gehäuft Fälle von Mikrocephalie auf. Eine mögliche Ursache dafür ist der erhöhte mütterliche Cortisol-Spiegel bei Anorexie Patientinnen, der auf einen hohen Stresslevel hindeutet. Wahrscheinliche Ursache hierfür ist die gestörte Selbst- und Körperwahrnehmung, die durch die Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft noch verschärft werden (vgl. Kouba et al., 2005:258f).

Fehlgeburten treten darüber hinaus bei Frauen mit einer Essstörungsvergangenheit öfter auf, als in der Gesamtbevölkerung. Frauen mit einer aktiven Bulimia Nervosa erleiden beinahe dreimal häufiger eine Fehlgeburt, als Frauen mit einer remittierten Bulimie (vgl. Morgan et al., 2006:488f). Der genaue Mechanismus, der hinter diesem Phänomen steckt, ist jedoch noch ungeklärt und bedarf weiterer Forschung (vgl. Micali et al., 2007a:259).

3.3.2 Essstörungsbedingte Komplikationen

Bei Anorexie Patientinnen gehören zu den am häufigsten beobachteten

Komplikationen eine zu geringe Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft, die in einem geringen Geburtsgewicht resultiert. Frühgeburten kommen doppelt so zahlreich vor und die perinatale Sterblichkeit ist um das Sechsfache erhöht. Auch Gedeihstörungen treten häufig auf (vgl. Elford/ Spence, 2002:68). Darüber hinaus kann es zu Geburtsfehlern oder Schwierigkeiten beim Geburtsvorgang kommen (vgl. Patel, 2002:6).

Bei Bulimie Patientinnen wird öfter von übermäßiger Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft berichtet. Bluthochdruck und Präeklampsie sind ebenfalls häufiger zu beobachten. Weiters treten häufiger Fehlgeburten, ein eingeschränktes intrauterines Wachstum sowie Geburtsfehler und Schwierigkeiten beim Geburtsvorgang auf (vgl. Patel, 2002:6).

Allgemein ist bei Essstörungspatientinnen ein höheres Vorkommen von Totgeburten, Steißlage des Kindes, Zangengeburt und eines geringen Apgar-Scores, mit dem sich der gesundheitliche Zustand des Neugeborenen beschreiben lässt, dokumentiert. Auch treten bei Kindern von Müttern mit einer Essstörung vereinzelt Fälle von Entwicklungsstörungen, Gaumenspalten und Epilepsie auf. Das Auftreten solcher Komplikationen ist dabei in der Regel mit einer geringeren oder übermäßigen Gewichtszunahme der Frauen im Verlauf der Schwangerschaft assoziiert (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:185f; Little/ Lowkes, 2000:303). Ein Body-Mass-Index von unter 20 geht mit einem vierfach erhöhten Risiko für frühzeitige Wehen einher. Auch deutliches Übergewicht in der Schwangerschaft kann das Risiko aufgrund von Schwangerschaftsdiabetes oder Bluthochdruck erhöhen, die bei übergewichtigen und adipösen Frauen in der Schwangerschaft sehr häufig vorkommen (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:196ff). Darüber hinaus ist bei Kindern esssgestörter Mütter die Säuglingssterblichkeit erhöht (vgl. Wolfe, 2005:258). Bei Betroffenen der Anorexia oder Bulimia Nervosa ist eine um 10% reduzierte Rate an Lebendgeburten zu erkennen. Am stärksten in Verbindung mit einem negativen Schwangerschaftsausgang steht laut Blais et al. (2000) der Familienstand. Verheiratete Frauen hatten demnach deutlich mehr Lebendgeburten als unverheiratete. Grund dafür ist möglicherweise die zusätzliche soziale, finanzielle und emotionale Unterstützung, die verheiratete Essstörungspatientinnen von ihren Ehepartnern erhielten (vgl. Blais et al., 2000:147).

Die Kaiserschnitttrate unter Frauen mit einer aktiven Essstörung während der Schwangerschaft ist weiters signifikant höher als bei Frauen mit einer überwundenen oder zur Zeit der Schwangerschaft inaktiven Erkrankung (vgl. Franko et al., 2001:1464f). Die Gründe hierfür sind bis dato nicht bekannt (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:943).

Auch Übergewicht und besonders Adipositas stellen einen Risikofaktor für einen frühzeitigen Abbruch der Schwangerschaft aufgrund einer Fehlgeburt dar. Darüber hinaus müssen Frauen mit einem hohen BMI vor Beginn der Schwangerschaft mit längeren Krankenhausaufenthalten nach der Geburt rechnen, bringen öfter Kinder mit überdurchschnittlich hohem Geburtsgewicht zur Welt und benötigen häufiger einen Kaiserschnitt (vgl. Norman et al., 2004:271). Ursache für ein erhöhtes Geburtsgewicht bei Kindern von übergewichtigen Müttern ist eine verminderte Insulin Empfindlichkeit des mütterlichen Organismus, was die Verfügbarkeit von Insulin für den Fötus erhöht und somit das Wachstum begünstigt (vgl. The ESHRE Capri Workshop Group, 2006:202).

Laut Morgan et al. (2006) sucht ein beträchtlicher Anteil an Frauen, die an einer Bulimie leiden und einen Kinderwunsch hegen, professionelle Hilfe auf, da sie negative Auswirkungen der Essstörung auf ihre Schwangerschaft und Komplikationen bei der Geburt fürchten. Dieser Umstand erweist sich als günstig, da diese Frauen aus Sorge um das Wohlergehen ihres Kindes versuchen, ihr außer Kontrolle geratenes Essverhalten in den Griff zu bekommen, wodurch sich die Häufigkeit des Auftretens von Heißhungerattacken und anschließendem kompensatorischen Verhalten reduzieren lässt (vgl. Morgan et al., 2006:490f).

3.4 Essstörungen nach der Geburt

Mit dem Ende der Schwangerschaft, nach der Geburt, sieht sich die Frau mit einer, sowohl aus psychologischer als auch aus biologischer Sicht, vollkommen neuen Situation konfrontiert – der beginnenden Mutterschaft (vgl. Rocco et al., 2005:179).

3.4.1 Essstörungsverlauf nach der Geburt

Bei einem Großteil der Essstörungspatientinnen ist eine deutliche Verbesserung der Essstörungssymptomatik im Verlauf der Schwangerschaft festzustellen. Lemberg und Phillips (1989) fanden allerdings heraus, dass etwa die Hälfte der Anorexie und Bulimie Patientinnen, die von einer Besserung ihrer Symptome berichtet hatten, innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt einen Rückfall in frühere Verhaltensweisen erlebte. Als Ursache hierfür gaben sie an, sich zu dick gefühlt zu haben und dass sie aus diesem Grund abnehmen wollten. Ein anderer Grund war allerdings ein Gefühl der Überforderung mit der Mutterrolle und einer gleichzeitigen Berufstätigkeit. Die Hälfte der Stichprobe, die keine Remission der Essstörungssymptomatik erfahren hatte, gab an, nach der Geburt wesentlich besser mit der Essstörung umgehen zu können. Als ursächlich kann einerseits der positive Effekt der Schwangerschaftshormone gesehen werden, andererseits berichteten diese Frauen, nun einen größeren Sinn und Zweck im Leben gefunden zu haben (vgl. Lemberg/ Phillips, 1989:293f).

Auch Crow et al. (2008) konnten in ihrer prospektiven Studie an Frauen mit einer aktiven Essstörung eine Verringerung der Intensität der Symptomatik während der Schwangerschaft erkennen. Gleichzeitig war jedoch festzustellen, dass diese nach der Geburt in der Regel, unabhängig von der diagnostizierten Essstörungsmanifestation, wieder auf einen Level anstieg, der mit dem vor Beginn der Schwangerschaft zu vergleichen war. Lediglich bei Frauen mit einer diagnostizierten Anorexie vor der Empfängnis war die Steigerung der Intensität der Essstörungssymptomatik gegenüber den anderen Erscheinungsformen etwas ausgeprägter (vgl. Crow et al., 2008:278). Stein und Fairburn (1996) zufolge steigt die Essstörungssymptomatik in ihrer Intensität nach der Geburt für etwa drei Monate konsequent an bis sie ein Level erreicht, das den vor der Schwangerschaft übertrifft. Grund hierfür ist nicht etwa eine grundlegende Änderung des Lebensstils der mit der Mutterschaft einhergeht sondern die Sorge um Figur und Gewicht (vgl. Stein/ Fairburn, 1996:324).

Viele Frauen bemühen sich, nach der Schwangerschaft so schnell wie möglich zu ihrer früheren Figur zurückzufinden und an Gewicht abzunehmen. Die Ansichten über den dafür benötigten Zeitraum sind allerdings sehr häufig unrealistisch. Oftmals werden Ziele gesetzt, die in dem dafür geplanten Zeitraum nicht erreicht werden

können. Die Gefahr besteht nun, dass ein erlebter Misserfolg hierbei Einfluss auf das Selbstwertgefühl hat und zu einer Verschlimmerung etwaiger depressiver Symptome nach der Schwangerschaft beiträgt, die zu einem Wiederaufflammen der Essstörung führen kann (vgl. Patel, 2002:7). In der Regel sind Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft aus Gründen der Gewichtskontrolle moderate Bewegung ausüben, nach der Schwangerschaft weniger um ihr Aussehen besorgt (vgl. Abraham et al., 2001:485).

Als Vorzeichen eines Rückfalls der Essstörungssymptomatik können eine ungeplante Schwangerschaft, aktive Symptome der Bulimia Nervosa während des zweiten Schwangerschaftsdrittels, eine frühere Anorexia Nervosa, Schwangerschaftsdiabetes, eine geringerer Body-Mass-Index und ein häufigeres Auftreten von Heißhungeranfällen zum Zeitpunkt der Empfängnis gesehen werden. Auch eine Wochenbettdepression kann zu einem Rückfall führen (vgl. Patel, 2002:7).

Gestörtes Essverhalten nach der Geburt kann als Ausdruck von Anpassungsschwierigkeiten an die Mutterschaft gedeutet werden. Ein wichtiger Auslöser hierfür ist eine mangelhafte mütterliche Bindung zu dem ungeborenen Kind. Ein weiterer relevanter Faktor, der das Essverhalten nach der Schwangerschaft beeinflusst, ist die Beziehung zum Partner. Gestörtes Essverhalten kann auf fehlenden Rückhalt oder mangelnde Nähe in der Beziehung hindeuten (vgl. Lai et al., 2006:304).

Ein bekanntes Phänomen nach der Geburt ist die Wochenbettdepression, auch Postpartale Depression genannt. Die Prävalenz dieser Erscheinung in der Gesamtbevölkerung beträgt zwischen 3 und 12% (vgl. Franko et al., 2001:1465). Depressive Symptome während und nach der Schwangerschaft kommen bei Frauen mit einer Essstörungsvergangenheit jedoch deutlich häufiger vor. Besonders jene, die Erfahrungen mit Bulimie oder der Binge Eating Störung haben, leiden in etwa dreimal sooft darunter wie Frauen ohne Essstörung. Eine mögliche Ursache dafür ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, dem Gewicht und den Veränderungen der Figur, die im Zuge der Schwangerschaft auftreten. Darüber hinaus tragen eine perfektionistische Persönlichkeit und die daraus resultierende Angst vor Fehlern, sowie unrealistische Erwartungen an die Mutterschaft dazu bei, die depressive Symptomatik vor und nach der Geburt zu verschärfen (vgl. Mazzeo et al.,

2006:208f). Oftmaliges Erbrechen während der Schwangerschaft – im Zuge der Schwangerschaftsübelkeit oder aus Gründen der Gewichtskontrolle – führt ebenfalls deutlich häufiger zu Symptomen der Wochenbettdepression. Es scheint, dass die Art der vorliegenden Essstörung Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Postpartalen Depression ausübt. Frauen die häufig über Essanfälle und anschließendes kompensatorisches Verhalten berichten, dürften in der Regel öfter unter depressiven Symptomen nach der Geburt leiden (vgl. Abraham et al., 2001:486). Eine andere Erklärung bietet die bei Betroffenen der Essstörung in der Regel ohnehin bereits vorhandene Anfälligkeit für affektive Störungen. Darüber hinaus trägt möglicherweise der hohe Level an psychischem und physischem Stress bedingt durch die aktive Essstörungserkrankung dazu bei, eine Postpartale Depression zu entwickeln. Auch mangelnder sozialer Rückhalt kann zur Entstehung dieses Phänomens beitragen (vgl. Franko et al., 2001:1465).

Es kann nun davon ausgegangen werden, dass eine bestehende Wochenbettdepression dazu beiträgt, dass selbst Frauen, die während der Schwangerschaft keine Essstörungssymptome erlebt haben, nach der Geburt in ihr früheres Verhalten zurückfallen (vgl. Mazzeo et al., 2006:202).

3.4.2 Anpassung an die Mutterschaft

Die Ernährung spielt auch nach der Schwangerschaft eine wichtige Rolle für Mutter und Kind. Der Energiebedarf des mütterlichen Organismus ist nach der Geburt, in der Stillperiode, höher als in jedem anderen Lebensabschnitt, da in den ersten Monaten mit der Muttermilch die Versorgung des Babys stattfindet. Das Wohlbefinden beider hängt in dieser Zeit demnach von der Ernährung der Mutter ab. Das Stillen verbraucht in der Regel etwa 750 kcal pro Tag, dennoch sollte die Frau nur etwa 500 kcal zusätzlich zu sich nehmen. Dies ermöglicht die langsame und stetige Rückbildung des in der Schwangerschaft angelagerten Fettgewebes (vgl. Burgenstein/ Zimmermann, 2007:293).

Mit der Mutterschaft gehen gravierende Veränderungen des gewohnten Alltags einher. In der Regel bleiben die Mütter speziell in der ersten Zeit nach der Geburt zu Hause bei ihrem Kind. Die Bedürfnisse des Kindes werden über die eigenen gestellt. Die Aufrechterhaltung regelmäßiger Mahlzeiten kann unmittelbar erschwert werden.

Darüber hinaus kann es an Zeit oder Energie fehlen, frühere Methoden zur Gewichtsregulation anzuwenden (vgl. Patel, 2002:7).

Über 90% der erstgebärenden Frauen mit einer Anorexie oder Bulimie Vergangenheit berichten drei Monate nach der Geburt von Unsicherheiten und Problemen hinsichtlich der Anpassung an die Mutterschaft. Diese Ergebnisse sind unabhängig davon zu betrachten, ob die Betroffenen während der Schwangerschaft eine aktive Essstörungssymptomatik erlebt haben oder nicht. Verglichen mit der Kontrollgruppe berichten nur etwa 13% der Frauen von ähnlichen Schwierigkeiten. Zu diesen Anpassungsschwierigkeiten zählen vor allem Probleme beim Füttern. Etwa die Hälfte der Frauen mit einer Essstörungsvergangenheit gibt an, keinen Gefallen am Stillen ihres Kindes zu haben (vgl. Koubaa et al., 2008:408f). Das Hormon Leptin scheint bei der Milchbildung eine wichtige Rolle zu spielen. Ein zu geringer Leptin-Spiegel – wie es bei Essstörungspatientinnen oft der Fall ist – kann zu Störungen beim Wachstum der Brustdrüsen führen, was sich negativ auf die Bildung von Muttermilch auswirkt (vgl. Moschos et al., 2002:439). All diese Faktoren tragen dazu bei, dass früher mit dem Stillen aufgehört wird und stattdessen zum Fläschchen gegriffen wird (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186). Je größer die individuellen Sorgen um Figur und Gewicht bei einer Frau ausgeprägt sind, desto eher treten Probleme beim Stillen auf. Der wichtigste Grund hierfür ist das Schamgefühl. Auch eine geringe Bindung zwischen der werdenden Mutter und dem ungeborenen Kind kann sich nach der Geburt negativ auf das Stillverhalten auswirken (vgl. Patel, 2002:6). Die Fütterung des Säuglings hat unmittelbare Auswirkungen auf das Wachstum und Wohlbefinden des Kindes, sowie auf die kognitive Entwicklung. Einer Studie von Micali et al. (2009) zufolge, scheinen Bulimiepatientinnen jedoch eher und länger zu Stillen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Angst vor einem möglichen Essanfall, der auftreten könnte, wenn sie für ihre Kinder kochen und Nahrung zubereiten müssten. Dies versuchen sie zu vermeiden, indem sie die Stillperiode ausdehnen (vgl. Micali et al., 2009:55ff). Das Gefühl, als Mutter zu versagen oder den Vielfältigen Bedürfnissen des eigenen Kindes nicht nachkommen zu können, kann dazu führen, die essstörungsspezifische Psychopathologie zu verschärfen (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007a:351).

Darüber hinaus berichten Frauen mit Essstörungsvergangenheit öfter, nicht stolz

oder glücklich, sondern enttäuscht über ihre Mutterschaft zu sein. Das Leben mit Kind sei wesentlich schwieriger als zuvor und es bliebe oft nicht ausreichend Zeit für persönliche Bedürfnisse. Den Gedanken an ein weiteres Kind empfinden diese Frauen oft nicht als sehr anziehend (vgl. Koubaa et al., 2008:408f). Viele Frauen nehmen speziell in der Zeit nach der Geburt zu wenig Rücksicht auf die eigenen Bedürfnisse. Essstörungspatientinnen vermeiden die Einbeziehung anderer – selbst die des Kindesvaters – in die Betreuung des Kindes, einerseits, weil es ihnen unangenehm ist, fremde Hilfe anzunehmen, sie dadurch glauben, inkompetent zu wirken, andererseits, weil sie Bedenken haben, ihr Kind in der Verantwortung anderen Menschen zu lassen. Das Kontrollbedürfnis der Betroffenen erstreckt sich neben der Kontrolle über die Nahrungszufuhr auch auf die Unfähigkeit, die elterlichen Verantwortungen zu teilen (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007b:442f). Häufig erfahren sie Schwierigkeiten in Bezug auf die eigene Identität, da sie versuchen, zur gleichen Zeit die perfekte Mutter und Partnerin zu sein. Mütterliche Frustrationen, Enttäuschungen und Stress im Umgang mit dem Neugeborenen können sich in gestörtem Essverhalten ausdrücken (vgl. Lai et al., 2006:304). Auch suchen Frauen mit einer Essstörungsvergangenheit nach der Geburt deutlich häufiger aufgrund von Depressionen oder Beeinträchtigungen des mentalen Wohlbefindens professionelle Hilfe auf. Als vorhersagende Faktoren für eine ungünstige Anpassung an die Mutterschaft können generell Persönlichkeitsstörungen, Singledasein während der Schwangerschaft und negative Erfahrungen während der Geburt angesehen werden. Speziell in Hinblick auf Betroffene der Essstörung wirken sich ein chronischer Krankheitsverlauf, ein übermäßig negatives Selbst- und Körperempfinden und eine Wochenbettdepression auf die Anpassung an die Mutterschaft aus. Hieraus wird ersichtlich, dass Frauen mit einer bekannten Essstörung in ihrer Vergangenheit oder gar mit einer aktuellen Symptomatik auf professionelle Unterstützung besonders in den ersten Monaten nach der Geburt angewiesen sind. Diese Maßnahmen kommen nicht nur der Mutter sondern auch ihrem Kind zugute (vgl. Koubaa et al., 2008:408f).

Eine unterstützende und befriedigende Partnerschaft führt in der Regel zu geringeren Anpassungsschwierigkeiten nach der Geburt. Beziehungsprobleme können sich indes speziell in dieser Zeit in gestörtem Essverhalten widerspiegeln, in dem sich Konflikte und negative Emotionen ausdrücken. Heißhungerattacken und anschließendes kompensatorisches Verhalten dienen als Möglichkeit, Stress und

Frustrationen abzubauen. Dementsprechend ist dieses Verhalten besonders bei Frauen mit einer Essstörungsvergangenheit vermehrt zu beobachten. Um zu verhindern, dass aus gestörtem Essverhalten im Anschluss an die Schwangerschaft und Geburt eine manifeste Essstörung wird, gilt es, bei routinemäßigen Nachuntersuchungen die Ernährung und den psychischen Zustand der Frau zu berücksichtigen (vgl. Lai et al., 2006:309f).

3.4.3 Einfluss der Essstörung auf die Erziehung

Eine Vielzahl an Studien deutet darauf hin, dass eine psychische Störung bei einem Elternteil direkte Auswirkungen auf die Erziehung des Kindes haben kann und darüber hinaus das Risiko erhöht, dass auch der Nachwuchs eine psychische Krankheit entwickelt (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007a:351). Die Entwicklung einer Essstörung bei einem Kind einer an dieser Störung erkrankten Mutter kann auf eine Vielzahl genetischer, psychologischer und umweltspezifischer Faktoren zurückgeführt werden (vgl. Little/ Lowkes, 2000:303). Unterschiede in der Entwicklung und Erziehung bei Kindern von Müttern, die an einer Essstörung leiden, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind bereits in der frühesten Kindheit bemerkbar (vgl. Waugh/ Bulik, 1999:130).

Eine der wichtigsten Aufgaben im Umgang mit einem Neugeborenen ist die Fütterung. Neben der offensichtlichen physischen Bedeutung der Ernährung stellt dieser Vorgang auch eine wichtige Form der Kommunikation zwischen Eltern und Kind dar. Generell stellt das Füttern des Kindes eine schwierige Aufgabe für Essstörungspatientinnen dar, da sie üblicherweise sehr mit der Kontrolle der Nahrungsmittel und der zugeführten Kalorienmenge beschäftigt sind und ihnen das Essen in Gesellschaft eher schwer fällt. Anorexie Patientinnen tendieren zu einem restriktiven Essverhalten wohingegen Bulimie oder Binge Eating Patientinnen Angst vor einem möglichen Heißhungeranfall haben. Weiters kann es mit zunehmender Selbstständigkeit des Kindes in Bezug auf die Nahrungsaufnahme zu Schwierigkeiten kommen, die einen zusätzlichen Stressor für Betroffene im Rahmen der Mahlzeiten darstellt (vgl. Patel et al., 2002:7ff). Essstörungspatientinnen äußern öfters Unsicherheit in Bezug auf die von ihrem Kind benötigte Menge an Nahrung. Darüber hinaus beschreiben sie ihre Probleme im Umgang mit Unordnung und

Verschmutzung, was oftmals dazu führt, dass die selbstständige Nahrungsaufnahme des Kindes verzögert oder verhindert wird. Manche Betroffene benutzen gar Ablenkungsmittel wie etwa den Fernseher während der Mahlzeiten, um Unordnung zu vermeiden (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007b:442). Essstörungspatientinnen tendieren dazu, häufiger negative Bemerkungen während der Mahlzeiten in Bezug auf ihr Kind zu machen. Es kommt öfter zu Konflikten und die Atmosphäre während der Nahrungsaufnahme kann als kalt und angespannt beschrieben werden. Kinder von Essstörungspatientinnen wiegen in der Regel weniger als Kinder der Vergleichspopulation, was in direkten Zusammenhang mit dem Auftreten von Konflikten während der Mahlzeiten gebracht werden kann. Auch zeigen sie deutlich aufdringlicheres Verhalten während der Nahrungsaufnahme und beim Spielen mit dem Kind verglichen mit der Gesamtbevölkerung. Das aufdringliche Verhalten beinhaltet häufigeres Unterbrechen und Übergehen von Hinweisen des Kindes (vgl. Patel et al., 2002:7ff). Probleme bei der Fütterung können dazu führen, dass die Kinder in ihrem späteren Leben selbst eine Essstörung entwickeln (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007a:351).

Die Wahrnehmung und Erlernung des Hungergefühls erfolgt in der frühen Kindheit. Wird zu diesem Zeitpunkt nicht zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen des Kindes unterschieden und auf jede Art von kindlicher Forderung mit der Zuführung von Nahrung reagiert, kann das dazu führen, dass das Kind nicht lernt, zwischen Hungergefühl und anderen Bedürfnissen und Empfindungen zu unterscheiden (vgl. Steiner et al., 1991:163ff).

Essstörungspatientinnen tendieren dazu, ihre Kinder weniger auf Basis eines regelmäßigen Zeitplans zu füttern. Auch werden Nahrungsmittel öfter für Zwecke wie etwa zur Belohnung, Beruhigung oder Tröstung eingesetzt. Es kann auch vorkommen, dass die Mutter versucht, ihre Liebe zu ihrem Kind über die zur Verfügung gestellten Nahrungsmittel auszudrücken (vgl. Patel et al., 2002:8).

Anorexie Patientinnen tendieren dazu, ihre Kinder zu unterfüttern und unterschiedliche Methoden anzuwenden, die das Ausmaß der von den Kindern konsumierten Menge an Lebensmitteln verringern. Zu solchen Maßnahmen zählen etwa die Verdünnung der Flaschennahrung, die Reduzierung der zu Hause vorrätigen Nahrungsmittel und das Verbot jeglicher Süßigkeiten. Kinder, derer

Mütter ein hohes Maß der Kontrolle über ihr Essverhalten ausüben, scheinen weniger in der Lage zu sein, ihren Energiebedarf zu regulieren. Selbst bei bestehendem Untergewicht ihrer Kinder geben Anorexie Patientinnen an, sich keine Sorgen über ihr Gewicht oder das Ausmaß der Nährstoffzufuhr zu machen. Möglicherweise erstreckt sich eine mütterliche Körperschemastörung auch auf die Wahrnehmung der Körperform des Kindes. Der Nachwuchs von Betroffenen der Anorexia Nervosa wird darüber hinaus auch öfter wegen Unterernährung – Mädchen häufiger als Jungen – und psychosozialer Deprivation in ein Krankenhaus eingewiesen (vgl. Patel et al., 2002:9ff). Probleme bei der Fütterung des Säuglings während der ersten sechs Lebensmonate können mit Untergewicht des Kindes im Alter von neun Monaten assoziiert werden. Unzufriedenheit und Hunger des Säuglings nach der Mahlzeit stehen hingegen in Verbindung mit Übergewicht im gleichen Alter. Anorexiepatientinnen berichten zwar häufig, dass ihr Nachwuchs nach der Fütterung noch hungrig beziehungsweise nicht zufriedengestellt ist, dennoch waren ihre Kinder im neunten Lebensmonat nicht übergewichtig. Mögliche Ursachen hierfür sind einerseits die Fehlinterpretation des kindlichen Verhaltens oder aber die Beschränkung der Ernährung der Säuglinge, die zu häufiger erlebtem Hunger führen kann. Kinder von Bulimiepatientinnen weisen ein schnelleres Wachstum und häufiger Übergewicht auf. Grund hierfür sind möglicherweise eine genetische Prädisposition für Übergewicht oder eine Fehlregulation des kindlichen Appetits, ausgelöst durch mütterliches Überessen während der Schwangerschaft. Eine weitere Ursache ist unter Umständen auch ein höheres Ausmaß von Kontrolle der Mütter auf die kindliche Ernährung (vgl. Micali et al, 2009:59).

Kleinkinder von Müttern, die an einer Essstörung leiden, weisen oftmals eine auffällige Selektivität in Bezug auf die konsumierten Lebensmittel auf oder verweigern gar die Nahrungsaufnahme. Die Ursache hierfür wird in einem zugrundeliegenden Konflikt zwischen Autonomiebestrebungen und Abhängigkeitsgefühlen vermutet. Konflikte während den Mahlzeiten können dazu führen, dass das kindliche Essverhalten durch Emotionen und weniger durch physiologische Bedürfnisse gesteuert wird. Durch die daraus resultierende unzureichende Nährstoffaufnahme kann es zu einem verminderten Wachstum kommen. Dies wiederum hat Frustrationen und Ängste von Seiten der Eltern zur Folge. Essstörungspatientinnen zeigen sich weniger flexibel was die Reaktion auf

das Verhalten und die Bedürfnisse ihres Kindes anbelangt, als dies in der Gesamtbevölkerung der Fall ist. Sie versuchen häufiger, ihren Willen durchzusetzen und nehmen weniger Rücksicht auf die Wünsche ihres Nachwuchses. Es besteht demnach die Gefahr, dass die Einnahme der Mahlzeiten zu einer schwierigen und belastenden Routineaufgabe wird (vgl. Patel et al., 2002:9f).

Eine übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht von Seiten der Mutter kann zu einer Sensibilisierung der Wahrnehmung des Kindes für diese Themen führen. Eltern haben gegenüber ihren Kindern eine starke Vorbildwirkung, besonders in der frühen Kindheit. Ein restriktives Essverhalten und andere Bemühungen, die der Gewichtskontrolle dienen, können sich demnach im Verhalten und in den Einstellungen und Werten des Nachwuchses widerspiegeln (vgl. Waugh/ Bulik, 1999:131). Essstörungspatientinnen äußern oft die Sorge, dass ihr Nachwuchs ähnliche Probleme wie die ihren entwickeln könnten. Tatsächlich gibt es viele Hinweise, dass besonders junge Kinder das Verhalten ihrer Eltern imitieren und später sogar die mütterliche Einstellung in Bezug auf Figur und Gewicht übernehmen. Neben auffälligen Verhaltensweisen in Bezug auf die Ernährung und Gewicht kann es bei Kindern von Essstörungspatientinnen, sowohl bei Bulimia als auch bei Anorexia Nervosa, auch zu gehäuftem Auftreten von Bettnässen, Sprachstörungen, emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten wie intentionaler Stummheit oder Aggressivität kommen. Es ist allerdings unklar, inwieweit das Auftreten dieser Störungen mit der Essstörungserkrankung der Mutter zusammenhängen oder welchen Einfluss etwaige andere Faktoren spielen (Patel et al., 2002:13). Einige Frauen stellen große Bemühungen an, das Wiederaufflammen der Essstörungssymptomatik nach der Geburt zu verhindern, um ihren Kindern ein gutes Vorbild sein zu können. Die Bereitschaft und Motivation für eine Essstörungstherapie ist in dieser Zeit demnach sehr hoch (vgl. Little/ Lowkes, 2000:306).

Generell können drei Modelle der Interaktion zwischen Essstörungspatientinnen und ihrem Nachwuchs unterschieden werden: eine sehr enge und überfürsorgliche Mutter-Kind Beziehung, eine Umkehr der traditionellen Rollen, wobei das Kind die Verantwortung für die Mutter übernehmen muss (z.B. Kochen) und seine eigenen Bedürfnisse vernachlässigt werden und eine distanzierte und emotional kontrollierte

Beziehung der Mutter zu ihrem Kind (vgl. Patel et al., 2002:12).

Bei zwei bis fünfjährigen Kinder kann ein starker Zusammenhang zwischen der Essstörung der Mutter, dem Geschlecht des Kindes und den Sorgen der Mutter über die Figur und das Gewicht ihres Nachwuchses hergestellt werden. Die Einstellung der Eltern zu diesen Themen beeinflusst die Sichtweise der Kinder vornehmlich. Negative Kommentare diesbezüglich von Seiten der Mütter ist ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung von Sorgen um Figur und Gewicht bei Kindern. Es gilt jedoch zu bemerken, dass Umwelteinflüsse ebenso bedeutsam sind. In der Jugend gewinnen diese Einflüsse zusehends an Bedeutung, ein schlanker Körper wird mit Attraktivität in Verbindung gebracht. Generell stellt die Pubertät eine Zeit dar, in der das Interesse an Gewicht und Figur zunimmt (vgl. Patel et al., 2002:14f). Die normale Gewichtszunahme, die bei Mädchen in der Pubertät einsetzt, kann dazu führen, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper abnimmt und Maßnahmen der Gewichtskontrolle Anwendung finden. Die Vorbildwirkung der Eltern hat in der Jugend kaum noch Relevanz. So konnte ein restriktives Ernährungsverhalten und die Einstellung gegenüber dem eigenen Körper von Seiten der Mutter nicht direkt auf die Tochter übertragen werden (vgl. Byely et al., 2000:162). Allerdings spielt die Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Tochter in dieser Zeit eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Sorgen um Figur und Gewicht (vgl. Ogden/ Steward, 2000:82).

Eine Pilotstudie von Bryant-Waugh et al. (2007b) an Müttern von Kindern im Vorschulalter, die an einer Essstörung litten, hatte zum Ziel, diesen Unterstützung und Beratung im Umgang mit ihren Kindern und ihrer Krankheit zu geben. Das entwickelte Programm bestand aus acht wöchentlich aufeinanderfolgenden Treffen zu je 90 Minuten. Jeden Treffen war strukturiert und hatte ein bestimmtes Thema. Die Treffen zielten darauf ab, Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf eine gesunde Kindererziehung zu vermitteln und das Selbstbewusstsein der Mütter zu fördern, was deren Genesung ermöglichen und erleichtern konnte. Die Autoren äußerten die Hoffnung, dass diese Intervention dazu beitragen kann, die generationenübergreifende Übertragung von Essstörungen zu unterbinden. Die jeweiligen Treffen befassten sich mit folgenden Themenbereichen: *Interaktion in Bezug auf Nahrung und Essenszeit, Zubereitung und Bereitstellung von Speisen,*

Nahrungsaufnahme der Mutter, Selbstzuwendung und –sorge, Selbstidentität und Erwartungen an die Elternrolle, Kontrollbedürfnis, Auswirkungen auf die generelle Eltern-Kind Beziehung und Manöverkritik und Feedback. Die Evaluation des Programms ergab Verbesserungen der Stimmungslage der Mütter, geringere Sorgen in Bezug auf die Elternschaft, geringere Isolationsgefühle und weniger Probleme bei der Zubereitung von Nahrungsmitteln. Die Mehrzahl der 14 teilnehmenden Frauen nahm die Intervention dankend an, woraus ersichtlich wird, dass Mütter mit einer diagnostizierten Essstörung nicht nur Unterstützung bei der Erziehung und im Umgang mit ihren Kindern benötigen, sondern, im Gegensatz zur Essstörungstherapie an sich, dieser auch positiv gegenüberstehen (vgl. Bryant-Waugh et al., 2007b:440ff).

Mütter von jugendlichen Mädchen mit einer diagnostizierten Essstörung waren einer Studie von Pike und Rodin (1991) zufolge deutlich kritischer und unzufriedener was das Gewicht und die Attraktivität ihrer Töchter betraf, als das in der Vergleichspopulation oder bei den Mädchen selbst der Fall war. Was ihr eigenes Aussehen betraf, waren diese Mütter jedoch nicht ganz so kritisch. Es besteht nun die Möglichkeit, dass diese Frauen ihre Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Töchter offen thematisieren und so einen nicht zu unterschätzenden Druck auf die Mädchen ausüben (vgl. Pike/ Rodin, 1991:203).

Familiäre Faktoren spielen bei der Unterscheidung zwischen jugendlichen Mädchen mit und ohne manifeste Essstörung eine entscheidende Rolle. Der Familienzusammenhalt generell, beziehungsweise das subjektive Empfinden darüber, spielt bei der Entstehung gestörten Essverhaltens in der Jugend eine wesentliche Rolle. So kann dieses Verhalten zu einer Art Coping-Strategie im Umgang mit Entfremdungs- und Vereinsamungsgefühlen innerhalb der Familie werden. Bulimisches Verhalten kann den Versuch darstellen, während eines Essanfalls Fürsorge und Zuneigung zu gewinnen, beziehungsweise sich während der kompensatorischen Episoden jeglicher negativer Empfindungen zu entledigen (vgl. Pike/ Rodin, 1991:202f).

Bei manchen Essstörungspatientinnen kann die Beziehung zum Vater enger sein als zur Mutter. Eine Fehlanpassung der väterlichen Einstellungen und Verhaltensweisen, allerdings nicht in Bezug auf die Ernährung, Figur und Gewicht, können zum

Risiko für die Entstehung einer Essstörung beitragen. Hierzu zählen etwa eine mangelhafte Vater-Tochter Beziehung, Überfürsorge und geringes väterliches Einfühlungsvermögen und Fürsorge. (vgl. Fernández-Aranda et al., 2007:481f). Die Beziehung zum Vater hat besonders auf die Entstehung einer Bulimia Nervosa Einfluss. Ein überfürsorglicher Vater kann seiner Tochter das Gefühl vermitteln, ständige Kontrolle zu benötigen, während ein unterfürsorgliches Verhalten von Seiten des Vaters dazu führen kann, dass die Tochter die Auffassung vertritt, die Aufmerksamkeit ihres Vaters nicht zu verdienen (vgl. Murray et al., 2000:88).

4 BETREUUNG UND PFLEGE VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN

Essstörungen, insbesondere Anorexia Nervosa, zählen zu den am schwersten zu behandelnden psychischen Erkrankungen. Grund dafür ist die oftmals mangelnde Krankheitseinsicht der Betroffenen und der damit einhergehende Widerstand gegen jegliche Form der Therapie. In der klinischen Praxis kommt es nicht selten vor, dass Essstörungspatienten ihre Symptome rationalisieren und verleugnen, da in ihren Augen – besonders bei Betroffenen der Anorexia Nervosa – ein niedriges Körpergewicht erstrebenswert ist und sie regelrechte Panik vor einer Gewichtszunahme haben (vgl. Little/ Lowkes, 2000:304). Nicht selten wird zu Täuschungsmanövern gegriffen, um das tatsächliche Gewicht zu verheimlichen. So ist es etwa nicht unüblich, dass Essstörungspatienten, die an Untergewicht leiden, mittels weiter Kleidung ihre Körperform verschleiern oder kleine Gewichte am Körper tragen, wenn sie gewogen werden müssen (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:187). Auch Schuld- und Schamgefühle, die mit der Essstörung oftmals einhergehen, können dazu führen, dass die Krankheit von den Betroffenen gegenüber Mitarbeitern des Gesundheitssektors verschwiegen wird. Kenntnis über die Risikofaktoren und die Risikopopulation erleichtern und ermöglichen Pflegepersonen die Identifizierung und Diagnose einer bestehenden Krankheit. Dadurch kann eine notwendige Behandlung eingeleitet werden und möglicherweise auf lange Sicht die Inzidenzrate der Essstörung gesenkt werden (vgl. Mitchell/ Bulik, 2006:193).

Pflegepersonen haben im Umgang mit Essstörungspatientinnen den Vorteil ihrer holistischen Herangehensweise. Dies ermöglicht die Behandlung sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene. Auch die Familien der Betroffenen reagieren aufgrund dessen in der Regel positiv auf die Mitarbeit der Pflegepersonen. Die Pflege kann die Patientinnen bei der Be- und Verarbeitung einer Vielzahl von Problemen und Sorgen unterstützen. Die Forschung stellt der Pflege umfangreiches Wissen in Bezug auf Beurteilungskriterien für die Einschätzung der Krankheit sowie unterschiedliche physische und psychische Begleiterscheinungen und Komplikationen und dementsprechende Behandlungsmöglichkeiten zur

Verfügung. Die Pflege kommt in vielen unterschiedlichen Bereichen mit der Betreuung von Betroffenen der Essstörung in Berührung: in der Primärversorgung, der häuslichen Pflege, dem Case Management und dem Symptom Management. In der psychiatrischen Rehabilitation arbeiten Pflegepersonen des Weiteren im ambulanten, stationären und teilstationären Sektor mit Essstörungspatientinnen zusammen. Die Behandlung erfordert sowohl von Seiten der Pflege als auch von Seiten der Patientinnen viel Arbeit, da die Behandlung in der Regel lange dauert und oft emotional sehr anstrengend ist. Daher ist auch die Therapieabbruchsquote bei Essstörungspatientinnen sehr hoch, was die Notwendigkeit von adäquater Motivationsarbeit hervorhebt (vgl. Grothaus, 1998:152ff).

Bei der Therapie von Anorexie- und Bulimiepatientinnen gehören neben der Unterstützung bei der Entwicklung eines gesunden Ernährungsverhaltens die Arbeit am Selbstwertgefühl, die Förderung der Wahrnehmung und des adäquaten Umgangs mit den eigenen Emotionen sowie der individuellen Kompetenzen und der sozialen Aktivitäten zu den zentralen Aufgabengebieten der Pflege (vgl. Sauter et al., 2006:716). Die Kenntnis der medizinischen und therapeutischen Geschichte der Patientinnen, ihre psychische Verfassung sowie die Ausprägung der essstörungsspezifischen Psychopathologie sind für die Pflege von zentraler Bedeutung (vgl. Wolfe/ Gimby, 2003:98).

Speziell im Bereich der stationären Behandlung, etwa bei Anorexiepatientinnen, wo üblicherweise die Bezugspflege zum Einsatz kommt, ist die Pflege wesentlich beteiligt (vgl. Sonnleithner, 2003:11). Die Pflege spielt eine zentrale Rolle bei der Herstellung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung, die für die Behandlung essentiell ist. Zentrale Merkmale der therapeutischen Beziehung sind Empathie, Akzeptanz, Wärme, Aufrichtigkeit, Beständigkeit und Unvoreingenommenheit (vgl. Wolfe/ Gimby, 2003:77f). Es gilt, eine Balance zwischen dem Setzen klarer Verhaltenslimits und der Förderung der Eigenständigkeit der Patientinnen zu finden. Idealerweise werden die Betroffenen zu aktiven Beteiligten bei ihrer Therapie (vgl. Treasure et al., 1995:278ff). Anorexiepatientinnen werden von Pflegepersonen oft als schwierig bezeichnet, ihre Krankheit als selbstinduziert angesehen. Es gilt zu bedenken, dass diese Patientinnen sehr sensibel auf die Meinung anderer Menschen in Bezug auf sich

selbst reagieren und daher eine positive Einstellung der Pflegenden gegenüber den Betroffenen essentiell ist. Trotziges Verhalten von Seiten der Patientinnen ist oft ein Deckmantel für erlebte Hilflosigkeit. Anorexiepatientinnen können sich äußerlich massiv gegen die Behandlung wehren und gleichzeitig innerlich ein starkes Bedürfnis nach Hilfe und Fürsorge empfinden. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass mit deutlicher Unter- und Mangelernährung Beeinträchtigungen der Wahrnehmung der Betroffenen auftreten können (vgl. George, 1997:902ff). Der dynamische Beziehungsprozess nach Peplau beinhaltet voneinander klar abgrenzbare Phasen, in denen alle am Pflegeprozess Beteiligten – Pflegeperson und Patientin – Rollen einnehmen, die der Entwicklung und Reifung dienen. Diese Phasen sind die Orientierungsphase, die Identifikationsphase, die Nutzungsphase und die Ablösungsphase (vgl. Sonnleithner, 2003:11ff).

Für eine konsequente Gewichtszunahme von etwa ein bis zwei Kilogramm pro Woche sind ein kontrolliertes Umfeld sowie regelmäßige Mahlzeiten essentiell. Speziell zu Beginn der Therapie übernimmt die Pflege die Verantwortung für die Ernährung der Patientinnen. Die Mahlzeiten werden gemeinsam mit anderen Betroffenen im Beisein einer Pflegeperson eingenommen. Diese Maßnahme nutzt einerseits die Vorbildwirkung der Pflegefachkraft beim Essen und bietet andererseits die Möglichkeit, die sozialen Aspekte der Nahrungsaufnahme wiedereinzuführen. Nach den Mahlzeiten gilt es, die Betroffenen an gewohnheitsmäßigem kompensatorischem Verhalten zu hindern. Regelmäßiges Wiegen gehört zur Routine bei der stationären Behandlung von Anorexiepatientinnen und kann für die Betroffenen sehr stressreich sein. Es gilt daher abzuwägen, ob das gemessene Körpergewicht den Patientinnen mitgeteilt werden soll oder nicht (vgl. Treasure et al., 1995:278ff). Um die erforderliche Gewichtszunahme zu erreichen, empfiehlt sich die Anwendung von detaillierten Ernährungs- und Gewichtsverträgen, wobei die Ziele mit den Betroffenen genau definiert werden. Die Aufgabe der Pflege ist es, die Patientinnen bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen und gleichzeitig alle erforderlichen Kontrollen durchzuführen, die etwa die Aufsicht während und nach der Einnahme der Mahlzeiten beinhalten (vgl. Sauter et al., 2006:727). Generell sind die Betroffenen in jeden Schritt der Behandlung aktiv einzubinden. Jegliche Interventionen sollten genau erklärt werden. Anorexiepatientinnen erleben große Schwierigkeiten beim Loslassen von der über Jahre hinweg praktizierten strengen

Kontrolle über ihren Körper und sollten demnach zumindest auf diese Weise das Gefühl vermittelt bekommen, die Kontrolle über gewisse Aspekte ihres Lebens zu behalten (vgl. George, 1997:903).

Beim Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses geht es in erster Linie um das Erfassen der Ausprägung und des Ausmaßes der Krankheit, einschließlich aller physischen und psychischen Aspekte. Die Kenntnis über die individuellen Krankheitsauslöser und etwaige vorliegende Begleiterkrankungen vereinfacht die weitere Vorgehensweise. Darüber hinaus kann die subjektive Bedeutung der Essstörung für die Patientin wichtige Hinweise für die Therapie liefern. Auch gilt es, die persönlichen Ressourcen der Patientin, beispielsweise bevorzugte Freizeitbeschäftigungen oder soziale Kompetenzen, zu erfassen (vgl. Sauter et al., 2006:723f).

Tabelle 6: Pflegediagnosen bei Essstörungen (modifiziert übernommen aus Sauter et al., 2006:724).

Mangelernährung	Nahrungszufuhr, die den Stoffwechselbedarf nicht deckt;
Flüssigkeitsdefizit	Der Zustand, bei dem ein Mensch eine intravasale, intrazelluläre oder interstizielle Dehydratation erlebt;
Unwirksames Coping	Störung der Anpassung und der Problemlösungsfähigkeiten eines Menschen in der Erfüllung täglicher Anforderungen und Rollen;
Angst (mäßige bis starke)	Ein vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache dem betroffenen Menschen oft unklar oder unbekannt ist;
Störung des Körperbildes und des Selbstwertgefühls	Störung eines Menschen in der Art, wie er sein eigenes Körperbild wahrnimmt. Negative Selbsteinschätzung und Gefühle in Bezug auf sich selbst oder die eigenen Fähigkeiten, die direkt oder indirekt ausgedrückt werden können;

Die Behandlung von Essstörungspatientinnen auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen, Psychotherapiestationen oder in spezialisierten Therapiezentren erfolgt meistens auf der Basis standardisierter Therapiepläne, die alle relevanten Teilaspekte der Behandlung beinhalten und dadurch ein hohes Maß von Transparenz gewährleisten, was dazu führt, dass die Behandlung von den Patientinnen besser akzeptiert wird. Es gilt jedoch, darauf zu achten, dass genügend Raum für individuelle Absprachen mit den Betroffenen bleibt (vgl. Sauter et al., 2006:726).

Das Vorhandensein einer Essstörung während jeglicher Phase der Schwangerschaft kann weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter und des Kindes haben. Nachdem Essstörungen wie die Anorexia und Bulimia Nervosa hauptsächlich bei Frauen im gebärfähigen Alter auftreten, gilt es auch für die Pflege, sich mit diesem Thema – konkret mit der Erkennung, Beurteilung und Behandlung dieser Krankheit – vertraut zu machen. Pflegepersonen befinden sich in einer idealen Lage, das Essverhalten von Essstörungspatienten während der Schwangerschaft zu beobachten und zu überwachen und auf deren Bedenken und Sorgen einzugehen (vgl. Little/ Lowkes, 2000:301f). Mitarbeiter des Gesundheitssektors, die mit schwangeren Frauen arbeiten, sollten auf die Möglichkeit eines Fortbestehens oder neu Auftauchens einer Essstörungssymptomatik im Verlauf der Schwangerschaft oder danach aufmerksam gemacht werden (vgl. Bulik et al., 2007:1117).

4.1 Erkennen einer Essstörung

Oftmals verlaufen Essstörungen in der Schwangerschaft unbeobachtet, da die Betroffenen ihre Erkrankung vor den Geburtshelfern verbergen oder verneinen, oder die vorhandenen Symptome von Seiten der Betreuer nicht wahrgenommen oder richtig erkannt werden. Eine undiagnostizierte und unbehandelte Essstörung während der Schwangerschaft kann weitreichende Folgen auf den Gesundheitszustand der Mutter und des Kindes haben (vgl. Little/ Lowkes, 2000:302). Nachdem sich Frauen aber in dieser Zeit für gewöhnlich in medizinischer Betreuung befinden, bietet sich hier die Möglichkeit, eine bisher unbekannte Essstörung zu erkennen und eine adäquate Behandlung einzuleiten (vgl. Mitchell-Gielegheim et al., 2002:188). Es gibt keine verlässlichen Laboruntersuchungen, die eine vorhandene Essstörung aufspüren und belegen können. Der Nachweis für die Erkrankung kann demnach lediglich durch genaue Beobachtung und vorsichtige Befragung erbracht werden. Die mit der Essstörung einhergehenden Schuld- und Schamgefühle erfordern einen sehr umsichtigen und einfühlsamen Umgang aller beteiligten Mitarbeiter des Gesundheitssektors (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:944).

Die Identifizierung einer Essstörung im Verlauf der Schwangerschaft kann über mehrere Faktoren erfolgen. Diese sind wie folgt:

Faktor Körpergewicht: Regelmäßiges Wiegen ist ein wichtiger Bestandteil der Schwangerenvorsorgeuntersuchung. Keine feststellbare Gewichtszunahme bei zwei aufeinanderfolgenden Terminen im zweiten Schwangerschaftsdrittel ist ein deutliches Warnsignal. Für gewöhnlich löst das Wiegen bei Betroffenen der Essstörung starke negative Gefühle aus, die es zu bemerken gilt. Einfache Fragen an die Patientin zu diesen Beobachtungen können zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik führen und bei der Erkennung der Störung helfen. In jedem Fall sollte von Seiten der Betreuer sehr sensibel mit dem Wiegen und generell dem Thema Gewicht in der Schwangerschaft umgegangen werden (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002: 186f). Informationen bezüglich des aktuellen und des angestrebten Körpergewichts sowie der Realisierbarkeit des Wunschgewichts können sehr aufschlussreich sein. Hierdurch kann ein Einblick in die spezifische Körperwahrnehmung der Patientin gewonnen werden. Starke Gewichtsschwankungen in der Vergangenheit der Betroffenen, speziell in den letzten sechs Monaten, können etwa auf eine mögliche Bulimia Nervosa hindeuten. Mit der Frage, wie zufrieden die Patientin mit ihrem derzeitigen Gewicht ist, wie oft sie sich wiegt und welche Maßnahmen sie zur Erhaltung oder Reduktion ihres Gewichts unternimmt, können Rückschlüsse auf die subjektive Bedeutung des Körpergewichts für die Betroffene gezogen werden (vgl. Wolfe, 2005:259). Gemeinsam mit der Betroffenen können im Rahmen der regelmäßigen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen Pläne für eine kontrollierte Gewichtszunahme erstellt werden. Diese Maßnahme kann dabei helfen, etwaige Unsicherheiten und Ängste diesbezüglich abzubauen (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:187).

Faktor Ernährung: Fragen über die Anzahl der täglich konsumierten Haupt- und Zwischenmahlzeiten sowie die geschätzte Gesamtkalorienaufnahme können bei der Identifikation einer Essstörung hilfreich sein. Darüber hinaus gilt es etwaige Rituale oder Einschränkungen in Bezug auf die individuelle Ernährungsweise der Patientin zu eruieren. Bei berichtetem Vorkommen von Heißhungerattacken gilt es, nähere Informationen bezüglich der Häufigkeit des Auftretens, der Dauer sowie der Art und Menge der dabei verzehrten Lebensmittel zu erlangen (vgl. Wolfe, 2005:259).

Faktor kompensatorisches Verhalten: Fragen über den Einsatz von Laxantien, Diuretika, Diät Pillen oder selbstinduziertem Erbrechen, der der Gewichtsreduktion

dient, sind essentiell. Hierbei muss bewusst und willentlich herbeigeführtes Erbrechen von jenem, das im Zuge der Schwangerschaftsübelkeit auftritt, unterschieden werden. Die Häufigkeit, Menge und Art der Anwendung sind zu erheben. Darüber hinaus gilt es auch, restriktive Ernährungsweisen und übermäßige körperliche Betätigung, die der Gewichtskontrolle dienen, zu erfassen (vgl. Wolfe, 2005:259).

Faktor Sorge um Figur und Gewicht: Die einfache Frage nach der Zufriedenheit mit dem Aussehen kann Aufschluss über das Bestehen einer möglichen Essstörung liefern. Weiters gilt es zu eruieren, wie viel Zeit die Patientin damit verbringt, über ihre Figur, ihr Gewicht und ihre Ernährung nachzudenken und ob sie Angst vor einer eventuellen Gewichtszunahme hat. Weiters kann das Ausmaß, mit dem die Beschäftigung mit diesen Aspekten das tägliche Leben beeinflusst, wichtige Hinweise über die Existenz einer Essstörung liefern (vgl. Wolfe, 2005:259).

Faktor Menstruationsstörungen: Wichtige Daten, die über eine aktuelle oder vergangene Essstörung Aufschluss geben können, befassen sich mit dem Auftreten einer Amenorrhoe zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit der Patientin oder mit möglichen Unregelmäßigkeiten in ihrem Zyklus. Hierbei gilt es auch die verwendeten Verhütungsmittel zu erfassen. Bei vorliegenden Unregelmäßigkeiten des Zyklus oder dem Ausbleiben der Menstruation ermöglicht die Erhebung des Essverhaltens die Identifikation einer Essstörung. Ein verzögertes Eintreten der Menarche, der ersten Menstruationsblutung, im Laufe der Pubertät kann auf eine verminderte Nährstoffaufnahme hindeuten (vgl. Wolfe, 2005:259). Auch Informationen über frühere Fehlgeburten oder Kinder der Patientin, die nach der Geburt Auffälligkeiten aufwiesen, können wichtige Hinweise liefern. Darüber hinaus weisen viele Frauen, die sich aufgrund von Empfängnischwierigkeiten behandeln lassen, eine Essstörung auf (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186f).

Faktor Sexualität: Anorexie Patientinnen berichten häufig über Libido Verlust und sexuelle Passivität. Bei Bulimie Patientinnen sind deutlich mehr Fälle sexuellen Missbrauchs in der Vergangenheit dokumentiert, als in der Allgemeinbevölkerung, allerdings nicht mehr als bei Betroffenen anderer psychischer Störungen (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:186f). Auch der Umgang mit dem Thema Verhütung, vor allem bei Menstruationsunregelmäßigkeiten und der oftmals damit

einhergehenden Annahme, es bestehe Unfruchtbarkeit, ist ein wichtiger Punkt (vgl. Wolfe, 2005:259).

Faktor physische Erscheinung: Eine Essstörung ist an einer Vielzahl physischer Merkmale erkennbar. Hierzu zählen unter anderem ein auffälliges Körpergewicht (niedrig oder hoch), trockene Haut, schlechte, schmerzempfindliche Zähne und Lanugo (flaumige Körperbehaarung als Folge endokrinologischer Veränderungen bei der Anorexia Nervosa) an Armen und Beinen. Darüber hinaus können körperliche Begleiterscheinungen wie Hypo- oder Hypertensionen oder Bradykardie auftreten (vgl. Wolfe, 2005:259ff). Bei Anorexie Patientinnen können sich darüber hinaus auffällig geringes Brustgewebe, vaginale Atrophie und Muskelschwund bemerkbar machen. Auch Dehydration und Kälteempfindlichkeit weisen auf eine Anorexia Nervosa hin. Bei oftmaligem Gebrauch von Abführmitteln kann es auch zu Verstopfungen, rektalen Blutungen und Ödemen kommen (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:187f).

In jedem Fall gibt es drei Warnzeichen, die laut Franko und Spurrell (2000), sofern sie in der Schwangerschaft auftauchen, unbedingt auf eine Essstörung hindeuten und weitere medizinische und psychologische Untersuchungen nach sich ziehen sollten:

1. Keine erkennbare Gewichtszunahme in zwei aufeinanderfolgenden Terminen der Schwangerenvorsorgeuntersuchung im zweiten Schwangerschaftsdrittel;
2. Eine bekannte und diagnostizierte Essstörung in der Vergangenheit der Patientin;
3. Übermäßige und andauernde Schwangerschaftsübelkeit und Erbrechen (vgl. Franko/ Spurrell, 2000:944).

Neben einem Screening auf Essstörungen sollte im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt auch ein besonderes Augenmerk auf das Auftreten depressiver Symptome gelegt werden, da diese dazu beitragen können, postnatal die Essstörungssymptomatik erneut zu entfachen oder zu verschärfen. Eine Erhebung der Ausprägung perfektionistischer Persönlichkeitszüge kann bei der Identifikation

der Risikopopulation hilfreich sein (vgl. Mazzeo et al., 2006:209f).

4.2 Besonderheiten im Umgang mit Patientinnen mit Essstörungen während und nach der Schwangerschaft

Frauen mit einer aktiven Essstörungserkrankung zum Zeitpunkt der Empfängnis aber auch solche, die eine bekannte, als überwunden geltende Essstörung in ihrer Vergangenheit haben, sollten im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt als Risikopatientinnen betrachtet und dementsprechend behandelt werden (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:187). Bei bestehendem Verdacht auf Vorliegen einer manifesten Essstörung bei einer Patientin zu Beginn oder im Laufe der Schwangerschaft sollte die Überweisung an Mitarbeiter des Sektors der psychischen Gesundheitsversorgung, im besten Fall an einen Spezialisten im Umgang mit Essstörungen, erfolgen. Diesem obliegt die Koordination aller für die Betreuung der Patientin relevanter Mitarbeiter des Gesundheitssektors. Hierzu gehören auch Geburtshelfer, die sich auf Risikoschwangerschaften spezialisiert haben (vgl. Wolfe, 2005:260f).

Nachdem eine aktive Essstörung im Verlauf der Schwangerschaft mit einem deutlich vermehrten Auftreten von Komplikationen einhergeht, sind alle in die Betreuung der Schwangeren involvierten Mitglieder des Gesundheitsbereichs dazu aufgefordert, sowohl routinemäßig nach dieser Erkrankung zu suchen, als auch bei einem positiven Screening für eine adäquate Versorgung und Betreuung der Betroffenen zu sorgen. Eine genaue Überwachung des Zustandes der Patientin vor und nach der Geburt sind essentiell (vgl. Franko et al., 2001:1466) und können dazu beitragen, Stress und negative Gefühle abzubauen und den Geburtsausgang zu verbessern (vgl. Koubaa et al., 2008:409).

Ein wichtiger Faktor bei der Betreuung von Essstörungspatientinnen während der Schwangerschaft ist die Psychoedukation (vgl. Little/ Lowkes, 2000:306). In vielen Fällen sind sich die Betroffenen nicht bewusst, dass ihre vorliegenden Symptome eine klinische Störung darstellen, die sowohl die eigene Gesundheit als auch die des Kindes gefährdet. Eine genaue und sensible Darstellung der Konsequenzen, die die

Aufrechterhaltung der Krankheit haben kann, kann sich als motivationsfördernd herausstellen (vgl. Wolfe, 2005:260). Modelle der fötalen Entwicklung oder Ultraschallbilder des eigenen Kindes können ein gesundes Verhalten der Mutter begünstigen. Der Ultraschall liefert darüber hinaus wichtige Informationen über den Gesundheitszustand und die Entwicklung des Fötus (vgl. Mitchell-Gielegghem et al., 2002:188).

In manchen Fällen sehen die Betroffenen ihre Schwangerschaft als Möglichkeit an, ihre Krankheit zu überwinden. Oftmals sind ihre Vorstellungen aber unrealistisch. Um Frustrationen und einen vorzeitigen Therapieabbruch zu verhindern, gilt es, die Erwartungen und Vorstellungen der Patientin zu kennen und darauf einzugehen. Die Psychotherapie sollte von den Betroffenen als ein Werkzeug angesehen werden, dass die eigenen Kompetenzen und die Eigenständigkeit fördern und so zu einer besseren Anpassung an die Mutterschaft führen kann (vgl. Edelstein/ King, 1992:178ff).

Die Ängste der werdenden Mutter hinsichtlich der im Zuge der Schwangerschaft zu erwartenden Gewichtszunahme sind in jedem Fall ernst zu nehmen und zu verbalisieren. Wiederum kann sich die Darstellung der positiven Auswirkungen einer adäquaten Gewichtszunahme aufbauend auf das mütterliche Verhalten auswirken und dabei bestehende Ängste und Zweifel abbauen. Genaue Informationen über ihre Krankheit und die Schwangerschaft ermöglichen, dass die Patientin zu einer Expertin ihres Zustandes wird und tragen zu ihrem Empowerment bei. Es ist wichtig, der Betroffenen so viel Kontrolle wie möglich über ihre Behandlung zuzusprechen (vgl. Little/ Lowkes, 2000:306).

Die gemeinsame Entwicklung eines Ernährungs- und Bewegungsplans mit der Patientin sowie die Identifizierung von gesunden Lebensmitteln, die sie gerne zu sich nimmt, stellen eine wichtige Maßnahme bei der Pflege von Essstörungspatientinnen dar. Auch kann es hilfreich sein, eine Vertrauensperson hinzuzuziehen, die der Betroffenen während der Mahlzeiten Gesellschaft leistet und sie danach von etwaigen kompensatorischen Verhaltensweisen abhält (vgl. Little/ Lowkes, 2000:306). Aufklärung über die Bestandteile einer gesunden Ernährung sollten erörtert und der Patientin nahegebracht werden. Restriktives oder kompensatorisches Verhalten sollte erfasst und angesprochen werden. Auch hier

stellt sich die Information über die schädlichen Auswirkungen dieser Verhaltensweisen auf die Gesundheit der Patientin und die ihres Kindes als hilfreich heraus. Gesundes Verhalten von Seiten der Betroffenen sollte besonders anerkannt und gefördert werden (vgl. Little/ Lowkes, 2000:306).

Es ist dokumentiert, dass sich bei einem Großteil der Essstörungspatientinnen eine deutliche Besserung der Essstörungssymptomatik im Verlauf der Schwangerschaft einstellt. Wenngleich die genauen Ursachen hierfür noch nicht zur Gänze geklärt sind, wird davon ausgegangen, dass die Sorge um das Wohlergehen des ungeborenen Kindes dazu beiträgt, die werdenden Mütter zu einem umsichtigeren und gesünderen Lebensstil zu ermutigen (vgl. Rocco et al., 2005:178). Nach der Geburt des Kindes fällt der Grund für ein entspannteres Essverhalten weg und das Risiko für einen Rückfall steigt. Mit der beginnenden Mutterschaft finden gravierende Veränderungen im Leben der Frau statt, die in manchen Situationen zu einem Gefühl des Kontrollverlusts führen können. Bei Frauen mit Essstörungserfahrungen kann das dazu führen, dass sie versuchen, mit anorektischem oder bulimischem Verhalten das Gefühl der Kontrolle zurückzugewinnen. Bei dem Versuch, das Körpergewicht nach der Schwangerschaft wieder zu reduzieren, kann es zu unangemessenen kompensatorischen oder restriktiven Verhaltensweisen kommen, wie sie auch im Rahmen einer Essstörung anzutreffen sind. Eine genaue Überwachung des Zustandes der Patientin nach der Geburt ist daher wichtig, um gegebenenfalls rechtzeitige Interventionen setzen zu können (vgl. Mitchell-Gielegheem et al., 2002:186ff).

Im Verlauf der Schwangerschaft gibt es einige Bereiche, die bei einer bekannten Essstörungserkrankung – egal ob aktueller oder vergangener Natur – der umsichtigen Überwachung und Einschätzung bedürfen, um gegebenenfalls eine rechtzeitige Intervention zu ermöglichen. Zu diesen zählen laut Wolfe (2005):

- Die Beobachtung der Intensität und des Verlaufs der Essstörungssymptomatik;
- Die Beobachtung der Nährstoffaufnahme;
- Die Erhebung des Umfangs der Gewichtszunahme oder ggf. der

Gewichtsabnahme;

Nach der Schwangerschaft sollte dem Stillen besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden, da Essstörungspatientinnen oftmals über Probleme in diesem Bereich berichten, die zu einem vorzeitigen Abbruch führen kann. Darüber hinaus gilt es, in der Zeit nach der Geburt darauf zu achten, wie schnell und mit welchen Mitteln die Patientin versucht, eine Gewichtsreduktion auf das Level vor der Schwangerschaft zu erreichen. Weiters sollte das Ausmaß, in dem sich die Patientin mit ihrer Figur und ihrem Gewicht befasst, erhoben werden (vgl. Wolfe, 2005:260f). Speziell nach der Geburt sind Frauen mit einer aktuellen oder vergangenen Essstörung auf professionelle Unterstützung bei der Anpassung an die Mutterschaft angewiesen. Die Einschätzung der elterlichen Fähigkeiten nach der Geburt und das Angebot adäquater Unterstützungsmaßnahmen können dazu beitragen, die Mutter-Kind Beziehung zu verbessern (vgl. Koubaa et al., 2008:409).

ZUSAMMENFASSUNG

Essstörungen sind ein Phänomen, das über die Jahrhunderte hinweg in unterschiedlichen Erscheinungsformen immer wieder anzutreffen ist. Als psychosomatische Erkrankung sind sie allerdings erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bekannt. Das Auftreten einer Essstörung wird mit der westlichen, industrialisierten Wohlstandsgesellschaft assoziiert, beziehungsweise mit jenen Kulturen, die die entsprechenden Wertvorstellungen – besonders in Hinblick auf das weibliche Schönheitsideal – übernommen haben.

Essstörungen treten am häufigsten bei jungen Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter auf. Daher ergeben sich unterschiedlichste Auswirkungen dieser Störung auf die menschliche Fortpflanzung. Mit deutlichem Unter- oder Übergewicht – im Rahmen einer Anorexia Nervosa oder einer Binge Eating Störung – geht in der Regel eine verminderte Fruchtbarkeit einher. Auch bei Bulimie Patientinnen können Fruchtbarkeitsstörungen auftreten. Die Schwangerschaft stellt eine Zeit dar, in der viele Frauen mit der ersten drastischen Veränderung ihres Körpers seit der Pubertät konfrontiert werden. Die schwangerschaftsbedingten Veränderungen von Figur und Gewicht können von allen Frauen, besonders aber von Essstörungspatientinnen, als sehr stressreich empfunden werden. In der Regel geht die Schwangerschaft allerdings mit einem Rückgang der essstörungsspezifischen Symptomatik und einer Besserung des Ernährungsverhaltens zum Wohle des ungeborenen Kindes einher. Es gilt jedoch zu bedenken, dass Frauen, die sich wegen ihrer Erkrankung nicht in Behandlung befinden, oftmals ein Fortbestehen der Essstörung im Verlauf der Schwangerschaft erleben. Dieser Umstand wirkt sich drastisch auf den Geburtsausgang aus. Eine geringe oder übermäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft kann zu beträchtlichen Komplikationen bei der Geburt führen. Nach der Geburt ist bei vielen Essstörungspatientinnen, die eine Besserung ihres Zustandes im Verlauf der Schwangerschaft erlebt haben, ein Wiederaufflammen der Symptomatik festzustellen. Wichtige Faktoren, die diese Entwicklung begünstigen, sind Anpassungsschwierigkeiten an die Mutterschaft und unrealistische Vorstellungen in Bezug auf den für die Gewichtsnormalisierung nach der Geburt benötigten Zeitraum. Auch auf die Erziehung der Kinder kann eine

Essstörungserkrankung der Mutter negative Auswirkungen haben, so wird etwa angenommen, dass sich gestörtes Essverhalten und Maßnahmen der Gewichtsregulation ebenso wie die Überbewertung von Figur und Gewicht im Sinne der elterlichen Vorbildwirkung auf die Kinder übertragen.

Die Pflege hat bei der Betreuung von Essstörungspatientinnen den Vorteil ihrer ganzheitlichen Herangehensweise. Was die Überwachung des Zustandes der Essstörungspatientin im Verlauf der Schwangerschaft und die unmittelbare Betreuung betrifft, sind Pflegepersonen in einer guten Position.

ABSTRACT

Eating Disorders are a phenomenon which can be encountered across the centuries in different manifestations. However they haven't been recognised as a psychosomatic disease before the second half of the 19th century. The occurrence of an Eating Disorder is associated with the western industrialised affluent societies and cultures which have adopted corresponding values respectively – especially concerning the ideal of female beauty.

Eating Disorders most frequently emerge amongst young girls and women in childbearing age. Thus different consequences on human reproduction result due to this disorder. Considerable over- or underweight – as it usually occurs in patients suffering from Anorexia Nervosa or Binge Eating Disorder – generally effects fertility negatively. Fertility issues may also arise amongst women suffering from Bulimia Nervosa. During pregnancy most women are confronted with the first major body shape alterations since puberty. Pregnancy related alterations of shape and weight may be considered very stressful by every woman, especially when she is suffering from an Eating Disorder. However progressing pregnancy tends to have a positive effect on the individual's eating habits and causes a reduction of the Eating Disorder specific symptoms for the good of the unborn child. Still it needs to be considered that women who don't receive treatment of their illness may experience duration of the Eating Disorder throughout their pregnancy which may have a drastic impact. Either low or excessive weight gain during pregnancy may lead to serious perinatal complications. Many women who have experienced improvement of their symptoms during pregnancy have to undergo their recurring after delivery. Important factors which favour this development are adaptive difficulties towards motherhood and unrealistic expectations considering the time necessary to regain the pregravid weight. A mother's Eating Disorder may even affect the upbringing of her children negatively. It is assumed that disturbed eating habits and weight controlling measures as well as overvaluation of weight and shape can be passed on to the offspring by parental role modelling.

Nursing profession benefits from its holistic approach when working with patients suffering from an Eating Disorder. Nursing staff are in a good position to monitor

the condition of Eating Disorder patients throughout their pregnancy and to provide immediate support and care.

NACHWORT

An dieser Stelle möchte ich ganz besonderen Menschen meinen Dank aussprechen.

Meine erste Danksagung gilt meinem Betreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz, Oberarzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am AKH Wien, der mir während meiner Arbeit immer unterstützend zur Seite stand und mich sehr geduldig und mit viel Engagement betreut hat. Seiner Fürsorge ist es zu verdanken, dass ich unter dem Berg an Informationen nie den „roten Faden“ verlor und mich somit auf das Wichtigste beschränken konnte.

Mein Dank gilt auch Frau DGKS Monika Eibensteiner, akademische Pflegeberaterin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am AKH Wien, die mir bei den pflegespezifischen Aspekten der Essstörung von großer und wertvoller Hilfe war.

Des Weiteren möchte ich meiner Familie und meinen Freunden für ihr Verständnis und ihre Geduld danken. Sie haben es mir erst ermöglicht, die Zeit und Kraft aufzubringen, die nötig waren, um mein Werk zu vollenden.

Schließlich möchte ich mich auch noch bei all denjenigen, die diese Arbeit gelesen haben, für ihr Interesse bedanken.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abraham, S./ Taylor, A./ Conti, J. (2001): Postnatal Depression, Eating, Exercise, and Vomiting Before and During Pregnancy. In: The International Journal of Eating Disorders 29(4): 482-487
- Backmund, H./ Gerlinghoff, M. (1999): Schlankheitstick oder Eßstörung? Ein Dialog mit Angehörigen. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Biedert, E. (2008): Essstörungen. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Biesalski, H.K./ Grimm, P. (2007): Taschenatlas der Ernährung. 4. Auflage, Stuttgart [u.a.], Georg Thieme Verlag.
- Blais, M.A./ Becker, A.E./ Burwell, R.A./ Flores, A.T./ Nussbaum, K.M./ Greenwood, D.N./ Ekeblad, E.R./ Herzog, D.B. (2000): Pregnancy: Outcome and Impact on Symptomatology in a Cohort of Eating-Disordered Women. In: The International Journal of Eating Disorders 27(2): 140-149
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2008): Richtige Ernährung: Ernährungsempfehlungen. Zugriff am 28.5.2009 unter URL: <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0909&doc=CMS1201510184203>
- Breitsprecher, R./ Terrell, P./ Schnorr, V./ Morris, W.V.A. (1998): PONS-Wörterbuch für Schule und Studium Englisch – Deutsch. Neubearbeitung. Stuttgart [u.a.], Ernst Klett Verlag.
- Bruch, H. (2004): Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. 9. Auflage. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
- Brusis, E. (1983): Allgemeine Krankheitslehre. In: Martius, G. [Hrsg.]: Hebammenlehrbuch. 4. Auflage, Stuttgart [u.a.], Georg Thieme Verlag. 18-31
- Bryant-Waugh, R./ Turner, H./ East, P./ Gamble, C. (2007a): Developing a Parenting Skills- and Support Intervention for Mothers with Eating Disorders and Pre-School Children

Part 1: Qualitative Investigation of Issues to Include. In: European Eating Disorders Review 15(5): 350-356

Bryant-Waugh, R./ Turner, H./ Jones, C./ Gamble, C. (2007b): Developing a Parenting Skills-and Support Intervention for Mothers with Eating Disorders and Pre-School Children: Part 2. Piloting a Group Intervention. In: European Eating Disorders Review 15(6): 439-448

Bulik, C.M./ Von Holle, A./ Hamer, R./ Knoph Berg, C./ Torgersen, L./ Magnus, P./ Stoltenberg, C./ Siega-Riz, A.M./ Sullivan, P./ Reichborn-Kjennerud, T. (2007): Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). In: Psychological medicine 37(8): 1109-1118

Bulik, C./ Sullivan, P.F./ Fear, J.L./ Pickering, A./ Dawn, A./ McCullin, M. (1999): Fertility and Reproduction in Women With Anorexia Nervosa: A Controlled Study. In: The Journal of Clinical Psychiatry 60(2): 130-135

Burgerstein, L./ Zimmermann, M. (2007): Burgersteins Handbuch Nährstoffe. Vorbeugen und heilen durch ausgewogene Ernährung: Alles über Spurenelemente, Vitamine und Mineralstoffe. Elfte Auflage, vollständig neu bearbeitet und erweitert v. Michael Zimmermann, Stuttgart, Haug Verlag.

Byely, L./ Archibald, A.B./ Graber, J./ Brooks-Gunn, J. (2000): A Prospective Study of Familial and Social Influences on Girls' Body Image and Dieting. In: The International Journal of Eating Disorders 28(2): 155-164

Carmichael, S.L./ Shaw, G.M./ Schaffer, D.M./ Laurent, C./ Selvin, S. (2003): Dieting Behaviors and Risk of Neural Tube Defects. In: American Journal of Epidemiology 158(12): 1127-1131

Conti, J./ Abraham, S./ Taylor, A. (1998): Eating Behaviour and Pregnancy Outcome. In: Journal of Psychosomatic Research 44(3/4): 465-477

Cook, D.I./ Lingard, J.M./ Wegman, E.A./ Young, J.A. (2003): Ernährung, Energiehaushalt und Stoffwechsel. In: Klink, R. [Hrsg.]/ Silbernagl, S. [Hrsg.]: Lehrbuch der

Physiologie. 4. korrigierte Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag. 365-380

Crow, S.J./ Agras, W.S./ Crosby, R./ Halmi, K./ Mitchell, J.E. (2008): Eating Disorder Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. In: International Journal of Eating Disorders 41(3): 277-279.

Cuntz, U./ Hillert, A. (2008): Essstörungen – Ursachen, Symptome, Therapien. 4. Auflage, München, C.H. Beck Verlag.

Dahlke, R./ Preiml, B./ Mühlbauer, F. (2000): Die Säulen der Gesundheit. Körperintelligenz durch Bewegung, Ernährung, Entspannung. Zweite Auflage, Kreuzlingen/München, Hugendubel Verlag.

Davis, C./ Levitan, R.D./ Carter, J./ Kaplan, A.S./ Reid, C./ Curtis, C./ Patte, K./ Kennedy, J.L. (2008): Personality and Eating Behaviors: A Case-Control Study of Binge Eating Disorder. In: The International Journal of Eating Disorders 41(3): 243-250

Didou-Manent, M./ Ky, T./ Robert, H. (1998): Dick oder dünn? Körperkult im Wandel der Zeit. München, Kneesebeck Verlag.

Diehl, J.M. (1993): Ernährungspsychologie. In: Kutsch, T. [Hrsg.]: Ernährungsforschung - interdisziplinär. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 68-97

Diezemann, N. (2006): Die Kunst des Hungerns. Essstörungen in der Literatur und Medizin um 1900. Berlin, Kulturverlag Kadmos.

DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2000): ICD-10-SGB V: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Band 1 – Systemisches Verzeichnis. Bern, Hans Huber Verlag.

Edelstein, C.K./ King, B.H. (1992): Pregnancy and Eating Disorders. In: Yager, J. [Hrsg.]/ Gwirtsman, H.E. [Hrsg.]/ Edelstein, C.K. [Hrsg.]: Special problems in managing eating disorders. Washington DC, American Psychiatric Press, Inc. 163-185

Elford, K.J./ Spence, J.E.H. (2002): The Forgotten Female: Pediatric and Adolescent Gynecological Concerns and Their Reproductive Consequences. In: Journal of

- Elmadfa, I./ Freisling, H./ Nowak, V./ Hofstädter, D. et al. (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1. Auflage, Wien, Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Fairburn, C.G./ Welch, S.L. (1990): The Impact of Pregnancy on Eating Habits and Attitudes to Shape and Weight. In: International Journal of Eating Disorders 9(2): 153-160
- Fairburn, C.G./ Harrison, P.J. (2003): Eating Disorders. In: The Lancet 361(9355): 407-416
- Fairburn, C.G./ Bohn, K. (2005): Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. In: Behaviour Research and Therapy 43(6): 691-701
- Fernández-Aranda, F./ Krug, I./ Granero, R./ Ramón, J.M./ Badia, A./ Giménez, L./ Solano, R./ Collier, D./ Karwautz, A./ Treasure, J. (2007): Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. In: Appetite 49(2): 476-485
- Foreyt, J.P./ Poston II, W.S.C. (1999): Overview and the Future of Obesity Treatment. In: Goldstein, D.J. [Hrsg.]: The Management of Eating Disorders and Obesity. Totowa, Humana Verlag. 139-153
- Franko, D.L./ Blais, M.A./ Becker, A.E./ Delinsky, S.S./ Greenwood, D.N./ Flores, A.T./ Ekeblad, E.R./ Eddy, K.T./ Herzog, D.B. (2001): Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. In: The American Journal of Psychiatry 158(9): 1461-1466
- Franko, D.L./ Spurrell, E.B. (2000): Detection and management of eating disorders during pregnancy. In: Obstetrics and gynecology 95(6): 942-946
- George, L. (1997): The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. In: Journal of Advanced Nursing 26(5): 899-908
- Gesellmann, V. (2006): Kulturphänomen: Essstörungen. Zum Einfluss medialer Idealbilder

und Diätangebote auf psychosomatische Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. Universität Wien, Diplomarbeit.

- Goeschen, K./ Martius, G. (1983): Physiologie der Schwangerschaft. In: Martius, G. [Hrsg.]: Hebammenlehrbuch. 4. Auflage, Stuttgart [u.a.], Georg Thieme Verlag. 243-268
- Gregori, E./ Lindner, G./ Schlieper, C. (1988): Richtige Ernährung. Ernährungslehre, Lebensmittel- und Diätkunde; [Wirkstoffe, Nährstoffe, Baustoffe]. Wien, Bohmann Verlag.
- Grothaus, K.L. (1998): Eating Disorders and Adolescents: An Overview of a Maladaptive Behavior. In: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 11(3): 146-156
- Hill, J.O. (2006): Understanding and Addressing the Epidemic of Obesity: An Energy Balance Perspective. In: Endocrine Reviews 27(7): 750-761
- Hoek, H.W./ Van Hoeken, D. (2003): Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. In: International Journal of Eating Disorders 34(4): 383-396
- Hofberg, K./ Ward, M.R. (2003): Fear of pregnancy and childbirth. In: Postgraduate Medical Journal 79(935): 505-510
- Honig, P./ Sharman, W. (2000): Inpatient Management. In: Lask, B. [Hrsg.]/ Bryant-Waugh, R. [Hrsg.]: Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2. Auflage, Hove, Psychology Press Ltd. 265-288
- Hösl, H. (1982): Gesundheit und Fitness durch richtige Ernährung und Sport. Berlin, Quintessenz Verlag.
- Hu, X./ Giotakis, O./ Li, T./ Karwautz, A./ Treasure, J./ Collier, D.A. (2003): Association of the 5-HT_{2c} gene with susceptibility and minimum body mass index in anorexia nervosa. In: Neuroreport 14(6): 781-783
- Kaneshiro, B./ Edelman, A./ Carlson, N./ Nichols, M./ Jensen, J. (2008): The relationship between body mass index and unintended pregnancy: results from the 2002 National Survey of Family Growth. In: Contraception 77(4): 234-238
- Karwautz, A./ Rabe-Hesketh, S./ Hu, X./ Zhao, J./ Sham, P./ Collier, D.A/ Treasure, J.L.

- (2001): Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. In: Psychological Medicine 31(2): 317-329
- Karwautz, A./ Haidvogel, M./ Wagner, G./ Nobis, G./ Wöber-Bingöl, Ç/ Friedrich, M.H. (2002a): Subjektives Familienbild bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Jugendalter: eine kontrollierte Studie. [Subjective family image in anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: a controlled study]. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30(4): 251-259
- Karwautz, A./ Rabe-Hesketh, S./ Collier, D.A./ Treasure, J.L. (2002b): Pre-morbid Psychiatric Morbidity, Comorbidity and Personality in Patients with Anorexia Nervosa Compared to their Healthy Sisters. In: European Eating Disorders Review 10(4): 255-270
- Karwautz, A./ Troop, N.A./ Rabe-Hesketh, S./ Collier, D.A./ Treasure, J.L. (2003): Personality Disorders and Personality Dimensions in Anorexia Nervosa. In: Journal of Personality Disorders 17(1): 73-85
- Karwautz, A. (2006): Essstörungen – neue Ansätze und rezente Ergebnisse bei jugendlichen Populationen. In: Neuropsychiatrie 20(2): 131-134
- König, S. (2008): Körperorientierte und bewegungsorientierte Therapieansätze bei Binge - Eating - Störungen. Universität Wien, Diplomarbeit.
- Kouba, S./ Hällström, T./ Lindholm, C./ Hirschberg, A.L. (2005): Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. In: Obstetrics and Gynecology 105(2): 255-260
- Koubaa, S./ Hällström, T./ Hirschberg, A.L. (2008): Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. In: International Journal of Eating Disorders 41(5): 405-410
- Krone, H.A. (1983): Schwangerenvorsorge. In: Martius, G. [Hrsg.]: Hebammenlehrbuch. 4. Auflage, Stuttgart [u.a.], Georg Thieme Verlag. 313-389
- Kühne, P. (1997): Ratgeber Ernährung. Grundlagen einer gesunden Lebensführung. Weyarn, Seehamer Verlag.

- Kunze, U. (2004): Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin für Human- und Zahnmediziner. 3. Auflage. Wien, Facultas Universitätsverlag.
- Lai, B.P./ Tang, C.S./ Tse, W.K. (2006): A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. In: The International Journal of Eating Disorders 39(4): 303-311
- Lees, C./ Reynolds, K./ McCartan, G. (2002): Schwangerschaft. Der praktische Ratgeber. München [u.a.], Dorling Kindersley Verlag.
- Leichtweiss, H.P./ Schröder H.J. (2003): Sexualfunktionen, Schwangerschaft und Geburt. In: Klinker, R. [Hrsg.]/Silbernagl, S. [Hrsg.]: Lehrbuch der Physiologie. 4. Auflage. Stuttgart, Georg Thieme Verlag. 493-516
- Lemberg, R./ Phillips, J. (1989): The Impact of Pregnancy on Anorexia Nervosa and Bulimia. In: The International Journal of Eating Disorders 8(3): 285-295
- Little, L./ Lowkes, E. (2000): Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. In: Journal of Midwifery and Women's Health 45(4): 301-307
- Marcus, M.D. (1999): Obese Patients with Binge-Eating Disorder. In: Goldstein, D.J. [Hrsg.]: The Management of Eating Disorders and Obesity. Totowa, Humana Verlag. 125-138
- Mazzeo, S.E./ Slof-Op't Landt, M./ Jones, I./ Mitchell, K./ Kendler, K.S./ Neale, M.C./ Aggen, S.H./ Bulik, C.M. (2006): Associations among Postpartum Depression, Eating Disorders, and Perfectionism in a Population-Based Sample of Adult Women. In: The International Journal of Eating Disorders 39(3): 202-211
- Micali, N./ Simonoff, E./ Treasure, J. (2007a): Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. In: The British Journal of Psychiatry 190(3): 255-259
- Micali, N./ Treasure, J./ Simonoff, E. (2007b): Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. In: Journal of Psychosomatic Research 63(3): 297-303

- Micali, N./ Simonoff, E./ Treasure, J. (2009): Infant Feeding and Weight in the First Year of Life in Babies of Women with Eating Disorders. In: The Journal of Pediatrics 154(1): 55-60
- Mitchell, A.M./ Bulik, C. (2006): Eating Disorders and Women's Health: An Update. In: Journal of Midwifery & Women's Health 51(3): 193-201
- Mitchell-Gielegheem, A./ Mittelstaedt, M.E./ Bulik, C.M. (2002): Eating Disorders and Childbearing: Concealment and Consequences. In: Birth 29(3): 182-191
- Monteleone, P./ DiLieto, A./ Castaldo, E./ Maj, M. (2004): Leptin Functioning in Eating Disorders. In: CNS Spectrums 9(7): 523-529
- Morgan, J.F./ Lacey, J.H./ Chung, E. (2006): Risk of Postnatal Depression, Miscarriage, and Preterm Birth in Bulimia Nervosa: Retrospective Controlled Study. In: Psychosomatic Medicine 68(3): 487-492
- Moschos, S./ Chan, J.L./ Mantzoros, C.S. (2002): Leptin and reproduction: a review. Fertility and Sterility 77(3): 433-444
- Müllner, S. (1999): Einfluß der Erziehung auf das Eßverhalten des Mädchens im Kindes- und Jugendalter. Universität Wien, Diplomarbeit.
- Murray, C./ Waller, G./ Legg, C. (2000): Family Dysfunction and Bulimic Psychopathology: The Mediating Role of Shame. In: The International Journal of Eating Disorders 28(1): 84-89
- Nguyen, R.H.N./ Wilcox, A.J./ Skjærven, R./ Baird, D.D. (2007): Men's body mass index and infertility. In: Human Reproduction 22(9): 2488-2493
- Norman, R.J./ Noakes, M./ Wu, R./ Davies, M.J./ Moran, L./ Wang, J.X. (2004): Improving reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. In: Human Reproduction Update 10(3): 267-280
- Nuber, U. [Hrsg.] (1992): Spieglein, Spieglein an der Wand. Der Schönheitskult und die Frauen. Weinheim, Basel, Beltz Verlag.
- Ogden, J./ Steward, J. (2000): The Role of the Mother-Daughter Relationship in Explaining

- Weight Concern. In: The International Journal of Eating Disorders 28(1): 78-83
- Patel, P./ Wheatcroft, R./ Park, R.J./ Stein, A. (2002): The Children of Mothers With Eating Disorders. In: Clinical Child and Family Psychology Review 5(1): 1-19
- Petersen Sollid, C./ Wisborg, K./ Hjort, J./ Secher, N.J. (2003): Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology 190(1): 206-210
- Pike, K.M./ Rodin, J. (1991): Mothers, Daughters, and Disordered Eating. In: Journal of Abnormal Psychology 100(2): 198-204
- Prohl, R./ Gröben, B. (2007): Was ist eine sportliche Bewegung? In: Scheid, V. [Hrsg.]/ Prohl, R. [Hrsg.]: Kursbuch Sport 3 (Bewegungslehre). 8. Auflage, Wiebelsheim, Limpert Verlag. 11-50
- Pschyrembel, W. (1967): Praktische Geburtshilfe: für Studierende und Ärzte. 12. und 13. Auflage, Berlin, de Gruyter Verlag.
- Riegel, K. (1983): Das gesunde und das kranke Kind: In: Martius, G. [Hrsg.]: Hebammenlehrbuch. 4. Auflage, Stuttgart [u.a.], Georg Thieme Verlag. 520-586
- Rocco, P.L./ Orbitello, B./ Perini, L./ Pera, V./ Ciano, R.P./ Balestrieri, M. (2005): Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. In: Journal of psychosomatic research 59(3): 175-179
- Roy, E./ Samuels, S./ MacPhee, M. [Hrsg.] (2006): Clinical Practice Column. Ethical Debating: Therapy for Adolescents with Eating Disorders. In: Journal of Pediatric Nursing 21(2): 161-166
- Sass, H./ Wittchen, H.U./ Zaudig, M. (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV. 2. Auflage, Göttingen [u.a.], Hogrefe Verlag.
- Sauter, D./ Abderhalden, C./ Needham, I./ Wolff, S. [Hrsg.] (2006): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Zweite Auflage, Bern, Hans Huber Verlag.
- Siega-Riz, A.M./ Haugen, M./ Meltzer, H.M./ Von Holle, A./ Hamer, R./ Torgersen, L./ Knopf-Berg, C./ Reichborn-Kjennerud, T./ Bulik, C.M. (2008): Nutrient and food group

- intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. In: American Journal of Clinical Nutrition 87(5): 1346-1355
- Sonnleithner, E. (2003): Beschreibung eines Pflegeprozesses nach Peplau. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2003(1): 11-13
- Stein, A./ Fairburn, C.G. (1996): Eating Habits and Attitudes in the Postpartum Period. In: Psychosomatic Medicine 58(4): 321-325
- Steiner, H./ Smith, C./ Rosenkranz, R.T./ Litt, I. (1991): The early care and feeding of anorexics. In: Child Psychiatry and Human Development 21(3): 163-167
- The ESHRE Capri Workshop Group (2006): Nutrition and reproduction in women. In: Human Reproduction Update 12(3): 193-207
- Treasure, J./ Todd, G./ Szmukler, G.I. (1995): The Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa. In: Szmukler, G.I. [Hrsg.]/ Dare, C. [Hrsg.]/ Treasure, J. [Hrsg.]: Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research. Chichester [u.a.], John Wiley & Sons. 275-292
- Tuschen-Caffier, B./ Pook, M./ Hilbert, A. (2005): Diagnostik von Essstörungen und Adipositas. Göttingen [u.a.], Hogrefe Verlag.
- Turton, P./ Hughes, P./ Bolton, H./ Sedgwick, P. (1999): Incidence and Demographic Correlates of Eating Disorder Symptoms in a Pregnant Population. In: International Journal of Eating Disorders 26(4): 448-452
- Vandereycken, W./ Van Deth, R./ Meermann, R. (1990): Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen. Zülrich, Biermann Verlag.
- Veigl, B. (2000): Bewertung von Nahrungsmittelwerbespots von Menschen mit Essstörungen. Eine empirische Untersuchung am Beispiel einer therapeutischen Wohngemeinschaft und einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen. Universität Wien, Diplomarbeit.
- Wade, G.N./ Jones, J.E. (2004): Neuroendocrinology of nutritional infertility. In: American Journal of Physiology: Regulatory, Integrative and Comparative Physiology 287(6):

- Waugh, E./ Bulik, C.M. (1999): Offspring of Women with Eating Disorders. In: The International Journal of Eating Disorders 25(2): 123-133
- WHO (2009): BMI classification. Zugriff am 13.5.2009 unter URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, adaptiert von WHO 1995, 2000, 2004
- Wolfe, B.E./ Gimby, L.B. (2003): Caring for the hospitalized patient with an eating disorder. In: The Nursing Clinics Of North America 38(1): 75-99
- Wolfe, B.E. (2005): Reproductive Health in Women With Eating Disorders. In: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN) 34(2): 255-263
- Wunderer, E./ Schnebel, A. (2008): Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. Weinheim und Basel, Beltz Verlag.

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN

ABBILDUNG 1: WHO KLASSIFIKATION DES BMI (VGL. WHO, 2009).	8
ABBILDUNG 2: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER FLUKTUATION INNERHALB DER ESSSTÖRUNGSMANIFESTATIONEN (VGL. FAIRBURN/ HARRISON, 2003:409).	40
ABBILDUNG 3: MULTIFAKTORIELLE ÄTIOLOGIE DER ESSSTÖRUNG (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS TUSCHEN-CAFFIER ET AL., 2005:24.	48
ABBILDUNG 4: SÄULEN DER ESSSTÖRUNGSTHERAPIE (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS WUNDERER/ SCHNEBEL, 2008:97).	55
ABBILDUNG 5: OXIDIERBARE BRENNSTOFFE UND DIE PRIORITÄT DER KÖRPERPROZESSE BEI MANGELERNÄHRUNG (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS WADE/ JONES, 2004:R1278).....	61

TABELLE 1: DIAGNOSEKRITERIEN DER BULIMIA NERVOSA LAUT ICD-10 UND DSM-IV (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS WUNDERER/ SCHNEBEL, 2008:23F).....	29
TABELLE 2: DIAGNOSEKRITERIEN DER BULIMIA NERVOSA LAUT ICD-10 UND DSM-IV (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS WUNDERER/ SCHNEBEL, 2008:26F).....	32
TABELLE 3: FORSCHUNGSKRITERIEN DER BINGE EATING STÖRUNG LAUT DSM-IV (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS WUNDERER/ SCHNEBEL, 2008:28).....	35
TABELLE 4: BEISPIELE FÜR DIE DIAGNOSE NICHT NÄHER BEZEICHNETER ESSSTÖRUNGEN LAUT DSM-IV (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS SAß ET AL., 1998:625F).....	36
TABELLE 5: DIE DIAGNOSEKATEGORIEN DER ATYPISCHEN ANOREXIA UND BULIMIA NERVOSA LAUT ICD-10 (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS DIMDI [HRSG.], 2000:276F).....	37
TABELLE 6: PFLEGEDIAGNOSEN BEI ESSSTÖRUNGEN (MODIFIZIERT ÜBERNOMMEN AUS SAUTER ET AL., 2006:724).....	95

LEBENS LAUF

NAME: Alice SPANN

GEBURTSDATUM: 17. Juli 1986

GEBURTSORT: Wien



AUSBILDUNG:

1992-1996 Volksschule Wien

1996-2004 Bundesrealgymnasium Wien

2004 Matura

2004 Studium der Humanmedizin – Medizinische Universität Wien

2005 Studium der Pflegewissenschaft – Universität Wien

FREMDSPRACHENKENNTNISSE:

Englisch, Französisch, Latein, Japanisch

BERUFSERFAHRUNG:

1. Juli bis 31. Juli 2003 Sommerpraktikum Rudolfinerhaus Wien

1. Juni bis 15. Juli 2006 Fitnessclub Beer's Wien

Seit 1. Februar 2007 pro:woman Ambulatorium Wien