

Regulation und Störung des Essverhaltens

Esstörungsdefinition zwischen willentlicher Beeinflussung und physiologischer Regulation



Dr. Dipl.-Psych.
Ulrich Cuntz

Esstörungen liegen dann vor, wenn das Essverhalten selbst zu einer erheblichen Störung des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen führt oder das Essverhalten zu einer unzureichenden Versorgung des Organismus mit Nahrung führt. Für die Anorexia nervosa ist eine willentliche herbeigeführte Gewichtsabnahme, die zu einem krankhaften Untergewicht führt, wesentlicher Bestandteil der Definition. Essanfälle, bei denen große Nahrungsmengen in kurzer Zeit gegessen werden, wobei das Gefühl des Kontrollverlustes auftritt sind das Kennzeichen der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung. Bei der Bulimia nervosa wird die so gesteigerte Nahrungszufuhr durch gegensteuerndes Verhalten, also Erbrechen, Diuretika-einnahme, Laxantien oder exzessiven Sport kompensiert. Zusätzlich gibt es eine größere Gruppe von schlecht definierten Störungsbildern, den nicht näher bezeichneten Essstörungen, die zu keiner der oben genannten Diagnosen eindeutig zuzuordnen sind, die aber ebenfalls mit einer subjektiven Störung der normalen Regulation der Nahrungsaufnahme einhergehen.

Der Schlüssel zum Verständnis der Essstörungen liegt in der Restriktion, einer willentlichen und lang anhaltenden Reduktion der Nahrungsaufnahme unter den aktuellen Bedarf. Dies führt bei den meisten der Betroffenen zu unkontrolliertem Essverhalten mit den charakteristischen Essanfällen. Bei einer kleineren Anzahl der Essgestörten liegt das Körpergewicht in einen bedrohlich untergewichtigen Bereich (bei Frauen erkenntlich am Auftreten einer primären oder sekundären Amenorrhoe).

Für alle Essstörungen gilt, dass sie bei Frauen um mehr als den Faktor zehn häufiger und junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren am meisten betroffen sind. Gute epidemiologische Daten für Deutschland liegen nicht vor. Etwas mehr als zehn Prozent der Frauen

dürften im Lauf des Lebens eine Episode einer Essstörung erleben, die Punktprävalenz in der am meisten betroffenen Altersgruppe liegt zwischen vier und sechs Prozent. Dagegen sind die Punktprävalenzen der Anorexia nervosa mit deutlich unter ein Prozent und der Bulimia nervosa mit ca. zwei Prozent in der Altersgruppe der jungen Frauen wesentlich niedriger.

Einleitung

Menschliches Essverhalten ist variantenreich. Die Nahrungsmenge, die Anzahl und Größe der Mahlzeiten, die präferierten Speisen, die Toleranz von Hunger oder Sättigungsgraden variieren ganz erheblich interindividuell (zwischen den Menschen) aber auch intraindividuell (zeigen Änderungen beim gleichen Individuum über die Zeit). Das Essverhalten unterliegt sozialen und kulturellen Umgebungseinflüssen und kann durch willentlichen Entschluss in weiten Grenzen verändert werden.

Trotz der offensichtlichen Freiheitsgrade bei der Ausgestaltung des individuellen Essverhaltens unterliegt die Nahrungsaufnahme einem klarem physiologischen Auftrag: der ausreichenden Versorgung des Organismus mit Energie und für den Stoffwechsel not-

wendigen Nahrungsbestandteilen. Die Versorgung mit Energie hat für den Organismus höchste Priorität. Unsere Nahrungsaufnahme wird so geregelt, dass über längere Zeitschnitte die aufgenommene Nahrungsmenge fast genau der für Grundumsatz und Arbeitsumsatz benötigten Energie entspricht. In Relation hierzu ist die Menge der überflüssigen Energie, die dann in Fettzellen gespeichert wird, eine zu vernachlässigende Größe von allenfalls wenigen Promille der Gesamtnahrungsmenge. Für die in Anbetracht der möglichen Störfaktoren erstaunlichen Übereinstimmung von Nahrungszufuhr und Nahrungsbedarf sind drei Faktoren verantwortlich, die allerdings quantitativ ganz unterschiedliche Bedeutung haben.

Der wichtigste Faktor ist die hypothalamische Regelung der Nahrungsaufnahme. Der Hypothalamus regelt das Niveau von Hunger und Sättigung so, dass auf lange Sicht genau so viel gegessen wird, wie benötigt wird. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über diejenigen Peptidhormone, die die hypothalamischen Zentren über den Energiebedarf des Organismus informieren, wird in den letzten Jahren rasant größer. Eine prominente Bedeutung hat dabei weiterhin das aus den Fettzellen in direkter Relation zur gespeicherten Fettmenge freigesetzte Leptin.



Castingshows mit bedenklichen Aussagen?

Foto: Henning Kaiser, ddp

Der zweite Regelungsmechanismus ist die letztlich unbewusste Regelung der körperlichen Aktivität: Im Zustand der initialen Überernährung tendieren tierische und menschliche Organismen reflektorisch dazu sich mehr zu bewegen, während beginnender Nahrungsmangel beim Menschen zu einer Abnahme der Aktivität führt. Dieser Teil der Gewichtregulation ist allerdings weniger stabil geregelt, sodass hier willentliche Einflussnahme einfacher erscheint, als bei der Regulation der Nahrungsaufnahme.

Schließlich kann der Organismus überflüssige oder mangelnde Nahrungszufuhr in begrenztem Umfang über eine Anpassung des Stoffwechsels im Sinne einer vermehrten oder verringerten Wärmeproduktion kompensieren. Dieser Bereich der Gewichtsregulation unterliegt als einziger nicht der Möglichkeit (oder Gefahr) einer willentlichen Beeinflussung.

Die homöostatische Regulation des Körpergewichts ist asymmetrisch und schützt den Körper wesentlich effektiver gegen Untergewicht als gegen Gewichtszunahme. Der menschliche Organismus ist in seiner phylogenetischen Entwicklung wesentlich besser auf Mangel als auf Überfluss eingerichtet.

Formen von Essstörungen

Die Abgrenzung von normalem und pathologischem Essverhalten ist angesichts der hohen Varianz menschlichen Essverhaltens nicht einfach und bedient sich unterschiedlicher Dimensionen der Definition:

Das Essverhalten selbst ist eindeutig vom normalen Spektrum abweichend und die betroffenen Individuen empfinden ihr eigenes Essverhalten als störend und nur noch in Grenzen ihrer eigenen Steuerung unterworfen. Dies gilt insbesondere für die Essanfälle im Rahmen einer Bulimia nervosa, der Binge-Eating-Störung und in der Regel weniger ausgeprägt bei der bulimischen Form der Anorexie. Es werden sehr große Nahrungsmengen aufgenommen, was dem persönlichen Ziel der Gewichtsreduktion entgegensteht. Die Betroffenen haben das Gefühl die Kontrolle über das eigene Essverhalten zu verlieren. Am häufigsten treten solche Essanfälle in den Abendstunden oder nachts auf. Andere Formen des gestörten Essverhaltens lassen sich diagnostisch nicht eindeutig abgrenzen: hierzu gehört beispielsweise auch das „grazing“, der vollständige Verlust einer Mahlzeitenstruktur mit einer Nahrungszufuhr, wann immer sich die Gelegenheit hierfür ergibt (siehe Tabelle).



SONORING®
Schmitt-Haverkamp

Angebot des Monats

TOSHIBA
famio5

+ DELL Inspiron I 300
Verbindung über
Ethernetanschluss

**Moderne Technologie auf
kleinstem Raum für**

€ 8.750,--*



*) Angebot gültig nur
solange Vorrat reicht.
Preis inkl. einer Standardsonde,
Notebook und Ethernetkabel,
zzgl. MwSt.

**27. und 28. Mai 2006; 5. Jahrestagung der Deutschen Akademie
für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,
Congress Center Rosengarten Mannheim**

**Besuchen Sie uns in einer unserer Sonotheken.
Dort können Sie in aller Ruhe und Sorgfalt aus
einer Vielfalt von Systemen das für Sie optimale
Gerät wählen.**

Unsere 5 Sonotheken:
Deggendorf • Dresden
Erlangen • Memmingen
München (neben KVB)

Zentrale und neue Sonothek
Elsenheimerstraße 41 • 80687 München
Tel. 089 / 30 90 99 0 • Fax. 089 / 30 90 99 30
E-Mail: info@schmitt-haverkamp.de

www.schmitt-haverkamp.de

Allen Essstörungen ist die Intention der Gewichtsreduktion gemeinsam (auch wenn dies in den Kriterien der Binge-Eating-Störung nicht explizit aufgeführt ist). Der Impulsdurchbruch des Essanfalles wird deswegen bei der Bulimie durch anschließendes Erbrechen, durch Laxantien oder Diuretika und exzessiven Sport kompensiert. Bei der Binge-Eating-Störung fehlt das kompensatorische Verhalten. Das Gewicht ist deswegen auch in der Regel deutlich höher als bei der Bulimie.

Diagnostisch lässt sich nur willkürlich herbeigeführtes Untergewicht verwerten. Dagegen ist Übergewicht oder Adipositas kein Beleg für das Vorliegen einer Essstörung. Charakteristisch, wenn auch nicht diagnostisch, für alle Essstörungen ist ein erheblich schwankendes Gewicht, was auf die Störung der gewichtsregulierenden Mechanismen hinweist.

Restriktives Essverhalten

Der menschliche Organismus ist über Jahrtausende an eine latente Nahrungsmittelknappheit adaptiert. Die Speicherung aller über den unmittelbaren Bedarf hinaus zugeführten Energie im Fettgewebe ist eine notwendige Strategie, um Notzeiten zu überdauern. Über die längste Zeit der Existenz von Menschen hatten diejenigen einen genetischen Vorteil, deren Organismus sparsam mit Nahrung umgeht und möglichst viel davon in den Fettdepots vor der unmittelbaren Verstoffwechslung schützt.

Dieser Vorteil kehrt sich in Zeiten eines unbegrenzten Nahrungsmittelangebots in eine

Taillenumfang in Ordnung?



Foto: BilderBox.com

tödliche Falle. Adipositas und mit ihr verbunden eine Vielzahl von Krankheiten, die früher wenigen privilegierten Schichten vorbehalten waren, wurden zur größten Bedrohung der Volksgesundheit. Viele von uns tragen in ihren Genen damit eine Veranlagung zu einem zu hohen Körpergewicht mit sich.

Gleichzeitig wandelte sich das Schönheitsideal insbesondere für junge Frauen: Das von der Mode vorgeschriebene Körpergewicht liegt häufig noch unter den untersten Grenzen dessen, was für den Körper noch gesund ist. Dabei ist schon ein gesundes Körpergewicht zwischen einem BMI von 20 und 25 für viele nur unter einem bewusst kontrollierten Essverhalten zu erreichen.

Zwischen einer genetischen Anlage zum Übergewicht, dem ubiquitären Überangebot von Nahrung einerseits und dem gesellschaftlich verordneten niedrigen Körpergewicht, werden ständige Diäten zur Pflichtübung immer breiterer Schichten der Bevölkerung, wobei davon in besonders hohem Maß junge Frauen betroffen sind.

Hunger und Sättigung, die die normalen Regulatoren der Nahrungsaufnahme sind, werden zunehmend außer Kraft gesetzt, müssen ignoriert werden, um die Nahrungsaufnahme bewusst und willentlich zu begrenzen, wo eine Orientierung am eigenen Hungergefühl zu einer wesentlichen größeren Nahrungsaufnahme und zu einer unerwünschten Gewichtszunahme führen würde.

Kriterien	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge-Eating
Gewicht	Untergewichtig (< 75 Prozent des zu erwartenden Gewichts, bei Erwachsenen BMI < 17,5)	Zumeist normalgewichtig, stark schwankendes Gewicht	Zumeist übergewichtig oder adipös, schwankendes Gewicht
Essverhalten	Stark restriktiv, bei der bulimischen Form der Anorexie auch regelmäßige Essanfälle	Essanfälle mit erheblichem Ausmaß mit Kontrollverlust, außerhalb der Essanfälle restriktiv	Essanfälle mit erheblichem Ausmaß mit Kontrollverlust, (mindestens zweimal pro Woche – außerhalb der Essanfälle restriktiv)
Gegensteuerndes Verhalten	Bei der bulimischen Form Erbrechen, Laxantien, Diuretika; bei beiden Formen häufig exzessiver Sport	Erbrechen, Laxantien, Diuretika (nur bei Bulimia nervosa purging type), exzessiver Sport, Fasten (auch bei Bulimia nervosa non-purging type)	keines
Wahrnehmung des eignen Körpers	Körperschemastörung: das Ausmaß des eigenen Untergewichts wird verkannt; starke Angst vor Gewichtszunahme	Geringe Körperakzeptanz, Wunsch das Gewicht zu reduzieren	Geringe Körperakzeptanz
Punktprävalenz bei 15- bis 25-jährigen Frauen	< 1 Prozent	2 bis 4 Prozent	< 1 Prozent

Tabelle: Übersicht über die Essstörungsdiagnosen.

Foto: Kirsten Neumann, ddp



Magersucht überwunden?

Der damit willentlich aufrechterhaltene Zustand einer unzureichenden Nahrungszufuhr führt bei den einen immer dann zu den oben beschriebenen Essanfällen, wenn die Kontrolle zum Beispiel durch emotionale Einflüsse, durch äußere Störeinflüsse oder einfach nur durch eine überzogene Restriktion zusammenbricht.

Bei den rein restriktiven Essstörungen wird der Antrieb zu essen immer weiter reduziert: viele Anorexiepatienten klagen über ein rasch einsetzendes Völlegefühl, sobald sie auch nur kleine Mengen essen.

Epidemiologie

Gute epidemiologische Zahlen liegen für Deutschland nur für Körpergröße und Gewicht vor, nicht dagegen für die unterschiedlichen Formen gestörten Essverhaltens. Eindeutig ist dabei Übergewicht und Adipositas das führende gesundheitliche Problem.

Große angelegte prospektive Studien in den USA wie die National Cancer-Study oder die Nurses Health-Study belegen, dass die Lebenserwartung in einem BMI-Bereich von 20 bis 25 optimal ist und darunter und darüber recht rasch schlechter wird. Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes mit Zahlen aus dem Jahr 2003 befinden sich weniger als die Hälfte der Bevölkerung im gesunden Gewichtsbereich. Mehr als ein Drittel ist übergewichtig (BMI zwischen 25 und 30) und mehr als zehn Prozent sind im deutlich gefährdeten Gewichtsbereich der Adipositas (BMI > 30). Dagegen sind nur 2,3 Prozent untergewichtig, die Prävalenz der Anorexia

nervosa ist mit wenigen Promille in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu Adipositas ein quantitativ geringes Problem.

Allerdings steigt die Prävalenz von Essstörungen rapide an, wenn man ausschließlich die gefährdete Gruppe der 15- bis 25-jährigen Frauen betrachtet. Schätzungsweise zehn Prozent aller Frauen leiden zumindest einmal im Leben unter einer Episode einer Essstörung. Die Punktprävalenz in der Altersgruppe liegt immer noch bei vier bis sieben Prozent. Ein bis zwei Prozent haben zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Bulimia nervosa, wobei hier eine nicht unerhebliche Dunkelziffer vorliegen dürfte. Sowohl das Erleben von Essanfällen, als auch das nachfolgende Erbrechen werden meist schamhaft verschwiegen. Sehr viel seltener, letztlich deutlicher leichter zu erkennen ist die Anorexia mit einer Punktprävalenz in der Altersgruppe, die unter einem Prozent liegen dürfte.

Männer leiden sehr viel seltener unter Essstörungen. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind um den Faktor zehn bis zwölf seltener. Entgegen mancher Darstellung in den öffentlichen Medien gibt es keinen sicheren Beleg für den Anstieg der Häufigkeit von Essstörungen bei Männern.

Fazit

Essstörungen entwickeln sich in einem Kraftfeld zwischen hypothalamischer Gewichtsregulation, einem Nahrungsmittelüberangebot, für das der menschliche Organismus nicht gerüstet zu sein scheint, und dem über ästhetische (und medizinische) Normen entstehenden Druck, das Gewicht immer weiter zu reduzieren.

Diese beiden Bedingungen sind notwendig aber nicht hinreichend um Essstörungen zu erklären. Im Vergleich zu der epidemisch auftretenden Adipositas sind Essstörungen vergleichsweise selten. Auch wenn alle den besonderen Ernährungsbedingungen und Gewichtsnormen unserer Zeit ausgesetzt sind, scheinen insbesondere genetisch prädisponierte unter Essstörungen zu leiden. Sie betreffen vor allem junge Frauen, bei denen die Erfüllung eines Gewichtsideals wichtig für das Selbstwertgefühl ist. Und sie treten häufig mit familiären und sozialen Konfliktsituationen auf, was die Rolle der Psyche in der Genese der Essstörungen unterstreicht.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz, Chefarzt, Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien am Chiemsee, E-Mail: Ucuntz@schoen-kliniken.de

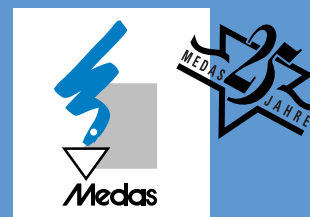
Und was machen Sie in Ihrer Freizeit?



Privatärztliche Abrechnung?

Das erledigen wir für Sie!

- ◆ Individuelle Betreuung
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test
- ◆ Spezialisten für jede Fachrichtung
- ◆ 25 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen



Medas GmbH

Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen
Messerschmittstraße 4
80992 München
www.medas.de

Fordern Sie einfach unsere Unterlagen an!



089 14310-115

Ihre Ansprechpartnerin: Esther Koch

Fax 089 14310-200

info@medas.de