



Eßstörungen : Einstiegsdroge Frühjahrsdiät

Übergewicht wird immer noch mit unmäßigem Essen und Willensschwäche gleichgesetzt, Schlanksein mit Glück, Erfolg und Anerkennung. Und so beginnt auch in diesem Frühjahr wieder das kollektive Diät halten, Fettagenzählen und Wiegen. Frauen- und Männerzeitschriften titeln mit der neuesten Abspeck-Kur, und in den Schulen wird noch immer das Kalorienzählen gelehrt.

VON DER DIÄT ZUR SUCHT

Für den Psychiater Hans Huebner (Cornell Universität) sind Diäten der sozial akzeptierte Einstieg in eine Sucht: Die Sucht, zu hungern und zu kotzen. Den Schlüssel zum Verständnis liefern die körpereigenen Endorphine. Diese im Gehirn gebildeten natürlichen Schmerzkiller verscheuchen Depressionen und lindern Streß. Auch Diäten bedeuten Streß, und so kommt es binnen weniger Tage zu einer Endorphinausschüttung. Der Haken: Da sie chemisch mit Opium verwandt sind, können Endorphine süchtig machen. Sobald der Körper gelernt hat, daß er durch Hungern Euphorie erzeugen kann, besteht Suchtgefahr. Besonders riskant ist die Kombination von Diäten und Sport, die vor allem bei Frauen dazu führt, daß sie sich regelrecht verhungern lassen (E.U.L.E.N-SPIEGEL 1996/3/S.8).

Dennoch bejubelt man im Stadion ungeniert die magersten Athletinnen und applaudiert am Laufsteg unterernährten, hohläugigen Kreaturen. Es ist ein offenes Geheimnis, daß Models, die nicht magersüchtig sind, ihren Hunger mit Kokain betäuben, um die „gute Figur“ zu halten.

Was unterscheidet eigentlich noch das Dealen mit Drogen auf dem Schulhof davon, pubertierenden Jugendlichen das Kalorienzählen beizubringen?

EIN TEUFELSKREIS

Nicht jeder, der eine Diät macht, wird eß-, brech- oder magersüchtig. Aber bei den meisten Süchtigen beginnt das Drama mit einer Diät. Bulimiekranken verfressen täglich Hunderte von Mark. Viele sind hoch verschuldet, die Beschaffungskriminalität ist beachtlich. In einer Befragung gab die Hälfte aller Bulimikerinnen zu, schon gestohlen zu haben. Für magersüchtige Mädchen gibt es oft keine Rettung mehr:

Schätzungsweise jede 5. Anorektikerin stirbt den Hungertod im Schlaraffenland oder setzt ihrem Leben selbst ein Ende.

Auch wenn Eßstörungen in den letzten Jahrzehnten besorgniserregend zugenommen haben: Neu ist das Phänomen nicht. Die römischen Kaiser Vitellius und Claudius (2. Jh. v. Chr.) pflegten eindeutig bulimische (Fr)eßgewohnheiten. Allerdings gehörte es im alten Rom förmlich zum guten Ton, maßlos zu essen, um sich anschließend von einem Sklaven mittels einer langen Pfauenfeder von der kulinarischen Last befreien zu lassen - und weiterzufressen. Heute gilt es als pathologisch. Was es damals nicht gab: weder ein kollektives Diätverhalten noch Ernährungsberater und Psychotherapeuten, die von den Eßgestörten hätten leben können. Ernährungsberater - häufig selbst gestört - fördern heute den Einstieg in die Sucht und Psychotherapeuten, die in jahrelangen Sitzungen nach frühkindlichen Störungen fahnden, lenken von den Ursachen ab. Denn Magersüchtige und Bulimiker sind süchtig, genauso abhängig wie Junkies vom Heroin. Psychotherapie alleine kann sie nicht von ihren Drogen - Hungern und Erbrechen - „herunterholen“. Sie nützt wenig, solange kein körperlicher Entzug stattfindet.

Inhalt

Editorial

Schwerpunkt:

Eßstörungen 2-5

- Hunger als Droge
- Vom gezügelten Essen zur Bulimie
- Eßstörung & Konfession
- Pubertät ändert Appetit
- Eßstörungen und Licht
- Desserts und Snacks lösen Anfälle aus

Von Arzt zu Arzt 4

Facts & Artefacts 6-9

- Hirntumoren durch Aspartam
- Kein Bier bei Bluthochdruck
- Hygienerisiko Beutelsalate
- Oxysterin
- THCC im Orangensaft
- Gummibärchen & BSE
- Mikroben statt Pestizide
- Feinschmecker bedrohen Haie
- Impressum

Special 10-11

Mogelpackung
Öko-Ei

In aller Kürze 12

Die besondere Erkenntnis 12

Anorexie (Magersucht)

Magersüchtigen fehlt es nicht am Appetit, sie sind vielmehr süchtig nach Hunger. Die Krankheit beginnt in der Regel während der Pubertät, meist mit 16 Jahren, häufig nach einer strengen Diät. Das amerikanische Diagnostische Statistische Handbuch der psychischen Krankheiten (DSM IV) nennt vier Kriterien für die Diagnose:

- Gewichtsabnahme auf unter 85 % des altersgemäßen Gewichts
- große Furcht vor Gewichtszunahme
- verzerrte Körperwahrnehmung sowie
- Ausbleiben der Regel (Amenorrhoe).

Kritiker geben zu bedenken, daß Gewichtsabnahme und Amenorrhoe infolge des Hungerzustandes auftreten. Zudem werden die anderen Kriterien nicht von allen Anorektikerinnen erfüllt. Zur Charakterisierung sollten besser die beiden Verhaltensauffälligkeiten dienen, die Magersüchtige von anderen Kranken unterscheiden: das Sich-Selbst-Aushungern verbunden mit gesteigerter körperlicher Aktivität.

90 % aller Magersüchtigen sind weiblich. Ob sie überwiegend aus höheren sozioökonomischen Schichten kommen, ist umstritten. Sie haben meist keine Krankheitseinsicht, so daß es schwierig ist, sie zur Therapie zu motivieren.

Körperliche Folgen sind u.a. Unterkühlung, Herzrhythmusstörungen, Hypertrophie der Speicheldrüsen, Lanugobehaarung, verzögerte Magenentleerung, Ödeme, Verstopfung und Polyurie. Die Laboruntersuchung ergibt z.B. erhöhtes CRH, GH und Cortisol, erniedrigtes LH und FSH, Anämien, Leukopenien, erhöhte Leberenzym- und niedrige Nüchternblutzuckerwerte.

Durch Herzschäden kann es zum plötzlichen Tod kommen. Weitere Spätfolgen sind chronische Magen- und Verdauungsprobleme sowie Osteoporose. Die Prognose der Magersucht ist unvorhersehbar: Während rund 50 % vollständig genesen, sterben bis zu 20 % der Erkrankten an Auszehrung oder durch Selbstmord.

Magersucht: die Jagd nach der körpereigenen Droge

Huebner, HF: Endorphins, eating disorders and other addictive behaviors.
Norton & Company, New York 1993

Hans Huebner, Psychiater an der Medizinischen Hochschule der Cornell Universität, erkannte bereits 1977, daß das Selbst-Aushungern bei Magersucht nicht alleine mit den gängigen psychologischen Theorien erklärt werden konnte. Bei der Suche nach biochemischen Parametern fielen ihm die erhöhten Werte für die Hormone ACTH und Cortisol auf. Die ACTH-stimulierte Cortisolausschüttung der Nebennierenrinde ist Teil der Streßantwort des Körpers. ACTH steht in engem Zusammenhang mit den Endorphinen, den körpereigenen Opiaten, die der Schmerzunterdrückung dienen. ACTH und Endorphine werden aus demselben Vorläuferprotein abgespalten, dem Pro-Opiomelanocortin (POMC). Endorphine dämpfen nicht nur Schmerzen, sie senken auch die Körpertemperatur, den Puls, den Blutdruck und verlangsamen die Atmung - alles Symptome der Anorexie. Sie beeinflussen die Hormone LH, FSH, GH, Prolactin, TSH und ADH in gleicher Weise wie Morphin. Auch bei Magersüchtigen sind LH und FSH erniedrigt, Cortisol und GH erhöht. Der Endorphin-Blocker Naloxon, der zur Behandlung von Heroin-Überdosen eingesetzt wird, hob die Effekte auf. Damit ist Anorexie eine echte Suchtkrankheit.

In Versuchen mit Magersüchtigen fiel auf, daß sie bei einer Behandlung mit Naloxon seltsam traurig, weinerlich und wehrlos wurden, sie verloren sogar etwas ihre Furcht vor dem Essen. Offenbar fielen sie in einen depressiven Zustand, sobald die Endorphinwirkung durch das Medikament abgeblockt wurde. Jetzt war endlich klar, welchen Nutzen die Sucht für die Betroffenen hat: Das Hungern verschafft ihnen die Endorphinausschüttung, die ihre Depressionen und Ängste bekämpft. Die Endorphine passen darüber hinaus die Hormone und die Körperfunktionen an das spärliche Nahrungsangebot an. Und weil Endorphine süchtig machen, müssen Anorexie-Patienten immer weiter hungern, selbst wenn der Körper schon völlig ausgemergelt ist. Wer durch Diäten zum ersten Mal in Kontakt mit der Droge „Hunger“ kommt, läuft Gefahr, abhängig zu werden - vor allem in labilen Phasen wie der Pubertät.

Die Therapie Magersüchtiger erfordert einen regelrechten Entzug. Die Betroffenen müssen wissen, daß sie körperlich abhängig sind und daß sie (mühsam) lernen müssen, ohne ihre Droge zu leben. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie die psychologische Aufarbeitung individueller und familiärer Probleme sind dabei hilfreich, sie sind jedoch nur ein Teil der Therapie.

Das Minnesota-Experiment

Keys, A et al: The biology of human starvation. (Vol 1 & 2)
University of Minnesota Press, Minneapolis 1950

Die Zeit des Zweiten Weltkriegs bot den Wissenschaftlern eine Gelegenheit, die Folgen des Hungers am Menschen zu erforschen. Ancel Keys, bekannt als „Erfinder“ der Cholesterinhypothese zur Arteriosklerose-Entstehung, und seine Mitarbeiter zeigten in ihrer Minnesota-Studie mit freiwilligen, gesunden Kriegsdienstverweigerern, daß selbst eine Kalorienreduktion von 50 % über ein halbes Jahr lediglich zu einer Gewichtsabnahme von 25 % führt. Der Körper paßt seinen Stoffwechsel an die veränderten Lebensumstände an und reduziert den Grundumsatz um 40 %.

Das Kalorieneinsparen führt zu Veränderungen der Eß- und Lebensgewohnheiten, u.a. beschäftigten sich die Studienteilnehmer gedanklich ständig mit

dem Thema Essen. Es kam zu schweren Störungen der Sättigungsregulation und zu Heißhungeranfällen, auch nach Abschluß der Studie.

Anmerkung: Die beschriebenen Phänomene - eine direkte Folge der Nahrungsrestriktion - findet man heute bei den Eßstörungen Anorexie und Bulimie sowie bei Diät-geschädigten Menschen. Seit den 50er Jahren ist demnach belegt, daß der Körper eine relativ konstantes Körpergewichtes anstrebt. Dieser, als Set-Point bezeichnete Gewichtsbereich läßt sich nicht beliebig manipulieren.

Vom gezügelten Essen zur Bulimie

Westenhöfer, J, Pudel, V: Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. in: Wahl, R, Hautzinger, M (Hrsg): Verhaltensmedizin.

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989/S.149-162

Seit den 50er Jahren gilt Übergewicht als Risikofaktor, und die Bevölkerung wird vor einer erhöhten Kalorienzufuhr und Bewegungsmangel gewarnt. Zeitgleich gewann das Schlankheitsideal in den Medien stärkere Beachtung, Hollywoodstars und Mannequins wurden immer dünner, die Menschen jedoch dicker. Dadurch stieg der soziale Druck in allen Bevölkerungsschichten. Die ersten Aufklärungskampagnen entstanden, die das sogenannte Idealgewicht propagierten. Die Folge war kollektives Diätverhalten, gekennzeichnet durch gezügeltes Essen, bei dem die physiologischen Hungersignale kognitiv kontrolliert und übersteuert werden.

Eine starke Kontrolle der Nahrungsaufnahme führt jedoch zu Schwierigkeiten mit dem Eßverhalten. So klagten in einer Repräsentativ-Befragung 51 % der Frauen über Eß-Probleme wie Verlangen nach Süßem (27 %) und plötzliche Heißhungerattacken (19 %). Rund 7 % der Leserinnen einer Frauenzeitschrift gaben zu, durch absichtliches Erbrechen ihr Körpergewicht zu beeinflussen. Nur jede vierte Frau mit Eßproblemen hat noch nie eine Diät durchgeführt.

Bulimische Eßanfälle sind willentlich nicht zu beeinflussen. Sie reduzieren Angst, bekämpfen Gefühle wie Frust, Langeweile und Ärger und helfen, innere Spannungen abzubauen. Auch etwa die Hälfte der anorektischen Patientinnen entwickelt bulimische Symptome, während die sogenannten restriktiven Anorexie-Patientinnen ihr Körpergewicht ausschließlich durch Fasten und übersteigerte sportliche Aktivitäten halten. Die Autoren weisen darauf hin, daß körpereigene Opiate, die sowohl beim Fasten als auch bei körperlicher Aktivität ausgeschüttet werden, das gestörte Eßverhalten verstärken können.

Anmerkung: Da bereits die Minnesota-Studie gezeigt hat, daß das Körpergewicht nicht dauerhaft gesenkt werden kann, sind Eßprobleme durch die Ernährungsaufklärung vorprogrammiert. In dieser Studie haben 7 % der Frauen zugegeben, daß sie erbrechen, um ihr Gewicht zu halten. Wie hoch mag die Zahl wirklich sein? Möglicherweise ist Bulimie ähnlich verbreitet wie Alkoholismus.

Eßstörung und Konfession

Jacoby, GE: Eßstörung und Konfession.

Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1993/43/S.70-73

Der Autor erfaßte bei fast 800 Patienten der Jahrgänge 1989 und 1990 der Klinik am Corso (Fachzentrum für gestörtes Eßverhalten in Bad Oeynhausen) Diagnose und Religionszugehörigkeit. Auffällig war, daß Magersüchtige vom restriktiven Typ (ohne Erbrechen) häufiger protestantisch und Bulimie-Patienten mit Erbrechen häufiger römisch-katholisch waren. Die restriktiven Magersüchtigen erwiesen sich als stärker konfessionell gebunden. Jacoby sieht hier einen Zusammenhang mit der stark internalisierten Triebkontrolle der Protestanten. Bei den erbrechenden Bulimie-Patienten liege hingegen „eine Störung der Impulskontrolle bzw. eine weniger internalisierte Form der Triebkontrolle“ vor.

Jacoby schlägt vor, die Therapie „bei einer protestantischen restriktiven Anorektikerin immer auch auf eine Über-Ich-Entlastung, bei einer katholischen Bulimie-Patientin hingegen auf eine bessere Über-Ich-Integration“ abzielen.

Bulimie (Eß-Brechsucht)

Seit Ende der 70er Jahre gilt die Bulimie als eigenständiges, von der Anorexie abgegrenztes Krankheitsbild. Bulimiker bekommen oft mehrmals täglich Eßanfälle, wobei große Nahrungsmengen verschlungen werden, meist um sie später wieder zu erbrechen. Die Sucht beginnt in der Regel im Teenageralter oder in den Zwanzigern, Ausgangspunkt ist häufig eine Diät.

Als Diagnosekriterien gelten (DSM

IV):

- Gefühl des Kontrollverlustes
- Erbrechen, Abführ- oder Entwässerungsmittel, strenge Diäten, Sport um Gewichtszunahmen zu vermeiden
- mindestens 2 Eßanfälle wöchentlich für mehr als 3 Monate
- starke Beschäftigung mit der Figur.

Bulimiker, zu 90 % weiblich, sind in der Regel normalgewichtig, krankheits-einsichtig und kommen aus allen sozialen Schichten. Meist verheimlichen sie ihr Leiden. Man nimmt an, daß etwa 5 % der Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an Bulimie erkrankt sind. Genaue Zahlen fehlen, denn die Grauzone ist groß: Zwischen normalem Eßverhalten und manifester Bulimie liegen zahlreiche Formen gestörten Eßverhaltens. Auch sind Bulimie und Anorexie nicht immer streng zu trennen, z.B. erleben Magersüchtige bulimische Phasen und Bulimikerinnen rutschen in die Magersucht.

Körperliche Symptome der Bulimie sind z.B. Hypertrophie der Speicheldrüsen, Zahnschäden, Menstruationsstörungen bis hin zur Amenorrhoe und Geschwüre auf dem Handrücken. Durch häufiges Erbrechen und den Laxantienmißbrauch kommt der Elektrolythaushalt völlig durcheinander (z.B. Hypokalämie, Hyponaträmie), die Serumamylase ist erhöht. Die Veränderungen im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt ähneln denen bei Anorexie, auch bei Patienten mit unauffälligem Gewicht. Als Spätfolgen treten Herzmuskelschäden, Risse in der Speiseröhre und im Magen sowie bleibende Verdauungsbeschwerden auf.