

Thema

Hunger nach Nicht-Essbarem

Psychiatrie. Sie kommen mit Depressionen, Hormonstörungen und Zahnproblemen in die Praxis – jedoch nur selten wegen dem eigentlichen Problem: Menschen mit Essstörungen. Worauf gilt es im Umgang mit ihnen zu achten?



© privat

Von Sylvia Neubauer

Warum essen Sie denn nicht einfach? Diese Frage stellt sich unweigerlich, wenn einem ein Patient mit einer Essstörung gegenübersteht. Essstörungen sind jedoch keine bewusste Entscheidung – sie sind kein Problem, das durch „richtiges“ Essen gelöst werden könnte. Vielmehr handelt es sich um eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung – eine, mit der höchsten Mortalitätsrate überhaupt. Ihr Ausmaß reicht in jeden Bereich des Alltags hinein.

Eine Essstörung pflastert Betroffenen einen toxischen Lebensweg. Was oft außer Acht gelassen wird: Sowohl Anorexie als auch Bulimie und Binge Eating Disorder können in jedem Alter auftreten.

Einmal essgestört, immer essgestört
Zwar stimmt es, dass Essstörungen vorwiegend ein Problem junger Menschen sind. Im klinischen Alltag werden immer jüngere Patienten behandelt – inzwischen auch Kinder unter 12 Jahren. Aber auch Erwachsene im mittleren Lebensalter können erkranken – sowohl Frauen als auch Männer. Die einen entwickeln erst in späteren Jahren eine Essstörung, die anderen leiden seit geraumer Zeit darunter. Krankheitsverläufe über 20 Jahre sind keine Seltenheit.

Zum Langzeitverlauf von Essstörungen gibt es eine große Anzahl von Studien. Dass die Datenlage stark variiert, hängt vor allem mit methodischen Aspekten zusammen: Wurden die Patienten selbst untersucht oder wurde eine Stichprobe der Allgemeinbevölkerung herangezogen? Welcher Zeitraum wurde gewählt? Ein Jahr oder 10 Jahre nach dem Therapieende? Im Durchschnitt kann man davon ausgehen, dass 20 Prozent der Betroffenen chronisch krank bleiben. Weniger als 50 Prozent gelten als geheilt. Und: Ein Drittel der Patienten zeigt trotz Besserung weiterhin Symptome. Nach außen hin mag die Störung kaum oder gar nicht mehr zu erkennen sein.

Aber: Das Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper ist alles andere als entspannt. „Die Vulnerabilität bleibt“, bringt es Dr. Christof Argeny, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf den Punkt. „Auch wenn eine Remission erreicht wurde, können Patienten jederzeit einen Rückfall erleiden“, sagt der ärztliche Leiter von Sowhat – Kompetenzzentrum für Menschen mit Essstörungen.



Kunststoffschienen sorgen dafür, dass die Säure nicht den Zahnschmelz angreift.

DDr. Sabine Wiesinger
Ordnation Angelsemle



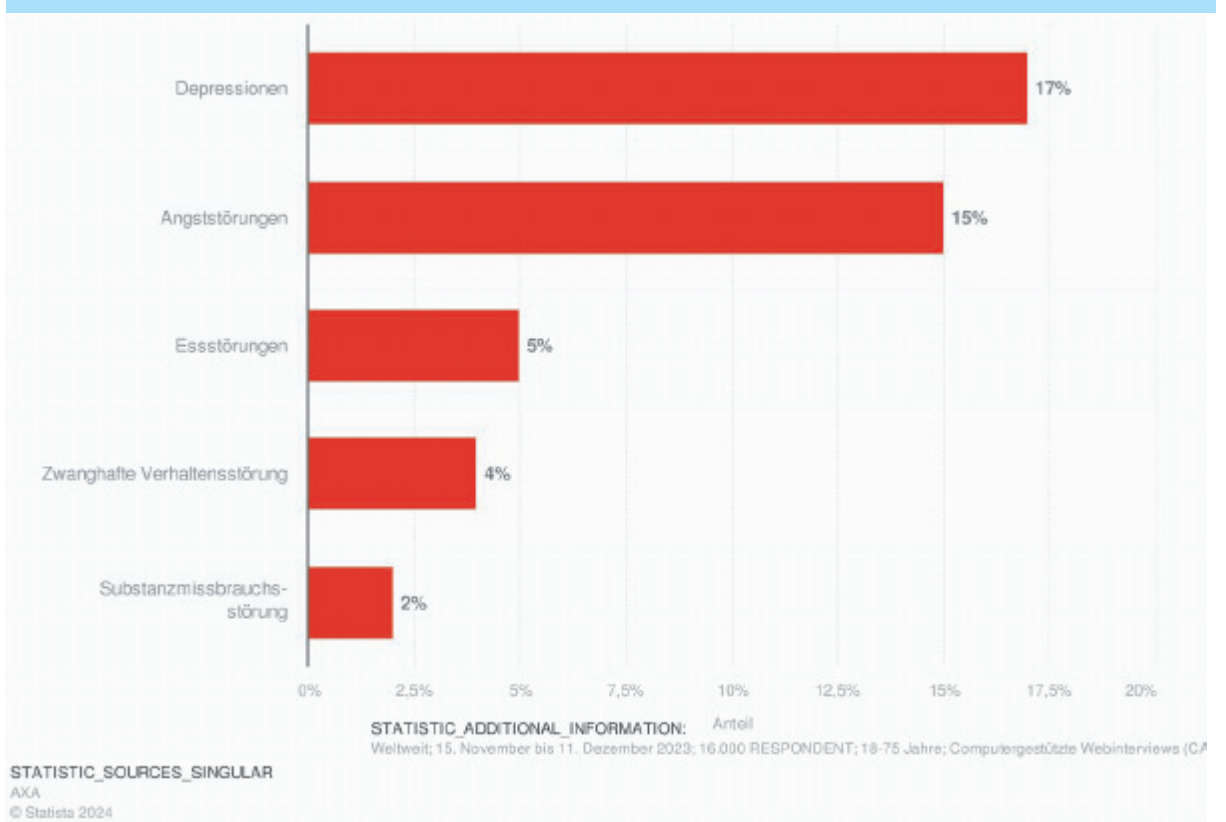
© Sowhat



Die Vulnerabilität bleibt. Auch wenn eine Remission erreicht wurde, können Patienten jederzeit einen Rückfall erleiden.

Dr. Christof Argeny
Sowhat – Kompetenzzentrum für Menschen mit Essstörungen

Prävalenz ausgewählter psychischer Erkrankungen weltweit¹ im Jahr 2023



Eine Essstörung verschwindet meist nicht zur Gänze. Vielmehr gerät sie in symptomfreien Phasen in den Hintergrund. Sind in der Anamnese eines Patienten frühere Episoden einer Anorexie oder Bulimie bekannt, so gilt es, diese auf dem Radar zu behalten.

„Essstörungen haben das Potenzial, in schweren Lebenskrisen wieder an die Oberfläche zu treten“, sagt Argeny. Auslöser können der veränderte Körper während der Schwangerschaft oder nach der Geburt eines Kindes oder die Angst vor dem Älterwerden sein. Vor allem in den Wechseljahren, die wie die Pubertät eine Zeit des Umbruchs sind, geraten viele Frauen in eine Identitätskrise. Oft fallen sie zunächst wegen einer Depression auf. „Korbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen sind sehr häufig“, bestätigt Dr. Larisa Dzirlo MSc, Leiterin der III. Medizinischen Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik am Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien: „Liegt zusätzlich zur veränderten Stimmungslage eine Veränderung in Essverhalten und Gewicht vor, kann das ein Hinweis auf eine Essproblematik sein.“

Dzirlo rät Ärzten im niedergelassenen Bereich, jede signifikante Veränderung des Körpergewichts bei ihren Patienten abzuklären. Bei

länger bestehendem Unter- oder Übergewicht müssten auch andere Erkrankungen – ursächlich oder konkomitierend – in Erwägung gezogen werden: zum Beispiel chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, maligne Erkrankungen oder solche des endokrinen Systems wie Diabetes mellitus, Hyper- oder Hypothyreose oder Hyper- oder Hypokortisolismus.

Je nach Ausprägung der Essstörung sind labormedizinisch Blutbildveränderungen nachweisbar. „Zeichen einer Leukopenie und/oder erhöhte Transaminasen und/oder vermindertes fT3 (low T3 Syndrom) sprechen für ein länger bestehendes Untergewicht“, sagt Dzirlo. „Anzeichen einer schweren katabolen Stoffwechsellaage sind Bradykardie im EKG, Perikarderguss sowie freie Flüssigkeit im Abdomen oder kleinen Becken. Ebenso Beinödeme in Kombination mit auffälligen Laborbefunden“, weist die Medizinerin auf einen lebensbedrohlichen Zustand hin, der eine stationäre Behandlung erfordert.

Blickdiagnose beim Zahnarzt

Durch den schlechten dentalen Status fallen Menschen mit Essstörungen in der Zahnarztpraxis öfter auf als im alltäglichen Leben. Zahnärztin DDr. Sabine Wiesinger spricht von einer „Blickdiagnose“.

Ihr zufolge lassen sich vor allem bei Bulimikern Erosionen in unterschiedlichen Schweregraden und bleibende Folgeschäden in Funktion und Ästhetik nachweisen. Durch wiederholte Säureexpositionen wirken die Zähne transparent. Die Schneidekanten der Frontzähne können sich verkürzen oder ausdünnen.

Defizite in der Nährstoffversorgung zeigen sich wiederum durch Veränderungen an der Mundschleimhaut – häufig in Verbindung mit einer erhöhten Entzündungsneigung. Klar ist: Die Auswirkungen einer Essstörung auf die Zahngesundheit sind enorm.

Wiesinger appelliert daher an ihre Kollegen, bei einem auffälligen Befund die Problematik unbedingt vertrauensvoll anzusprechen.

Neben Pflegetipps, wie schonende Putztechniken und säureneutralisierende Spülungen nach den Brechattacken, hätten sich auch Kunststoffschienen bewährt: „Diese sorgen dafür, dass die Säure nicht den Zahnschmelz angreift“, erläutert Wiesinger.

Mangelernährung und Osteoporose

Essstörungen können mit einer Reihe an physiologischen Veränderungen einhergehen, die in Zusammenhang mit der Mangelernährung und/oder Elektrolytentgleisungen

Info

Essstörungen: Diagnosekriterien nach ICD-11 in Kürze

Anorexia nervosa

- Body Maß Index < 18,5 kg/m² (kritisch bzw. gefährlich niedrig: BMI < 14,0 kg/m²)
- restriktives Essverhalten oder Purging-Verhalten
- große Angst vor Gewichtszunahme
- Körperschemastörung (Patienten empfinden sich trotz Untergewicht als „dick“)

- endokrine Störung
- primäre und sekundäre Amenorrhoe

Bulimia nervosa

- wiederkehrende Essattacken
- Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme
- kompensatorische Verhaltensweisen, um einer Gewichtszunahme gegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien-Abusus oder exzessives Training
- meist normales Körpergewicht

Binge Eating Disorder (BED)

- häufig wiederkehrende Episoden von Essanfällen
- Essattacken treten ohne kompensatorisches Verhalten auf
- Essanfälle werden von aversiven Gefühlen wie Ekel und Scham begleitet
- oft höheres Gewicht bzw. Adipositas
- höherer Männeranteil (vgl. Bulimia nervosa)

Thema. Ernährung

stehen. Zu den akuten Komplikationen zählen unter anderem Herzrhythmusstörungen als Folge massiven Erbrechens oder Abführmittelmissbrauchs.

Zu erwähnen sind auch teils erhebliche Störungen des Gastrointestinaltrakts. Dazu gehören dyspeptische Abdominalbeschwerden sowie eine komplexe Reizdarmproblematik mit Stuhlnunregelmäßigkeiten und chronischer Obstipation. Vor dem Hintergrund psychotherapeutischer Bemühungen ist zu beachten, dass Ernährungsdefizite wesentlich an psychischen Beeinträchtigungen beteiligt sein können. Viele Mikronährstoffe (zum Beispiel B-Vitamine, Vitamin D3 und Eisen) wirken sich auf die zentralen Nervenfunktionen aus oder sind direkt an der Synthese von Neurotransmittern beteiligt. Nährstoffmängel sind daher entsprechend auszugleichen.

Bis zu 70 Prozent der weiblichen Anorexie-Patienten zeigen Veränderungen des Menstruationszyklus. Die damit verbundene Reduktion der Estrogenproduktion mit konsekutiver Amenorrhoe führt über verschiedene Mechanismen zum Verlust der Knochenmasse. Estrogen hemmt die Wirkung der Osteoklasten direkt bzw. über eine Stimulation der Calcitoninausschüttung. Die bedeutendste Langzeitkomplikation ist die Osteoporose.

Früh auftretende osteoporotische Frakturen sind nicht selten. Zur Verlaufskontrolle sind die regelmäßige Überprüfung der Laborwerte, der Herz- und Nierenfunktion sowie eine DXA-Messung unerlässlich.

„Bei schwer untergewichtigen Patienten kann es bei der Wiederaufnahme einer adäquaten Nahrungszufuhr zu einem Refeeding-Syndrom kommen“, informiert Dzirlo über eine seltene metabolische Komplikation. Dabei können Verschiebungen im Elektrolythaushalt und Störungen der Flüssigkeitshomöostase zu einer klinischen Verschlechterung von Organfunktionen bis hin zum plötzlichen Herztod führen.

Prophylaktisch ist eine vorsichtige und langsame Anpassung der Nahrungszufuhr indiziert. Zusätzlich sollte Thiamin substituiert werden.

Dranbleiben

Vor allem bei der Anorexie ist die Sterberate sehr hoch – bei etwa 10-15 Prozent der Betroffenen endet die Erkrankung tödlich. Diese Zahlen machen deutlich, wie wichtig eine frühzeitige und nachhaltige Behandlung ist. Das Um und Auf ist es, mit den Patienten im Dialog zu bleiben – gerade auch mit jenen, denen es an Krankheitseinsicht mangelt. Oft

Info

Hilfreiche diagnostische Fragen

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht und Ihrer Figur?
- Vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel?
- Wie viele Kalorien erlauben Sie sich pro Tag?
- Wie oft wiegen Sie sich selbst?
- Kommt es vor, dass Sie fasten?
- Vermeiden Sie es, in Gesellschaft zu essen?
- Haben Sie manchmal Heißhungerattacken, die Sie nicht stoppen können?
- Wie viele Stunden Sport betreiben Sie pro Woche?



© Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien



Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen sind sehr häufig.

Dr. Larisa Dzirlo
MSc, Barmherzige Schwestern
Krankenhaus Wien


möchten Betroffene die Krankheit nicht verlassen, weil sie befürchten, durch Interventionen den für sie gewinnbringenden Anteil der Essstörung zu verlieren. Viele Patienten kämpfen daher regelrecht darum, die Kontrolle über Gewicht und Essen beizubehalten. In diesen Fällen ist Überzeugungsarbeit notwendig, die dahin geht, vermehrt Hilfe von außen zu akzeptieren.

„Ratsam ist es, die Patienten immer wieder zu sich in die Praxis zu bestellen“, erläutert Argeny und legt Medizinerinnen und Medizinern nahe, hartnäckig dran zu bleiben. Sobald ein tragfähiger Kontakt zu den Patienten und Patientinnen besteht,

kann den Betroffenen auf verschiedene Art weitergeholfen werden: Manchmal genügt es, Adressen von Beratungsstellen anzugeben, allenfalls ist es aber wichtig, Begleitung anzubieten. „Es braucht oft mehrere Anläufe, bis sich Patienten öffnen können“, führt Argeny aus. Damit ist der Spezialist aber noch nicht am Ende.


Die eindringlichste Botschaft überhaupt sei es, die Betroffenen nicht fallen zu lassen. Denn letztendlich steckt im Hunger nach Nicht-Essbarem eine Sehnsucht – nämlich danach, von anderen gesehen und als Mensch wahrgenommen zu werden. ■

NEU



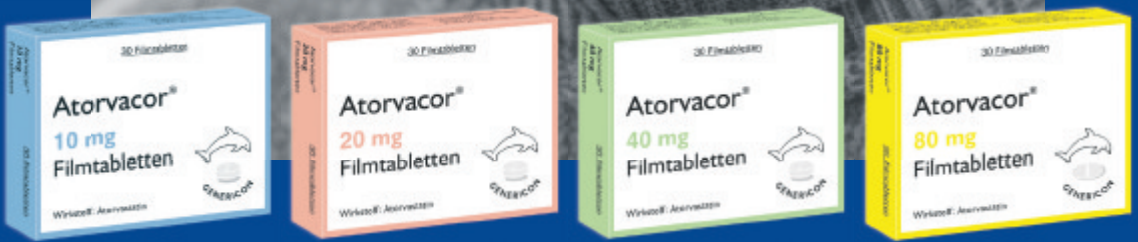
Atorvacor®

Das erste Atorvastatin in der Liste*



Qualität & Service

aus Österreich



10 mg Filmtabletten

|

40 mg Filmtabletten

20 mg Filmtabletten

|

80 mg Filmtabletten

alle Dosisstärken mit Bruchkerbe

* lt. WVZ 06/2024 bei Eingabe von „Ator“. Für weitere Informationen siehe aktuell gültige Fassung der Fachinformation Atorvacor® unter <https://aspregiester.basg.gv.at/>. © Robert MEYNER - stock.adobe.com, 2024_07_Atorvacor®_I_AW_01

Springer Medizin

Fachkurzinformation siehe Seite 22bbbb

38. Jahrgang