

Die chronisch untergewichtige Patientin Spannungsfeld Essstörungen in der gynäkologischen Praxis

Bettina Isenschmid

Rund 20% der weiblichen Bevölkerung in der Schweiz, vor allem in der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren haben einen BMI < 20 kg/m², wie aus den Angaben des Bundesamtes für Statistik hervorgeht (www.bfs.admin.ch). Wer untergewichtig ist, ist nicht automatisch mangelernährt. Konstitutionelles oder wachstumsbedingtes Untergewicht kann durchaus auch zu einer klinischen Fragestellung werden. In der Differentialdiagnose von Untergewicht und Mangelernährung muss jedoch bei Patientinnen aller Altersgruppen zunehmend an das Vorliegen einer Essverhaltensstörung gedacht werden.

Die Pathogenese von Essstörungen ist immer multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren können psychologische Merkmale wie geringes Selbstbewusstsein und Perfektionsdrang sowie soziale Anforderungen wie Rollen- und Körperideale oder Leistungssport Auslöser sein. In der Lebensgeschichte der Betroffenen finden sich nicht selten Gewalt und Missbrauch, auch innerhalb der Familie. Die sozialen Konstellationen sind oft geprägt von einem Mangel an Autonomie und leistungsunabhängiger Wertschätzung. Bezüglich Verlauf und Prognose stellen die klassischen Essstörungen Anorexie und Bulimie sehr ernsthafte Krankheitsbilder dar. Gemäss den zur Verfügung stehenden Daten kommt es nur in ca. 50% zu einer „Heilung“, während bei 25% lediglich eine Besserung, bei weiteren 25% jedoch eine Chronifizierung oder Verschlechterung eintritt [1]. 5-10% der Betroffenen sterben innerhalb von 10 Jahren nach Diagnosestellung, wobei die Todesursachen v. a. Elektrolytstörungen mit fatalen Kardioarrhythmien, Infektionen, Suizide sowie progressive Niereninsuffizienz umfassen [2]. Vor diesem Hintergrund ist die rasche und adäquate Intervention für alle Bezugspersonen zentral, für Mädchen und Frauen stellt die hausärztliche, aber insbesondere die frauenärztliche Praxis ein ideales Forum für Früherkennung und erste Behandlungsschritte dar[3].

Besteht Anlass ein problematisches Essverhalten zu vermuten, so müssen verschiedene Essstörungen in Betracht gezogen werden. Neben der Magersucht und der Bulimie stehen heute auch Erscheinungsbilder wie die Orthorexie, ebenso ständiges Diäthalten (restrictive eating) oder süchtiges Sporttreiben (exercise addiction) zur Diskussion. Auch existieren verschiedene Misch- und Übergangsformen zwischen den einzelnen Essstörungen.

Diagnostischen Kriterien von Essstörungen

Anorexia nervosa (Magersucht) [4]

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

Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) [4]

Zum klinischen Bild gehören die ständige gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht, regelmässige Kontrollverluste mit Heisshungeranfällen (Binges), dazu kompensatorische Massnahmen (Purging) wie Erbrechen, Abführen, Ruminieren, körperliche Aktivität, Fastenphasen sowie Gefühle von Scham, Schuld und Selbstekel. Das Gewicht liegt meist an der unteren Normgrenze oder im untergewichtigen Bereich.

Weitere Erscheinungsformen:

Orthorexia nervosa [5]

Betroffene verfolgen selbst auferlegte, komplexe Ernährungsvorschriften, Mahlzeiten werden über längere Zeit im voraus geplant. Der vermuteter Gesundheitswert ist prioritär, der Genuss am Essen verschwindet. Die Auswahl der „erlaubten“ Lebensmittel verringert sich zunehmend. Es wird eine „Überlebensration“ erlaubter Lebensmittel mitgeführt, da aus Furcht vor Fett, Chemikalien u. a. normalerweise erhältlichen Lebensmittel nicht gegessen werden können. Bei Verletzung der Essensregeln kommt es zu intensiven Versagens- und Schuldgefühle, Bestrafung mit noch strikteren Essensregeln oder Abstinenz. Teilweise stellt sich ein Selbstgerechtigkeits- und Überlegenheitsgefühl denjenigen gegenüber ein, die sich nicht im gleichen Maße selbst kontrollieren, die Störung kann religionsartige Ausmaße annehmen (Missionierung, „Foodamentalismus“).

Exercise addiction [6]

Das Motiv, Ausdauersport zu betreiben, ist zum zentralen Motiv mit Fixierungscharakter geworden. Der Ausdauerüchtige will sich dadurch "gut fühlen", Entzugssymptome und Erledigungszwang stellen sich ein. Es werden ständig höhere Beanspruchung benötigt und toleriert. Körperliche Warnsignale oder Überlastungsanzeichen werden missachtet; in der Folge treten körperliche Schädigung, Missachtung von Verletzungen und evtl. Lebensgefahr auf. Das soziale Leben zerfällt (Zerrüttung der Ehe, defizitäres Wahrnehmen von Verantwortung). Schlussendlich kontrolliert das sportbezogene Verhalten die Person, nicht umgekehrt.

Die folgende Befunde und Beobachtungen können als Warnsignale für Essverhaltensstörungen dienen, jedoch sind sie nur in Kombination und nicht selten im Verlauf aussagekräftig genug. Gerade die Ergebnisse von Laboruntersuchungen sind häufig auch bei ausgeprägtem Krankheitsbild längere Zeit noch weitgehend normal [7].

Tabelle 1: Klinische Anzeichen

- Abmagerung oder starke Gewichtsschwankungen
- Abwertende Bemerkungen über Figur und Gewicht
- Zwanghaftes Diäten, obwohl das Gewicht normal oder zu niedrig ist
- Vernarbungen auf Fingern oder Handrücken (Russell-Zeichen)
- Wunde Mundwinkel, gerötete Konjunktiven, Zahnschmelzerosionen
- Zyklus- und Fertilitätsstörungen, Osteoporose, Minderwuchs
- Verdauungsbeschwerden, Verstopfung, Refluxoesophagitis, Analprolaps
- Intensives Interesse an gesunder Ernährung, „Kalorien-Lexikon“
- Genaue Unterscheidung zwischen „verbotenen“ und „erlaubten“ Nahrungsmitteln
- Kälteempfindlichkeit, Blauverfärbung von Finger und Zehen
- Schwindel und Kollapsneigung, Bradykardie, verlängerte QT-Zeit
- Lanugobehaarung am Körper, Ausfall des Kopfhaars und der geschlechtstypischen Körperbehaarung
- Hamsterbacken infolge geschwollener Speicheldrüsen (Sialadenose)
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme
- Muskelkrämpfe, Körperliche Erschöpfung und Schwächeanfälle werden verleugnet oder heruntergespielt
- Frage nach oder Konsum von Medikamenten, die das Abnehmen unterstützen
- Rückzug aus Klasse, Freundeskreis oder Familie, sich abkapseln, isolieren
- Unzuverlässigkeit, andere blöd und undiszipliniert finden
- Übertriebene körperliche Betätigung, Sport dient zum Abnehmen und als Beweis dafür, diszipliniert zu sein, nicht oder kaum Stillsitzen können
- Starke Stimmungsschwankungen, Konfliktängste

- Bei Bulimie manchmal delikhaftes Verhalten (Stehlen von Nahrungsmitteln oder Geld für Anfälle, Verschuldung)

Tabelle 2: Laborbefunde

- Hypokaliämie
- Hypoglykämien
- Ferritin- und Vitamin B12- Mangel
- Hypophysärer Hypogonadismus
- Cortisol hochnormal bis erhöht
- TSH, fT4 normal, T3 tief (low T3-Syndrom)
- Stark verdünnter Urin
- Albuminmangel
- Erhöhte Leberenzyme, v. a. Transaminasen
- Erhöhte Speichel-Amylase
- Ansteigendes Kreatinin bei Erbrechen und Laxantienabusus
- Hypercholesterinämie

Differentialdiagnose

Bei anhaltendem oder zunehmendem Untergewicht müssen die folgenden Erkrankungen konkomitierend oder ursächlich in Erwägung gezogen resp. ausgeschlossen werden: Chronisch-konsumierende Erkrankungen wie Malignome, Tbc, AIDS, Endokrinopathien wie Hyperthyreose, Hypophysenvorderlappen-insuffizienz, Diabetes mellitus Typ I, Malabsorptionssyndrome wie Morbus Crohn, Gluten- oder Laktoseintoleranz, andere psychiatrische Erkrankungen wie Schizophreniforme Psychosen mit Vergiftungswahn oder Depressionen mit Inappetenz, Substanzmissbrauch (Kokain, Amphetamine, Laxantien etc.), Aethyl- oder Opiatabhängigkeit.

Die typische Körperwahrnehmungsstörung führt dazu, dass die Erkrankten alles unternehmen, um ihr Gewicht zu reduzieren oder es im untergewichtigen Bereich zu halten. Dazu dienen kompensatorische Verhaltensweisen wie Erbrechen, übermäßige körperliche Aktivität, strengstes Fasten und die Einnahme verschiedenster gewichtsreduzierender Substanzen. Die missbräuchliche Verwendung diverser Medikamente aber auch illegaler Drogen zeigt ein breites Spektrum. Es reicht von frei erhältlichen Phytotherapeutika mit abführender und "entschlackender" Wirkung über ärztlich verschriebene Laxantien und Appetithemmer, rezeptpflichtigen Diuretika und Schilddrüsenhormonen bis hin zu Alkohol und Opiaten wie Heroin und Kokain, letztere mit einer sehr hohen Co-Abhängigkeit von 50 bis 60 Prozent [8]. Die verwendeten Stoffe sollen dazu dienen, den Appetit zu dämpfen, die Darmpassage zu beschleunigen, die Harn- und Stuhlausscheidung zu vermehren oder die Stoffwechselaktivität zu erhöhen. Eigentliche Brechmittel werden hingegen kaum verwendet.

Esstörungen und Fertilität

Der Serumspiegel von Oestrogen ist ab BMI <18 kg/m² infolge eines hypophysären Hypogonadismus erniedrigt. Dies führt zu einem verminderten Ovar-Volumen, u. U. zu einer Häufung von anovulatorischen Zyklen mit der Entwicklung von polyzystischen Ovarien. Weiter kommt es im Verlauf zur Amenorrhoe mit konsekutiver Osteopenie, Osteoporose und einer erhöhten Inzidenz pathologischer Frakturen [9]. Die Fertilität ist beeinträchtigt, so dass im aktiven Stadium der Krankheit Schwangerschaften äusserst selten vorkommen. Tritt eine Schwangerschaft ein, so besteht eine erhöhte Komplikationsrate bis 8 Jahre nach Erkrankung, indem häufiger Aborte, Hypoglykämien, Infektionen, IUWR (Intrauterine Wachstumsretardierung) und IUFT (Intrauteriner Fruchttod) auftreten. Ebenso kommt es häufiger zu Geburtskomplikationen, die Raten für Sectio caesarea und instrumentelle Geburt sind erhöht [10]. Die Anzahl kindlicher Fehlbildungen - vor allem Neuralrohrdefekte - ist vermehrt, das kindliche Outcome ist insgesamt beeinträchtigt, die Kinder werden doppelt so häufig mit signifikant vermindertem Geburtsgewicht („small for date“) geboren. Ausserdem

zeigen sie einen geringeren Kopfumfang als die Kontrollen. Das Risiko für eine untergewichtige Frühgeburt bis 8 Jahre nach einer Essstörung oder noch aktiver Erkrankung ist um 70 bis 80 Prozent erhöht [11, 12].

Das Auftreten von Zyklusstörungen wird begünstigt durch ein Leistungstraining hoher Intensität, insbesondere vor der Pubertät, allgemein durch die Reduktion von Gewicht und Körperfett sowie eine hypokalorische Ernährung, eine späte Menarche, vorbestehende Zyklusunregelmässigkeiten sowie eine hohe allgemeine Stressbelastung

Wie sollten Betroffene angesprochen werden?

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

In der Praxis haben sich daher folgende Punkte beim Ansprechen bewährt :
Sprechen Sie die Betroffene zunächst alleine an. Teilen Sie der betroffenen Person einfach Ihre Beobachtungen mit (z.B. «mir fällt auf, dass Sie schon sehr schlank sind und sich trotzdem für das Abnehmen interessieren») und dass Sie sich Sorgen um ihre Gesundheit machen. Erwähnen Sie, dass dies mit einer Essstörung zu tun haben könne, dass jedoch nur die Betroffene selbst dies bestätigen könne. Zeigen Sie Verständnis, ohne die Ess-Störung gut zu heissen. Geben Sie auch Ihren Gefühlen (Unsicherheit, Angst, Sorge) Ausdruck, ohne verletzend zu werden. Vereinbaren Sie danach eine definierte Verantwortungsübernahme. Bieten Sie in regelmässigen Abständen Gespräche an, aber vermeiden Sie die Übernahme von Kontrollfunktionen. Teilen Sie die Verantwortung mit anderen Fachpersonen und machen Sie auf weitere Hilfsangebote aufmerksam. Bieten Sie gegebenenfalls Hilfe an bei der Suche nach weiterer Unterstützung (Angehörige, Ausbildungs- und Arbeitsplatz, Fachstellen). Reduzieren Sie jedoch die Betroffenen nicht auf die Ess-Störung und schaffen Sie keinen künstlichen Schonraum. Versuchen Sie vielmehr die gesunden Anteile zu stärken. Besprechen Sie die Situation in Ihrem Team: Bestimmen Sie eine oder wenige Kontaktperson(en), um nicht unnötigen Druck zu erzeugen und den Manipulationsspielraum für die Betroffene gering zu halten. Als Angehörige ist es besonders wichtig, dass Sie auch ihre eigenen Bedürfnisse achten und durchsetzen; es hilft letztlich der Betroffenen nicht, wenn Sie zuhause nur noch Wunschkost kochen und aus Rücksicht oder Scham nicht mehr ausgehen oder keine Gäste mehr einladen.

Wie geht es weiter –Therapie?

Sobald ein tragfähiger Kontakt besteht, kann den Betroffenen auf verschiedene Art weiter geholfen werden: Vielleicht genügt es, Adressen von Beratungsstellen anzugeben und allenfalls Begleitung beim ersten Kontakt anzubieten. Wer allgemeine Informationen zu Essstörungen will, bekommt diese bei vielen Sucht- oder Präventionsfachstellen. Oft ist es jedoch ratsam, der ratsuchenden Person eine Kontaktadresse oder einen Flyer direkt abzugeben. Ist eine spezifische Abklärung und/oder Therapie erforderlich, so bietet sich die Zuweisung an eine entsprechende Institution oder Fachperson an. In Frage kommen spezialisierte Sprechstunden an Universitätsspitalern, regionale Psychiatrische Dienste und

Stützpunkte sowie frei praktizierende Psychotherapeuten und psychosomatisch tätige Hausärztinnen. Eine spezialisierte Ernährungsberatung kann eine sehr gute Einstiegsmöglichkeit sein, insbesondere auch für Sportlerinnen. Psychotherapeutisch finden, besonders bei noch im Elternhaus lebenden Kindern und Jugendlichen, familientherapeutische Verfahren Anwendung; etabliert und erfolgreich sind auch körpertherapeutische und - insbesondere bei der Bulimie - kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden. Bei Wunsch nach Gewichtszunahme können appetitanregende Mittel wie Pizotifen (Mosegor®) oder verschiedene Pflanzenextrakte (Artischocke, Kümmel etc.) versucht werden. Die zusätzlich oder begleitend bestehende depressive Verstimmung wird primär mit Antidepressiva aus der SSRI-Gruppe, welche günstig auf Essanfälle wirken, behandelt. Trizyklische Antidepressiva oder auch Mirtazapin (Remeron®) werden in der Regel wegen der befürchteten oder tatsächlich eintretenden Gewichtszunahme weit weniger toleriert. Bei Mangelernährung kommen Substitutionspräparate (Multivitamine, Kalium, Calcium, Eisen) und Ergänzungsnahrung zum Einsatz. Indikationen für eine stationäre Abklärung und/oder Behandlung können sein: Gewichtsabfall innerhalb weniger Wochen bis Monate auf einen BMI von <13 kg/m², das Vorliegen von ausgeprägter Depressivität, Zwängen, gleichzeitiger Substanzabhängigkeit, akuter Suizidalität, eskalierender Impulskontrollstörung (Selbstverletzungen, dissoziales Verhalten), zunehmender Isolation, Notwendigkeit das sozialen Systems akut zu trennen (Missbrauch, Gewalt, Ablehnung der Behandlung durch Eltern oder Partner), erfolglose ambulante Behandlungsversuche. Die Dauer einer Therapie richtet sich nach der Komplexität der Erkrankung, der Entstehungsgeschichte und den psychosozialen und körperlichen Folgeschäden; sie ist aber in der Regel ein mehrjähriger und meist schwieriger, oft auch von Rückfällen geprägter Prozess, der von allen Beteiligten viel Geduld und Durchhaltevermögen, aber auch immer wieder die Fähigkeit zur Abgrenzung verlangt. Seit bekannt geworden ist, dass viele Betroffene eine Art „Karriere“ durch verschiedene Formen von Essstörungen machen, ist heute besonders auch den Übergangsformen zwischen den einzelnen Krankheitsbildern und dem Auftreten von Essstörungen bei älteren Patientinnen grosse Aufmerksamkeit zu schenken [13-15] .

Das für Fachleute in der Schweiz empfohlene Vorgehen, Adressen von Anlaufstellen und viele weitere Informationen zum Thema finden sich auf der Homepage des Schweizerischen Experten-Netzwerks Essstörungen (www.netzwerk-essstoerungen.ch).

Korrespondenzadresse:

Bettina Isenschmid, M.D. et M.M.E.

Kompetenzbereich für Adipositas, Ernährungspsychologie und Prävention von Essstörungen

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung des Inselspitals

3010 Bern

Tel: ++41 31 632 08 00; eating@insel.ch

E-mail: bettina.isenschmid@insel.ch



Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Steinhausen, H.C., et al., *The outcome of adolescent eating disorders: findings from an international collaborative study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2003. **12 Suppl 1**: p. I91-8.
2. Zipfel, S., et al., *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study*. Lancet, 2000. **355**(9205): p. 721-2.
3. Zerbe, K.J., *Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007. **21**(2): p. 331-43.
4. Regier, D.A., et al., *The APA classification of mental disorders: future perspectives*. Psychopathology, 2002. **35**(2-3): p. 166-70.
5. Donini, L.M., et al., *Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire*. Eat Weight Disord, 2005. **10**(2): p. e28-32.
6. MacLaren, V.V. and L.A. Best, *Symptoms of exercise dependence and physical activity in students*. Percept Mot Skills, 2007. **105**(3 Pt 2): p. 1257-64.
7. Bonci, C.M., et al., *National athletic trainers' association position statement: preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes*. J Athl Train, 2008. **43**(1): p. 80-108.
8. Holderness, C.C., J. Brooks-Gunn, and M.P. Warren, *Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature*. Int J Eat Disord, 1994. **16**(1): p. 1-34.
9. Turner, J.M., et al., *Predictors of low bone density in young adolescent females with anorexia nervosa and other dieting disorders*. Int J Eat Disord, 2001. **30**(3): p. 245-51.
10. Ekeus, C., et al., *Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa*. Bjog, 2006. **113**(8): p. 925-9.
11. Sollid, C.P., et al., *Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome*. Am J Obstet Gynecol, 2004. **190**(1): p. 206-10.
12. Rome, E.S., *Eating disorders*. Obstet Gynecol Clin North Am, 2003. **30**(2): p. 353-77, vii.

13. Spindler, A. and G. Milos, *Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity*. *Eat Behav*, 2007. **8**(3): p. 364-73.
14. Hepp, U., et al., *Post-traumatic stress disorder in women with eating disorders*. *Eat Weight Disord*, 2007. **12**(1): p. e24-7.
15. Hasler, G., et al., *Major depression predicts an increase in long-term body weight variability in young adults*. *Obes Res*, 2005. **13**(11): p. 1991-8.