

Wanke E, Petruschke A, Korsten-Reck U

Essstörungen und Sport

Medizinische Universitätsklinik, Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin, Freiburg

Zusammenfassung

Im Leistungs- wie auch im Breitensport lassen sich Essstörungen (ES) beobachten, die bei Sportlern, Ärzten und Trainern wenig Beachtung finden. Sportarten, die sich durch einen direkten Zusammenhang zwischen Leistung und Gewicht auszeichnen, wie z.B. Skispringen, Eiskunstlauf, Marathonlauf etc. können zu einem restriktiven Essverhalten führen, das in vielen Fällen eine Essstörung provoziert. Ursächlich für die Gefahr einer ES sind die individuelle Leistungsorientierung, die Bedeutung des Gewichts aus ästhetischen Gesichtspunkten oder die Einteilung in Gewichtsklassen bei verschiedenen Sportarten. Studien belegen, dass in bestimmten Sportarten das Risiko einer Triade der sporttreibenden Frau, bestehend aus Zyklusstörungen, Osteoporose und ES bis zu 66 % der Spitzensportlerinnen betreffen kann. Die Mortalität bei Anorexie allgemein liegt bei ca. 15%. Häufig werden ES nicht erkannt oder in ihrer gesundheitlichen Relevanz unterschätzt.

Definition

Im Vordergrund der Erkrankung steht der starke Gewichtsverlust. Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unterhalb der Norm bzw. der BMI (Body Mass Index) ist kleiner als $17,5 \text{ kg/m}^2$. Die Gewichtsabnahme ist selbst verursacht und wird über eine restriktive kalorische Nahrungsaufnahme und Methoden, wie selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Abführ- oder Entwässerungsmitteln, Appetitzüglern und/oder übertriebene körperliche Aktivität erreicht. 50% der Erkrankten reduzieren nur ihre Nahrungszufuhr (sind rein restriktiv), die andere Hälfte zeigt zusätzlich bulimische Symptome (9).

Darüber hinaus besteht eine ausgeprägte Körperschemastörung mit der vorherrschenden Idee, trotz hochgradigem Untergewichts zu dick zu sein sowie eine hormonelle Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Diese äußert sich bei Frauen ohne Hormonsubstitution in einer Amenorrhoe und bei Männern als Libido oder Potenzverlust. Liegt der Erkrankungsbeginn vor der Pubertät, ist die pubertäre Entwicklung gestört.

Körperliche Folgen

Die Symptome sind vielfältig und oft schwerwiegend. Sie äußern sich unter anderem in:

- Kreislaufproblemen mit einem verlangsamten Herzschlag, Atemfrequenz und niedrigem Blutdruck, einer niedrigen Körpertemperatur und bläulichen Verfärbung der Finger und Zehen
- Hautveränderungen, Haarausfall, brüchigen Nägeln
- Hormonellen Störungen mit Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe)
- Verlust an Knochenmasse und Knochenstruktur
- Nierenschäden
- Blutarmut und Schwächung der Körperabwehr
- Elektrolytstörungen
- Flüssigkeitseinlagerungen ins Gewebe
- Störungen der Schilddrüsenhormone, der Wachstumshormone sowie des Cortisolspiegels.

Unter der Sonderform der Anorexia athletica (AA) versteht man eine Essstörung, die im Gegensatz zur Anorexia nervosa keine psychiatrische Erkrankung darstellt. Sie ist zwar gekennzeichnet durch eine Gewichtsreduktion (die auch zu einem Untergewicht führen kann), doch

geschieht dies zu Beginn kontrolliert mit dem alleinigen Ziel, die eigene sportliche Leistung zu optimieren. Die langfristige Aufrechterhaltung eines zu geringen Körpergewichts kann zu gesundheitlichen Störungen und häufig erst sehr verzögert zu einer Leistungsminderung führen (9).

Definition der Bulimia nervosa

Bei vordergründiger und andauernder Beschäftigung mit den Essen besteht eine krankhafte Angst vor einer Gewichtszunahme. Im Gegensatz zur Anorexia ist die Bulimie durch Heißhungerattacken charakterisiert, in denen große Nahrungsmengen in kurzer Zeit konsumiert werden. Daran schließen sich Versuche an, der drohenden Gewichtszunahme durch entsprechende Maßnahmen entgegenzuwirken. Häufig findet sich eine Anorexia nervosa in der Vergangenheit. Die Bulimie kann sowohl in Zusammenhang mit einer Magersucht, bei normalem Körpergewicht als auch bei starkem Übergewicht (BMI > 30 = Adipositas) auftreten.

Körperliche Folgen

Bei der Bulimia nervosa führen regelmäßiges Erbrechen und abführende Maßnahmen über die körperlichen Mangelerscheinungen hinaus zu:

- akuter Magenerweiterung mit der Gefahr eines Magenrisses
- Herzrhythmusstörungen
- Entzündung der Speiseröhre
- Elektrolytentgleisungen
- Durchfall oder chronischer Verstopfung bis zur Darmlähmung
- Nierenschäden
- Müdigkeit und Schwindel
- Menstruationsunregelmäßigkeiten oder Ausbleiben der Menstruation
- hormonellen Störungen
- Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, die vorübergehend schmerzhaft werden können.

Epidemiologie

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass SportlerInnen gefährdeter sind, eine ES zu entwickeln als Nichtsportler, wobei – wie bei ES allgemein – SportlerInnen häufiger betroffen sind (6). Das Risiko steigt bei nicht überwachten Gewichtskontrollen, wie z.B. unkontrollierten oder selbstkontrollierten Diäten, bei präpubertärem Beginn eines leistungsorientierten Trainings, einer hohen psychischen Belastung, einem exzessiven Training sowie einer entsprechenden Prädisposition. Prävalenz und Inzidenz variieren je nach Untersuchungsmethode und Sportart (9). Die Häufigkeit in der Normalbevölkerung wird mit 2% - 6%, bei SportlerInnen mit ca. 3,4% angegeben. Ein Erkrankungsrisiko wird für bis zu 66% bei SportlerInnen beschrieben (2, 5, 8).

Eine umfangreiche Studie in Norwegen weist trotz methodischer Probleme ganz eindeutig auf die Bedeutung der negativen Energiebilanz sowohl bei SportlerInnen als auch bei Kontrollpersonen hin und fordert, frühe Signale wie Essverhaltensstörungen, Störungen des Zyklus oder Stressfrakturen zu beachten (7). Die wenigen vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen belegen eine zunehmende Prävalenz von Anorexia nervosa (3,3%), Bulimia nervosa (2,3%) und atypischen Essverhaltensstörungen. Insbesondere bei ästhetischen Sportarten mit ausgeprägten Schlankkeitsidealen wie Turnen, rhythmischer Sportgymnastik, Eiskunstlauf oder Tanzen finden sich in einigen Untersuchungen häufiger ES (32,4%) als in der Normalbevölkerung (6). Bedingt durch die gesellschaftlichen Vorgaben bezüglich des Schönheitsideals kommt es zu einem Anstieg von Essverhaltensstörungen, so dass eine generelle Sensibilisierung in unserer Gesellschaft notwendig ist. Daraus ergeben sich präventive und therapeutische Konsequenzen in der Sportpraxis, aber auch in der Betrachtung und ggf. Korrektur der Sozialisation von Jungen und Mädchen.

Prävention im Leistungssport

Obwohl trotz einer ES oftmals ein hohes Leistungsniveau aufrechterhalten werden kann, sollte auf Grund der körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen rechtzeitig interveniert werden. Aufgabe eines kompetenten Teams aus Trainer, Arzt, in ES erfahrenem Psychotherapeuten und Ernährungsberater ist es, betroffene SportlerInnen trotz fehlender Krankheitseinsicht rechtzeitig zu einer Trainings- und Wettkampfpause zu bewegen. Kann trotz dieser Maßnahme keine Verbesserung der ES erreicht werden, muss eine langfristige Behandlung des äußerst komplexen Krankheitsbildes erfolgen (siehe Therapie). Dies erfordern die körperlichen Folgen, wie eine Amenorrhoe bei Frauen und deren gesundheitliche Konsequenzen.

Prävention im Breitensport

Kritisch zu beleuchten ist die Medien- und Fitnessbranche, die mit der Werbung für Schlankheit, Fitness, Schönheit und Erfolg die Machbarkeit eines unrealistischen Körper- und Lebensideals vortäuscht. Schon 8-12-jährige haben auf Grund des soziokulturellen Schlankheitsideals ein ablehnendes Verhältnis zum eigenen Körper und beantworten dies mit einem restriktiven Essverhalten.

Bei 2-4% der Jugendlichen werden ES zur scheinbaren Möglichkeit, den eigenen Körper dem propagierten Ideal anzugleichen (6). Diäten wie auch in Dauer und Intensität übertriebenes Training werden zu diesem Zweck eingesetzt und enden bei 2-4% in ES. Folgen sind komplexe physische, psychische und soziale Störungen.

Therapie

Ein bezüglich ES gut ausgearbeitetes diagnostisches und therapeutisches Netz ist notwendig. Leistungssportler und Breitensportler mit Verdacht auf eine ES sollten sowohl in einer sportmedizinischen Ambulanz medizinisch als auch in einer psychotherapeutischen Einrichtung psychologisch untersucht werden. Wird eine ES diagnostiziert, werden der behandelnde Arzt und der Betroffene informiert. Bei Einverständnis des Betroffenen kann auch der Trainer oder Betreuer miteinbezogen werden. Nur bei einer Krankheits- und Behandlungseinsicht des Betroffenen kann eine Therapie erfolgreich durchgeführt werden. Die Bedeutung von multimodalen Therapiemodellen bei komplexen psychischen Störungsbildern, insbesondere ES, wird von verschiedenen Autoren betont (1, 3). Herzog et al. schlagen bei ES die Kombination psychoanalytisch-psychodynamischer, familientherapeutischer, verhaltenstherapeutischer sowie ernährungsrelevanter Behandlungsmethoden vor (3). Um den sportmedizinischen Aspekten des Störungsbildes gerecht zu werden, wurde der oben beschriebene Ansatz modifiziert. Patienten, die unter ES leiden und behandlungswillig sind, kann in der Kooperation von Medizin und Psychotherapie ein Mehr-Punkte-Programm zur systematischen und langfristigen Behandlung von ES durchgeführt werden. Darin wird auf der Grundlage einer

- 1.) therapeutischen Bindung mit verhaltenstherapeutischen Methoden am
- 2.) Symptomverhalten gearbeitet.
- 3.) Dysfunktionale Denkmuster und verzerrte Kognitionen werden mit den Methoden der kognitiven Therapie behandelt. In Anlehnung an das dialektisch-behaviorale Training (DBT) von M. Linehan (4) wird mit den Patienten eine
- 4.) Selbststeuerung erarbeitet, die nach und nach die Fremdbestimmung durch die ES ersetzt.
- 5.) Zentrale Themen wie Selbstwert, Autonomie, Abgrenzungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, soziale Kompetenz etc. ergänzen die essstörungsspezifische Therapie.
- 6.) Mit gestalt- und körpertherapeutischen Methoden und DBT wird am Umgang mit Gefühlen gearbeitet.

7.) Der Entfremdung vom eigenen Körper sowie dessen Abwertung wird mit Körperwahrnehmungsschulung, kognitiver Therapie und verschiedenen Entspannungsverfahren begegnet.

8.) Sporttherapeutische Aspekte leisten einen wertvollen Beitrag in der Rückfallprophylaxe.

Die Erweiterung der Psychotherapie um sporttherapeutische Aspekte erleichtert anorektischen PatientInnen die Gewichtszunahme, unterstützt bulimische PatientInnen bei der Annahme ihres Körpers und führt zu einer zunehmenden inneren Freiheit.

Ziele der Therapie

Dieses 9-18 Monate dauernde therapeutische Training zielt auf die Disidentifikation von der ES ab, hin zum Aufbau einer echten Autonomie und eines integrierten Bewusstseins, das in der Lage ist, essgestörte Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster frühzeitig als solche zu erkennen und positiv, d.h. im Sinne der gesunden Persönlichkeit, zu beeinflussen. PatientInnen, die diesen Bewusstseinsstand bezüglich ihrer ES erreicht haben, sind in der Lage, in therapeutischer Begleitung Sport zur Regeneration ihrer Leistungsfähigkeit einzusetzen. Die Wiederaufnahme des Leistungssports wird wieder ermöglicht.

Fazit

Die Problematik zunehmender Essstörungen im Leistungs- und Breitensport erfordert eine vernetzte Zusammenarbeit von Eltern und anderen Bezugspersonen des sozialen Umfeldes mit Trainern, Sportmedizinern und Psychotherapeuten, um bei den Betroffenen eine Krankheits- und Behandlungseinsicht zu erreichen.

Literatur

1. Benninghoven D, Schneider H, Strack M, Reich G, Cierpka M: Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychol Psychother* 76 (2003) 323-336.
2. Constantini NW, Warren MP: Physical activity, fitness and reproductive health in women: clinical observations, in: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T (Hrsg.): *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics, Champaign, 1994, 955-966.
3. Herzog T, Hartmann A: Psychoanalytically oriented treatment of anorexia nervosa. Methodology-related critical review of the literature using meta-analysis methods. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47 (1997) 299-315.
4. Linehan MM, Schmidt H, III, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA: Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 8 (1999) 279-292.
5. Nattiv A, Ireland ML: Special concerns of the female athlete, in: Safran MR, McKeag DB, van Camp SP (Hrsg.): *Manual of Sports Medicine*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998, 171.
6. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK: Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med* 14 (2004) 25-32.
7. Torstveit MK, Sundgot-Borgen J: Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and controls. *Br J Sports Med* 39 (2005) 141-147.
8. Torstveit MK, Sundgot-Borgen J: The female athlete triad: are elite athletes at increased risk? *Med Sci Sports Exerc* 37 (2005) 184-193.
9. Wanke EM, Petruschke A, Korsten-Reck: U. Ess-Störungen und Sport - eine Bestandsaufnahme. *Dtsch Z Sportmed* 55 (2004) 286-294.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Ulrike Korsten-Reck

Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin

Universität Freiburg

Hugstetterstr. 55

76106 Freiburg

e-Mail: ulrike.korsten-reck@uniklinik-freiburg.de