

Zu dick, zu dünn oder gerade richtig?

Essstörungen ...



Geht mich das was an?

forumessstörungen



Impressum

- Herausgeberin: Forum Essstörungen, c/o FrauenBeratung + Selbsthilfe e.V.
Laurentiusstrasse 12, 42103 Wuppertal
- Verantwortlich: Dr. Sabine Mucha Gynäkologin und Geburtshelferin / Ärzteverbund Wuppertal e.V.
Sabine Böse Diplompädagogin und Fachberaterin für Essstörungen FrauenBeratung +
Selbsthilfe e.V.
- Text: Dr. Sabine Mucha, Sabine Böse
- Gestaltung: FWK | Büro für Kommunikation, Mülheim an der Ruhr
- Druck: Das Druckhaus - Beineke und Dickmanns, Korschenbroich
- Fotos: Frank W. Koch, Gettyimages, Fotolia (Ana Blazic, SyB, Fotolia X)
- Dank: Wir danken allen Menschen, die uns beim Schreiben dieser Broschüre unterstützt haben.
Besonders bedanken möchten wir uns bei den Menschen, die uns fachlich unterstützt
haben: Ilse Dittmar, Dr. Kerstin Lepique, Gabriele Prack, Dr. Gudrun Schalk, Bärbel Topp,
Dr. Ali Aghasadeh, Dr. Dr. Achim Brünger, Dr. Karl Golücke, Dr. de Moll, Dr. med. Simson
Großer Dank gilt auch der BARMER, die den Druck der Broschüre übernommen hat.

Inhalt

Vorwort	05
Einleitung	06
Essstörungen - auch ein Problem der PatientInnen in Ihrer Praxis?	
• Schönheitsideale und Diäten	08
• Zu dick oder zu dünn?	09
• Essstörungen als Lösungsstrategie	10
Psychogene Essstörungen	
• Arten der Essstörungen	12
• Wie sich Essstörungen äußern können	13
• Latente Essstörung- Oder ich will so bleiben wie ich bin	13
• Anorexia nervosa - Dünn, dünner am dünnsten	14
• Bulimia nervosa - Mein zweites ich	14
• Binge Eating - Satt sein – was ist das ?	15
• Folgen der Mangelernährung bei Anorexia und Bulimia nervosa	16
Was Sie als Ärztin oder Arzt tun können	
• Wahrnehmen	22
• Mögliche diagnostische Hinweise bei Essstörungen	23
• Ansprechen, zuhören, fragen	24
• Untersuchen und behandeln, weitere Hilfe vermitteln	27
Ansprechpartner und Literatur	
• Ansprechpartner des Forum Essstörungen	28
• Ausgewählte Internetadressen	04
• Ausgewählte Literatur	04

Ausgewählte Internetadressen

www.bundesfachverbandessstoerungen.de
www.magersucht-online.de
www.hungrig-online.de
www.adipositas-online.info
www.bzga.de
www.bzga-essstoerungen.de
www.dhs.de
www.essprobleme.de
www.essstoerungen-frankfurt.de
www.ab-server.de

Ausgewählte Literatur

Bruch, H.: Ess-Störungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main 1999, 7. Auflage

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Essstörungen. Eine Information für Ärzte und Ärztinnen Suchtmedizinische Reihe, Band 3, Hamm 2004

Reich/Witte-Lakemann/Killius: "Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen", V & R

Stahr, Ingeborg, Barb-Priebe, Ingrid und Schulz, Elke: Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten, Weinheim, 1998.

Vorwort

Der zunehmenden Zahl von Menschen mit Essstörungen (mehr als 90% Frauen und Mädchen) steht derzeit in Deutschland nur ein unzureichendes medizinisches, beraterisches und psychotherapeutisches Behandlungsangebot zur Verfügung.

Um die Versorgungsstruktur für Betroffene und Angehörige für den Raum Wuppertal zu verbessern, haben Ilse Dittmar (Kinder- und Jugendlichen-Therapeutin) und Dipl.Päd. Sabine Böse (Fachberaterin für Essstörungen der FrauenBeratung), unterstützt seitens der Kassenärztlichen Vereinigung durch Dr. Heinz de Moll (Frauenarzt) und Jochen Maurer (Psychotherapeut), im Jahre 2006 den Arbeitskreis Forum Essstörungen gegründet.

Das Forum Essstörungen setzt sich aus VertreterInnen psychosozialer Einrichtungen, Beratungsstellen, engagierten ambulant tätigen ÄrztInnen, stationären Einrichtungen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen zusammen – denn nur durch kollegialen Austausch, Vernetzung und Weiterentwicklung von Präventions-, Behandlungs- und Nachsorgeangeboten kann eine tragfähige Versorgungsstruktur aufgebaut und erhalten werden.

Um Sie als Kolleginnen und Kollegen für dieses Thema zu sensibilisieren, haben ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen des Forum Essstörungen diese Broschüre entwickelt, die Ihnen als Handlungsempfehlung für PatientInnen mit Essstörungen dienen soll.

Einleitung

Laut einer Göttinger Studie von 2005 zur Qualitätssicherung in der Beratung und Therapie bei Essstörungen gehört diese PatientInnengruppe zu den schlecht versorgtesten im ambulanten Bereich.

Die Ursache dafür mag sicherlich der besondere Charakter und Verlauf dieser Störung sein, der eine Kooperation mit ÄrztInnen der unterschiedlichsten Fachgruppen bei der Diagnostik und Koordination der weiteren Therapie besonders wichtig macht. In den wenigsten Fällen wird die Essstörung von den PatientInnen selbst als Grund für den Arztbesuch genannt. Oft sind es allgemeine Symptome wie Schwindel, Diarrhöe, Obstipation, Zyklusstörungen, Zahnschmerzen, Heiserkeit, etc., die diese PatientInnen beklagen.

Häufig werden nur die Symptome behandelt - die Diagnose einer Essstörung wird nur in einer geringen Anzahl der Fälle gestellt. Auch gravierende Essstörungen können, trotz regelmäßiger Arztbesuche und mehrerer Krankenhausaufenthalte, ein Leben lang unbenannt bleiben. Fehlende Krankheitseinsicht oder Scham auf Seiten der PatientInnen sowie mangelndes Bewusstsein aus ärztlicher Sicht führt zu einer enorm hohen Dunkelziffer. Dabei handelt es sich bei der Anorexia nervosa um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild mit einer Letalität von 15%.

Die frühzeitige Diagnostik und umfassende fachgruppenübergreifende Therapie ist hierbei für die weitere Prognose besonders wichtig.

Fragen Sie sich das auch:

Schlafstörungen, Haarausfall, Ohrspeicheldrüsenschwellung - denke ich da immer sofort an eine Essstörung?

Und wenn ich daran denke, wie spreche ich die PatientInnen darauf an?

Was tue ich, wenn die PatientIn mich für einen kompetenten Ansprechpartner hält und sich mir offenbart?

Woher nehme ich die Zeit, dieser PatientIn gerecht zu werden?

Liegt die gesamte Last der Behandlung bei mir oder gibt es ein kompetentes Netzwerk, das mich bei der Behandlung unterstützen kann?

Diese Broschüre soll Ihnen bei der Beantwortung dieser Fragen helfen, indem wir kurz die einzelnen Ihnen bekannten Essstörungen skizzieren, die unterschiedlichen Symptome nach Fachgruppen aufgeteilt

darlegen, Ihnen einen kurzen Anamnesebogen vorstellen und, last but not least, kompetente AnsprechpartnerInnen nennen, die Ihnen helfen, die Therapie Ihrer PatientInnen zu koordinieren.



Essstörungen – auch ein Problem der Patientinnen in Ihrer Praxis?

Über die Prävalenz von Essstörungen gibt es erstaunlich wenig genaue Daten. Dennoch ist in den Industrieländern in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Die Betroffenen sind überwiegend Frauen. Etwa 95% der Magersüchtigen sind Mädchen und junge Frauen, ca. 90% der Bulimia Erkrankten sind weiblichen Geschlechts. Heute erkranken in zunehmendem Maße auch Jungen und Männer an diesen „typisch weiblichen“ Erkrankungen.

Schönheitsideale und Diäten

Essstörungen treten über die gesamte Altersspanne auf, wobei im Jugendalter, vor allem in der Pubertät, eine größere Gefahr besteht, eine Essstörung zu entwickeln.

Verglichen mit dem gängigen Schönheitsideal, das weit unter dem Idealgewicht liegt, fühlen sich meist Mädchen und junge Frauen, aber zunehmend auch Jungen und Männer, als zu dick und stehen ihrem Körper feindlich gegenüber. Der Bauch, der Po und die Oberschenkel werden zu Problemzonen erklärt.

Alles ist in den eigenen Augen zu fett, zu wackelig und zu hässlich. Die Körperwahrnehmung von Menschen mit Essstörungen kann nachhaltig gestört sein. Viele junge Frauen und auch Männer leben ständig mit dem Gefühl, fehlerhaft und mit Makeln belastet zu sein. Das zermüht und lässt das Selbstvertrauen schwinden. Diäten, exzessiver Sport, einseitig eingeschränkte Ernährung, Hungern, die Einnahme von Appetitzüglern, Abführmitteln und Entwässerungsmitteln sollen aus dieser Misere heraushelfen.

Zu dick oder zu dünn?

Jeder Mensch hat sein ganz individuelles Normalgewicht und individuelle Proportionen. Die Frage: bin ich „normal“? lässt sich somit nicht alleine mit dem Metermaß und der Waage klären. Ob das eigene Gewicht richtig ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab, und vor allem von einem selbst.

Als Orientierungshilfe, zur Einschätzung des eigenen Gewichts dient uns unter anderem der so genannte Body Maß Index (BMI). Er errechnet sich aus Körpergewicht geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat (kg:m^2). Darüber hinaus gibt es weitere Methoden zur Einordnung der Körpermasse, z.B. die Bestimmung der Körperfettmasse durch die Bioelektrische Impedanz-Analyse (BIA), oder die Messung der Fettverteilung, auch Taille-Hüft-Quotient genannt. Hierbei wird das Verhältnis vom Taillenumfang zum Hüftumfang berechnet. Es ist gut, wenn der Quotient bei Frauen bis zu 0,8, bei Männern bis 1 liegt. Wer mit Lust isst, wenn er hungrig ist und aufhört, wenn er satt ist, wird sich weder ständig überessen noch unterernähren. Wer nicht ständig an das Essen denkt, sich in seiner Haut wohl fühlt, genießen kann und zufrieden ist, wird weniger gefährdet sein, eine Essstörung zu entwickeln.

Unter 17,5
ausgeprägtes Untergewicht

Unter 18,5
Untergewicht

Bis 25,0
Normalgewicht

Bis 30,0
Übergewicht

Bis 35,0
Adipositas 1. Grades

Bis 40,0
Adipositas 2. Grades

Über 40,0
extreme Adipositas
3. Grades.

Essstörungen als Lösungsstrategie

Essstörungen werden heute nicht primär als Ausdruck einer in der Person liegenden Pathologie verstanden, sondern als Reaktion auf Lebensumstände und Traumatisierungen, die das Individuum zu meistern hat. Sie stellen einen gescheiterten und in der Regel auch gänzlich unangemessenen Lösungsversuch für Probleme dar, für die den Betroffenen keine angemessenen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die widersprüchlichen gesellschaftlichen Erwartungen an die Rolle der Frau spiegeln sich in Essstörungen als ein Konflikt von Frauen und Mädchen zwischen Anpassung und Widerstand. Essstörungen werden als Folge der widersprüchlichen Rolle der modernen Frau beschrieben, von der erwartet wird, dass sie sowohl in ihrer Rolle als Mutter und Partnerin als auch in ihrer Karriere als berufstätige Frau erfolgreich ist und dabei auch noch den Anforderungen des gängigen Schönheitsideals schön und schlank zu sein entspricht. Bei Patientinnen mit Essstörungen ist die „weibliche Rolle“ oft hoch ambivalent besetzt.

Ist der Angriff auf die Persönlichkeit und Würde zu stark, kann eine tief greifende Spaltung zwischen dem Bewusstsein und dem eigenen Körper eine Bewältigungsstrategie darstellen. Der missbrauchte Körper wird durch Essensverweigerung oder Erbrechen von Nahrung weiter geschunden und somit als Sinnbild des Schlechten abgelehnt. Nicht selten sind Essstörungen begleitet von weiteren psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen, Alkoholmissbrauch oder Angststörungen.

Auch autoaggressive Verhaltensweisen, wie das Aufritzen oder Verbrennen der Haut, treten in zunehmendem Maße bei essgestörten Menschen auf und haben in den meisten Fällen eine Appellfunktion.



10

11

Psychogene Essstörung

Arten der Essstörung

Die Entstehungsgründe für Essstörungen sind sehr vielfältig und individuell unterschiedlich.

Einige Faktoren z.B. sind geringes Selbstwertgefühl, Spannungen in der Familie oder im Freundeskreis, Frustrationen im Berufsleben, Gewalterfahrungen, Trennungserlebnisse, der Druck unter Gleichaltrigen oder das Erreichen eines durch die Werbung vermittelten Schönheitsideals.

Essstörungen äußern sich durch ein gestörtes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper. Wir unterscheiden unterschiedliche Formen der psychogenen Essstörungen, wobei Mischformen häufig und die Übergänge fließend sind:

- *Latente Essstörung*
- *Anorexia nervosa*
- *Bulimia nervosa*
- *Binge Eating*

Schätzungsweise erkranken zurzeit pro Jahr auf 100.000 Deutsche 29 Frauen und ein Mann neu an einer Bulimie und 19 Frauen und zwei Männer neu an einer Anorexie – Tendenz steigend, insbesondere im Kindesalter.

Psychogene Essstörungen sind sicher neben der Adipositas ernstzunehmende Erkrankungen, die nicht zuletzt durch die Folgeerkrankungen zu schweren somatischen und psychogenen Komplikationen bis hin zum Tod führen können. Allerdings ist die Diagnostik dieser Essstörungen bisweilen schwierig. Die Erkrankungen sind sehr schambesetzt; viele Betroffene tarnen sich durch eine perfekte Fassade oder verleugnen ihre Essstörungen nicht zuletzt wegen fehlender Krankheitseinsicht.

Es wäre wünschenswert, wenn das Thema psychogene Essstörungen auch ein Thema in Ihrer Praxis oder Klinik werden könnte.

Latente Essstörung - Oder ich will so bleiben wie ich bin

Latente Essstörungen sind charakterisiert durch starke Gewichtsschwankungen (z.B. Kleidergröße 38 bis 44 bei Frauen), bedingt durch den Wechsel zwischen übermäßigem Essen und Diät halten. Der Einsatz von Appetitzüglern, Abführmitteln, Verwendung von „Light - Produkten“ sowie das Kalorienzählen sind typisch für diese „versteckte“ Essstörung. Das Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse und Körpersignale geht verloren, so dass ein entspannter Genuss einer Mahlzeit nicht mehr möglich ist.

Gefährlich ist diese unterschwellige Essstörung, da sie den Einstieg in andere Essstörungen, z.B. Bulimie oder Magersucht, begünstigt.

Anorexia nervosa - Dünn, dünner am dünnsten

Bereits jede(s) dritte Mädchen/ Frau zwischen 12 und 20 Jahren leidet an Frühformen einer Essstörung. Bei 14 % dieser Gruppe besteht ein sehr hohes Risiko für die Entwicklung einer Magersucht, so dass letztendlich ca. 1 bis 1,5 % der 15- bis 25-jährigen betroffen sind. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 16 Jahren, mit einer Tendenz des Anstiegs bei Kindern. Zunehmend sind auch Jungen und Männer betroffen. In der Regel verstreicht ein Zeitraum von 5 bis 10 Jahren bis zur

Diagnosestellung. Die Prognose ist umso schlechter je später die Erkrankung erkannt wird, so dass ca. 15 % der Fälle letal enden.

Zentrales Leitmotiv der anorektischen PatientInnen ist der Wunsch nach extremer Schlankheit, verbunden mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung. Die PatientInnen sind bestrebt, ihre Autonomie zu schützen. Betroffene Frauen können mit Hilfe der Krankheit Ängste vor Körperlichkeit und den Anforderungen, die als erwachsene Frau an sie gestellt werden, reduzieren.

Magersüchtige sind von ihrem äußeren Erscheinungsbild auffallend dünn. Ein selbst herbeigeführter Gewichtsverlust von ca. 20% in kurzer Zeit (ca. 3 bis 4 Monate), z.B. 12 kg bei einem Ausgangsgewicht von 60 kg und einer Größe von 170 cm, können auf diese Essstörung hindeuten.

Charakteristisch sind eine streng kontrollierte und stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme, übertriebene körperliche Aktivitäten, ständiges gedankliches Auseinandersetzen mit der Essensaufnahme und dem Körperbild, Körperschemastörungen (der eigenen Körper wird trotz extremen Untergewichts als zu dick empfunden) und eine fehlende Krankheitseinsicht. Psychopathologisch werden die Betroffenen von einer extremen Angst vor einer Gewichts-

zunahme dominiert, so dass das Körpergewicht zum Mittelpunkt des gesamten Fühlens, Denkens und Handelns wird.

Bulimia nervosa - Mein zweites ich

Kennzeichnend für die Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Diäten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika. Die Betroffenen sind meistens sportlich sehr aktiv, gepflegt und ehrgeizig.

Obwohl das Gewicht meist im Normbereich liegt, sind sie mit ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor einer Gewichtszunahme.

Die Zahlen über die Erkrankungshäufigkeit schwanken. Ca. 0,5 bis 3% der 15- bis 35-jährigen sind betroffen. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 23 Jahren. Auch hier sind mehr Frauen als Männer betroffen - mit einer sehr rasanten Zunahme bei Jungen und Männern.

Typischerweise ist das Essverhalten in der Öffentlichkeit kontrolliert – die Fassade stimmt. Häufig werden Light- und fettarme Produkte für die „offiziellen“ Mahlzeiten

ausgewählt, während für die Essanfälle große Mengen billiger, leicht verzehrbare Lebensmittel gekauft werden. Die Nahrung wird in verbotene und erlaubte Produkte unterteilt.

Die Betroffenen sind nicht selten wegen der hohen Ausgaben für Lebensmittel hoch verschuldet und neigen ggf. zur Kriminalität.

Die heimlichen Ess/Brechanfälle sind für die Betroffenen peinlich und schambesetzt. Selbstekel und das Gefühl, abnorm zu sein, führen häufig zu depressiven Verstimmungen. Soziale Isolation und Vernachlässigung von Interessen sind die Folge.

Psychopathologisch ist die Bulimie der Versuch der Aufrechterhaltung der emotionalen Balance angesichts einer Vielzahl von Widersprüchen und Überforderungen, für die keine bedürfnisgerechten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

Binge Eating - Satt sein – was ist das?

„Binge“ heisst übersetzt Gelage, also große Mengen in kurzer Zeit verschlingen.

Binge Eating ist eine psychogene Essstörung, die meist mit Übergewicht oder Adipositas

verbunden ist. Das bedeutet aber nicht, dass Übergewichtige automatisch an Binge Eating leiden. Die Erkrankten können auch normalgewichtig sein. In den häufigen Heißhungeranfällen werden große Mengen an Lebensmitteln verzehrt. Es folgen allerdings keine selbstregulierenden Maßnahmen wie bei der Bulimie.

Zwischen den Essanfällen ist das Essverhalten eher restriktiv. Allerdings werden begonnene Diäten schnell wieder abgebrochen.

Die Erkrankung ist durch ein gestörtes Hunger- und Sättigungsverhalten charakterisiert. Betroffene bevorzugen typischerweise bewegungsarme Freizeitbeschäftigungen wie Fernsehen und Computerspielen. Sie haben nur unzureichende Bewältigungsstrategien für ihre Gefühle wie Wut, Ärger, Traurigkeit etc..

Binge Eating ist unter den psychogenen Essstörungen das Krankheitsbild, das am wenigsten erforscht ist. Eine abschließende Definition der Diagnosekriterien steht noch aus.





HerzKreislaufstörungen / Dehydratation

Kompensatorisch passt sich jeder Körper einer geringen Nahrungszufuhr an, indem er seinen Energieverbrauch verringert. Zur Energieeinsparung werden der Blutdruck und die Herzfrequenz gesenkt. Eine Bradykardie und ein Hypotonus können die Folgen sein. Verstärkt können die Symptome durch einen Wasserverlust des Körpers durch Erbrechen und Missbrauch von Laxantien und Diuretika werden.

Als Folgen treten u. a. Schwindel und Kopfschmerzen, verminderte Harnausscheidung, Übelkeit und Teilnahmslosigkeit auf.

Folgen der Mangelernährung bei Anorexia und Bulimia nervosa

AnorektikerInnen, die das Essen weitgehend meiden, aber auch BulimikerInnen, können an einer Mangelernährung leiden. BulimikerInnen neigen dazu, an anfallsfreien Tagen ihre tägliche Kalorienaufnahme zu reduzieren und Kohlehydrate und Fette zu meiden.

Häufiges Erbrechen, der Gebrauch von Abführ- und /oder Entwässerungsmitteln, Fasten oder gesteigerte Aktivität können dazu führen, dass zumindest über bestimmte Zeitabschnitte nicht genug Energie zugeführt wird.

Körperliche Veränderungen und mannigfaltige Symptome sind die Folge:

Veränderung des Säure Basen - und des Elektro- lythaushaltes

Durch häufiges Erbrechen gehen dem Körper übermäßig viele Wasserstoffionen verloren. Das kann Symptome wie Schwäche, Benommenheit, Kribbeln oder Taubheitsgefühle in Händen oder Füßen, Muskelschmerzen, sowie Hitze- oder Kälteschauer hervorrufen.

Desgleichen kommt es oft zu einem Kaliummangel, der zur Beeinträchtigung der Nierenfunktion, beschleunigtem Herzschlag und Herzrhythmusstörungen führen kann. Eine weitere Folgeerscheinung des Kaliummangels

ist eine Adynamie der Darmmuskulatur, die zu Völlegefühl und Obstipation führt. Der Missbrauch von Diuretika kann die Symptome verstärken.

Anämie

Durch einseitige Ernährung kommt es schnell zu einem Eisenmangel. Insbesondere Frauen sind hiervon stark betroffen, da ihre Möglichkeiten zur Eisenspeicherung im Körper geringer als bei Männern sind und die Menstruation zu zusätzlichen Eisenverlusten führen. Symptome sind u. a. spröde, rissige Haut, rissige Nägel, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Kopfschmerzen.

Menstruationsstörungen

Die Fortpflanzungsfähigkeit ist ein sensibles Maß für den Ernährungszustand des weiblichen Körpers. Hierfür verantwortlich ist ein entwicklungsgeschichtlich sehr alter Mechanismus, der einen unzureichend ernährten Körper vor den Belastungen einer Schwangerschaft schützen soll.

Energiesparmaßnahmen bei Mangelernährung führen zu einer Reduktion der Östrogene und des Progesterons, so dass es zur gestörten Eizellreifung bzw. zur Verhinderung der Nidation der befruchteten Eizelle im

Uterus kommen kann. Eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe bzw. unregelmäßige Zyklen sind die Folge.

Osteoporose

Mangelnde Aufnahme von Kalium mit der Nahrung, sowie eine verminderte Produktion von Östrogenen, die für den Einbau von Calcium in den Knochen von Bedeutung sind, können langfristig zu einer manifesten Osteoporose führen.

Anhaltende Rückenschmerzen bzw. generalisierte Knochenschmerzen, die sich bei Belastung verstärken, können die ersten Symptome sein. Bei sehr geringer Calciumeinlagerung können diese Symptome auch schon vor der Menopause auftreten.

Zahnschäden

Beim Erbrechen kommt chemisch saurer Mageninhalt mit den Zahnoberflächen in Kontakt. Bei häufigem Erbrechen kann dies zur Zersetzung des Zahnschmelzes und der Oberfläche der Zähne führen. Gefördert wird dieser Vorgang durch unzureichende Zufuhr des Mineralstoffs Calcium, was zu einer Entkalkung der Zähne führt. Des Weiteren führen die Dehydratation bei häufigem Erbrechen, sowie eine reaktive Schwellung der Ohrspeicheldrüsen zu einer

Reduktion der Speichelbildung. Demzufolge kann das chemische Milieu im Mund nicht ausreichend neutralisiert werden und Zähne und Zahnfleisch können nicht vor Schädigungen und Entzündungen geschützt werden.

Als Folge treten Karies, Zahnfleischentzündungen, Zahnverkleinerungen und Brüchigkeit der Zähne auf.

Bereits nach kurzer Zeit weisen die Schneidekanten der Front- und Eckzähne im Unterkiefer typische Mulden auf. Nach zwei Jahren werden auch im Oberkieferbereich starke Veränderungen vor allem an den Schneidezähnen beobachtet. Hierzu zählen die Verkürzung der Schneidekanten im fortgeschrittenen Stadium, eine bogenförmige Aushöhlung der Schneidezahninnenflächen und ein Substanzverlust der Zahnhärte.

Depressive Stimmungsschwankungen

Eine unzureichende Nahrungsaufnahme hat auch Auswirkungen auf das Wohlbefinden eines Menschen. Bei fehlenden Makronährstoffen, z. B. durch eine verminderte Aufnahme von Kohlenhydraten, kommt es zu einer geringeren Produktion des Botenstoffs Serotonin im Gehirn. Dieser Mangel kann zu depressiven Verstimmungen führen.

Auch Noradrenalin, welches für eine positive Stimmungslage notwendig ist, wird vermindert ausgeschüttet.

Heißhunger

Serotonin im Gehirn ist u. a. wichtig für die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung. Bei zu geringer Kohlenhydrataufnahme wird die Sättigungsregulation gestört, d. h. man nimmt schlechter wahr, wann man Hunger hat und wann man satt ist. Dadurch kann es leicht zum Überessen kommen.

Des Weiteren führt die Restriktion von Kohlenhydraten und Fetten zu einer Unterversorgung an Nährstoffen, so dass das Bedürfnis des Körpers Nahrung aufzunehmen, immer mehr wächst. Es kommt zu Heißhunger auf diese Nährstoffe, sodass hieraus zusammen mit der gestörten Sättigungsregulation Essanfälle resultieren, die nicht mehr kontrolliert werden können.

In diesem Zusammenhang ist eine weitere Tatsache interessant. Wenn man zu essen beginnt, kommt es bekanntlich zu einer Ausschüttung von Insulin, um Kohlenhydrate zu verstoffwechseln. Wird nach dem Essen erbrochen, kann es zu einer Hypoglykämie kommen, die sich u. a. in einem Schwächegefühl und in Schweißausbrüchen bemerkbar

machen kann. Häufig bessert nur die erneute Nahrungsaufnahme die Symptome.

Wenn man nun in immer wieder denselben Situationen sehr viel isst, z. B. bei Gefühlen von Wut oder Angst, so kann der Körper sich hierauf einstellen, indem er gewissermaßen vorsorglich Insulin ausschüttet. Hiermit könnte möglicherweise erklärt werden, warum es den BulimikerInnen nochmals schwerer fällt, in diesen Situationen dem Drang zu essen zu widerstehen.

Gewichtsschwankungen

Die Verringerung des Energieumsatzes unter dem Einfluss von Restriktionen und Diäten führt zu einer Gewöhnung des Körpers an Energiesparmaßnahmen, auch noch längere Zeit nach Normalisierung der Nahrungsaufnahme. Das bedeutet, dass nicht verwertete Nährstoffe als Körperfett gespeichert werden und eine ausgeprägte Gewichtszunahme die Folge ist. Dieser Mechanismus erweckt bei den Betroffenen leicht den Eindruck, dass Übergewicht nur durch fortdauernde Einschränkung des Essens vermieden werden kann. Nach einigen Wochen kommt es wieder zu einer Normalisierung des Energieumsatzes und somit nicht mehr zu einer überproportionalen Gewichtszunahme.



Essstörungen bei Männern

Viele Männer sind für die Idealbilder in Werbung und Medien empfänglicher geworden, denn die Rolle des Mannes ist einem raschen Wandel unterworfen. Männer orientieren sich, wie Frauen, in zunehmendem Maße an Schönheitsidealen, sind dabei aber einem hohem Leistungsdruck im Beruf ausgesetzt. Vor allem in Großstädten steigt die Zahl der Single-Haushalte. Allein lebende Männer neigen dazu, sich einseitig und unregelmäßig zu ernähren.

In der Risikogruppe der Jugendlichen und jungen Männer zwischen 10 und 25 Jahren haben Störungen des Essverhaltens stark zugenommen. Mehr und mehr Männer leiden unter Anorexie und Bulimie. Bei den Krankheitsbildern Binge Eating und Adipositas sind sie sogar ähnlich häufig betroffen wie Frauen. Essstörungen beginnen bei Männern später, durchschnittlich mit etwa 22 Jahren. Männer greifen offenbar seltener zu Appetitzüglern oder anderen Tabletten, dafür ist bei ihnen die Essstörungen öfter mit einer Sucht gekoppelt, z. B. mit Alkoholismus, Spielsucht, Arbeits- oder Computersucht. Bulimische Männer waren häufig in ihrer Kindheit oder als Jugendliche übergewichtig. Wie auch bei den Frauen fungiert eine Diät oft als „Einstiegsdroge“ in die Essstörung.

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Symptomatik der Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter entspricht im Wesentlichen der von jungen Erwachsenen. Im Vergleich zur Vielfalt der Gewichtsreduktionsmethoden bei älteren PatientInnen steht im Kindes- und frühen Jugendalter die Einschränkung der Nahrungszufuhr in Kombination mit körperlicher Hyperaktivität weitaus im Vordergrund. Ein großer Teil der jungen anorektischen PatientInnen leidet unter schweren depressiven Verstimmungen, die manchmal zur Fehldiagnose einer depressiven Erkrankung führen können. Nicht selten werden ausgeprägte Zwänge und Rituale beobachtet, die sich in der Regel auf die Essenssituation beziehen.

Das klinische Erscheinungsbild der Bulimia nervosa im Jugendalter gleicht ebenfalls dem junger Frauen. Jugendliche mit Bulimie leiden häufig unter Störungen des Selbstwertgefühls.

Im Vergleich zum Erwachsenen und Adoleszenten verfügt der kindliche Organismus über eine bedeutend geringere Fettmasse, so dass die somatischen Folgen des Hungers bei der kindlichen Anorexia nervosa in vielen Fällen gravierender sind. Ein Teil der kindlichen und jugendlichen PatientInnen stellt auch die Flüssigkeitszufuhr ein, woraus nicht selten Dehydrationszustände

resultieren. Sowohl bei anorektischen als auch bulimischen PatientInnen ist auf Elektrolytstörungen zu achten.

Neben medizinischen und psychologischen Aspekten umfasst die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen auch die Beratung und Therapie der Familie. Die Familie vermittelt Einstellungen zu Aussehen, Körperidealen, Geschlechtsidentität, sozialen Normen und besitzt Interaktionsabläufe, die Entwicklungsprozesse fördern bzw. hemmen können.



Was Sie als Ärztin oder Arzt tun können

Wahrnehmen

Essstörungen als schambesetzte Erkrankungen sind in den wenigsten Fällen das primäre Anliegen der Betroffenen, die unsere Praxen aufsuchen. Wir als ÄrztInnen sollen aus diesem Grunde unsere Sinne für die Symptomkomplexe, die auf eine Essstörung hindeuten können, schärfen und uns als kompetente Ansprechpartner für Betroffene präsentieren.

Mögliche diagnostische Hinweise bei Essstörungen

Da die Übergänge Anorexia/Bulimia nervosa fließend sind, haben wir die möglichen Symptome zunächst zusammengefasst und weisen des Weiteren auf Besonderheiten der einzelnen Störungen hin. Binge Eating ist unter den psychogenen Essstörungen das am wenigsten erforschte Krankheitsbild. Die Diagnosekriterien stehen noch aus.

Auf internistischem Gebiet:

- Hyperaktivität
- Schlafstörungen, Müdigkeit
- Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche
- Generalisierte Knochenschmerzen, Rückenschmerzen
- Kardiovaskuläre Veränderungen/Herzatrophy mit Bradykardie und Hypotonie, ggf. auch Tachykardie und Herzrhythmusstörungen, insbesondere Tachykardien und Schwitzen bei Appetitzüglern
- Hypothermie
- Acrocyanose
- Bradypnoe
- Schwindel und Ohnmachtsanfälle
- Nierenschäden mit Oligo- oder Polyurie bis hin zum Nierenversagen
- Dehydratation
- Hämatologische Unterfunktion mit Anämie und Leukopenie
- Anfälligkeit für Entzündungen durch immunologische Dysfunktion
- Gastrointestinale Veränderungen mit Übelkeit, Völlegefühl, Obstipation
- Elektrolytimbalancen mit Kribbeln und Taubheitsgefühlen in Händen und Füßen, Muskelschmerzen
- Periphere Ödeme

Besonderheiten bei Anorexia nervosa

- Gewichtsverlust von 20% innerhalb kurzer Zeit (ca. 3 bis 4 Monate)
- Kachexie
- Perfektionismus
- Fehlende Krankheitseinsicht

Auf endokrinologischem und gynäkologischem Gebiet

- Erhöhter Adrenalin Spiegel
- Änderung des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus
- Erhöhte Wachstums- und Cortisol Spiegel
- Zyklusstörungen bis hin zur primären oder sekundären Amenorrhoe

Besonderheiten bei Bulimia nervosa

- Akute Magendilatation mit Gefahr der Magenruptur
- Gastrointestinaler Reflux und Oesophagitis

Auf zahnärztlichem Gebiet

- Zahnschmelzerosionen durch häufiges Erbrechen – schon nach kurzer Zeit weisen die Schneidezähne der Front – und Eckzähne im Unterkiefer typische Mulden auf

Auf dermatologischem Gebiet

- Trockene atrophische Haut, rissige Nägel
- Gelbliche Hautfarbe
- Haarausfall
- Lanugobehaarung
- Brüchige Finger– und Zehennägel
- Trommelschlägelfinger
- Oberflächliche Narben an Handrücken bei Erbrechen

Auf HNO-ärztlichem Gebiet

- Durch häufiges Erbrechen schmerzlose Ohrspeicheldrüsenanschwellung und auch chronische Heiserkeit und Halsschmerzen

Auf nervenärztlichem Gebiet

- Adynamie
- Lethargie
- Tetanien
- Cerebrale Krampfanfälle

Ausprechen, Zuhören, Fragen

Betroffene PatientInnen empfinden es zum Teil als Erleichterung, wenn sie einfühlsam aber gezielt auf ihre Essstörung angesprochen werden. Es signalisiert den Betroffenen, dass Sie als Ärztin mit der Problematik vertraut sind.

Ein Gespräch in möglichst ungestörter Atmosphäre, allein mit der PatientIn, macht den Betroffenen Mut, über ihr schambesetztes Leiden zu sprechen.

Verleugnungsstrategien bei anorektischen PatientInnen können allerdings die Diagnosestellung erschweren und das Arzt-PatientInnen-Verhältnis strapazieren.

Bei weiterhin bestehendem Verdacht sollten Sie sich nicht scheuen, die Betroffenen immer wieder anzusprechen und ihnen gezielte Hilfeangebote zu unterbreiten.



Anamnesebogen

Eine Möglichkeit, sich von einer neuen PatientIn unproblematisch einen ersten Eindruck zum Thema „Essen“ zu verschaffen, ist die Erweiterung ihres Anamnesebogens um einige wenige Fragen:

- Wie groß sind Sie?
- Wie viel wiegen Sie?
- Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zu- oder abgenommen?
- Wenn ja, wie häufig?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?

Die Antworten können ggf. schon auf eine Essstörung hindeuten und Ihnen den Einstieg in ein Gespräch über das Thema „Essen“ erleichtern.

Auch wenn die PatientIn zum jetzigen Zeitpunkt dieses Thema aussparen möchte, so haben Sie ihr mit diesen fünf zusätzlichen Fragen in Ihrem Anamnesebogen signalisiert, dass Sie in der Zukunft ein kompetente AnsprechpartnerIn sein können.

Einige weiterführende Fragen im Gespräch können sein:

- Wie häufig haben Sie schon eine Diät gemacht?
- Wie viele Stunden Sport treiben Sie pro Woche?
- Welche Sportart?
- Nehmen Sie Entwässerungsmittel oder Abführmittel?
- Wie oft fasten Sie pro Woche? (Nahrungskarenz von mehr als 8 Stunden)
- Essen Sie heimlich?
- Denken Sie viel über Essen nach?
- Unterscheiden Sie nach „verbotenen und erlaubten“ Speisen?
- Verletzen Sie sich selbst?
- Haben Sie Probleme in der Familie oder am Arbeitsplatz?

Untersuchen und behandeln, weitere Hilfe vermitteln

Neben den im eigentlichen Sinne medizinischen Aufgaben fällt uns ÄrztInnen, die eine Essstörung diagnostizieren, eine wichtige Funktion für den gesamten weiteren Behandlungsablauf und die Motivation der PatientInnen zu.

Die multifaktorielle Genese von Essstörungen erfordert einen entsprechend multidimensionalen Ansatz der Behandlung mit zwei Schwerpunkten: medizinische Behandlung und Psychotherapie. Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt, muss im Einzelfall geklärt werden.

Ein klares Hilfeangebot erleichtert häufig die Behandlung für ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Betroffene. Dieses Angebot sollte umfassen:

- Aushändigung von Informationsmaterial (z.B. Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- Sachliche Information über den körperlichen Zustand und mögliche Begleit- und Folgeschäden
- Kontrolle der dem Fachgebiet entsprechenden Körperfunktionen, u. a. das Wiegen der PatientInnen (im separaten Raum, ohne Familienangehörige, nur in Unterwäsche)
- Festlegung von Gewichtsgrenzen bei anorektischen PatientInnen, z.B. Hospitalisationsgewichtsgrenze
- Vermittlung an kompetente KollegInnen anderer Fachgruppen bei weiterführenden medizinischen Problemen
- Vermittlung an eine mit dieser Problematik vertrauten PsychotherapeutIn, ggf. unter Einbeziehung von Familienangehörigen
- Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen zur weiteren Weichenstellung, Einbeziehung von Familienangehörigen, Vermittlung von Wohngruppen, Selbsthilfegruppen, Motivation zur Therapie
- Zusammenarbeit der beteiligten TherapeutInnen während des Behandlungsverlaufs, nicht zuletzt auch bei der Frage nach ambulanter oder stationärer Therapie

Bei der somatischen Therapie von essgestörten PatientInnen löst häufig eine starke Zentrierung auf den Körper große Ängste aus. Zur Abwehr dieser Ängste reagieren PatientInnen unter Anderem mit Verweigerungshaltung, Lügen, Täuschen, Verleugnen und Bagatellisieren. Diese Verhaltensweisen sollen die behandelnden ÄrztInnen nicht ärgern, sondern sind Ausdruck des Mangels an geeignetem Verhaltensmuster in konfliktbelasteten Situationen.

Medizinische und psychotherapeutische Behandlung sollen somit grundsätzlich nicht in Personalunion erfolgen, da die kontrollierende ärztliche Funktion den psychotherapeutischen Erfordernissen essgestörter PatientInnen widerspricht.



Ansprechpartner und Literatur

Medizinische Praxen

• Ärztverband Wuppertal e.V.	Frau Reher-Keindorff	Calvinstr. 24, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 459 77 25
• Gynäkologische Gemeinschafts- praxis, Teenagersprechstunde u. A. Beratung bei Essstörungen	Dr. med. Sabine Mucha Dr. med. Gudrun Schalk	Calvinstr. 24, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 459 77 88
• Psychologische Psychotherapeutin	Gabriele Prack	Schwanenstr. 28, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 49 66 640
• Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren	Dr. med. Karl - B. Golücke	Vohwinkler Str. 29, 42329 Wuppertal Telefon: 0202 - 78 18 41
• Allgemeinmedizin	Dr. Dr. med. Achim Brünger	Schlossbleiche 12, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 45 07 07
• Zahnarzt / Oralchirurgie	Dr. med. dent. Aghasadeh	Mäuerchen 7, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 45 90 22
• Allgemeinmedizin - Suchtmedizin	Dr. med. Kerstin Lepique	Mäuerchen 43, 43103 Wuppertal 0202 - 45 90 24
• Gemeinschaftspraxis Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Daniela Stöter	Friedrich-Engels-Allee 156 42285 Wuppertal Telefon: 0202 - 79 90 40
• Gynäkologische Praxis	Gabriele Habermann	Hauptstr. 61, 42349 Wuppertal Telefon: 0202 - 247 88 10
• Gynäkologische Praxis	Dr. med. Heike Jende	Ascheweg 16, 42369 Wuppertal Telefon: 0202 - 24 67 10
• Gynäkologische Praxis	Dr. med. Jochen Langwasser	Wall 28, 42281 Wuppertal Telefon: 0202 - 45 49 48

- Gynäkologische Praxis

Dr. med. Heinz de Moll

Hofaue 93, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 - 44 81 81

Psychotherapeutische Praxen

- Psychotherapeutische Praxis
Kinder, Jugendliche und Familien

Ilse Dittmar

Emil-Rittershaus-Str. 7
42275 Wuppertal
Telefon: 0202 - 57 11 12

- Psychotherapeutische Praxis
für Erwachsene

Dipl. Psych. Beate Knöbel

Am Kasinogarten 9
42105 Wuppertal
Telefon: 0202 - 31 60 22

- Psychotherapeutische Praxis
für Erwachsene

Gabriele Prack

Schwanenstr. 28, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 - 49 66 640

- Psychotherapeutische Praxis
Kerstin Gröschl & Jutta Melchers
Kinder, Jugendliche und
Erwachsene

Kerstin Gröschl

Sadowastr. 19, 42115 Wuppertal
Telefon: 0202 - 30 86 10

- Psychotherapeutische Praxis
für Kinder/Jugendliche und
junge Erwachsene

E. Placke-Brüggemann

Hofaue 95, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 - 496 67 44

- Psychotherapeutische Praxis
für Kinder und Jugendliche

Heike Sperschneider

Friedrich-Ebert-Str. 59
42103 Wuppertal
Telefon: 0202 - 257 44 39

- Psychotherapeutische Praxis
für Kinder/ Jugendliche und
junge Erwachsene

Ute Benninghoff

Auer-Schulstr. 4, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 - 496 67 69

Beratungsstellen

Beratungsstelle für Drogenproblem e. V. Therapiegruppe für Frauen	Ellen Carstens-Richard Sabine Scheller	Döppersberg 22, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 45 38 29
FrauenBeratung + Selbsthilfe e. V. Koordination, Beratung, Therapie, SHG, Gruppen, Fortbildung, Prävention an Schulen	Sabine Böse	Laurentiusstr. 12, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 30 60 07
Kath. Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen	Frau Hähner Frau Kracht	Alte Freiheit 1, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 45 61 11

Fachdienste

Psychologischer Fachdienst Bergische Diakonie	Frau Krombach Herr Wunderlich	Diakonissenweg 13 42489 Wülfrath 0202 - 272 94 13
Sozialtherapeutische Wohnheime Ambulant Betreutes Wohnen	Saskia von Hagen	Hofaue 41 - 45, 42103 Wuppertal Telefon: 0202 - 47 93 66 - 16
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Wuppertal	Frau Berg Frau Syring	Parlamentstr. 20, 42275 Wuppertal Zentralruf: 0202 - 563 - 21 68

Kliniken für Kinder und Jugendliche

• Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum mit Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Barbara Hoyer Leitende Ärztin	Erfurthweg 28, 42489 Wülfrath 0202 - 272 93 10
• Zentrum für Seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters, Tagesklinik in Wuppertal	Frau Barkschat Diplompsychologin	Weststr. 103, 42119 Wuppertal 0202 - 75 845 - 0
• Kinder- und Jugendpsychiatrie in Remscheid	Frau Dr. Gabriele Brix Diplompsychologin	Burger-Str. 211, 42859 Remscheid 02191 - 13 - 38 05
• Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin im HELIOS Klinikum Wuppertal	Frau Gabriele Wichert	Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal 0202 - 896 - 38 61

Kliniken für Erwachsene

• Ev. Stiftung Tannenhof	Frau Kölker	Remscheider Str. 76 42899 Remscheid Telefon: 02 191 - 12 - 0
• Johanniter Tagesklinik	Herr Diebels	Märkische Str. 8, 42281 Wuppertal 0202 - 25 26 40
• Johanniter Tagesklinik	Herr Dr. Benz	Hofkamp 31 - 35, 42103 Wuppertal 0202 - 98 06 90

Gleichstellungsstelle für Frau und Mann

Frau Bocklage

Johannes-Rau-Platz 1, 42275 Wuppertal, Telefon: 0202 - 563 - 53 70

Genießen Sie Ihr Leben!

Wir sind da, wenn es darauf ankommt.



Besuchen Sie uns in einer der rund 1000 BARMER Geschäftsstellen. Erfahren Sie mehr über die vielen Vorsorge- und Präventionsangebote der BARMER. Und darüber, warum Sie sich ganz besonders auf uns verlassen können, wenn es darauf ankommt.

Informationen
auch unter
www.barmer.de