

BASISWISSEN, NEUE ERKENNTNISSE, UND TRENDS

ESSSTÖRUNGEN IM SPORT

Essstörungen haben in den industrialisierten Ländern in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Ihre Entstehungsgeschichte ist immer multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren können psychologische Merkmale wie fehlendes Selbstbewusstsein und Perfektionsdrang sowie widersprüchliche soziale Anforderungen Auslöser eines krankhaften Essverhaltens sein.

In den letzten Jahren hat auch der Einfluss spezifischer Sportarten an Bedeutung gewonnen. Während das erhöhte Risiko im Kunstturnen, Eiskunstlaufen und Langstreckenlauf schon länger bekannt ist, treten nun auch vermehrt Essstörungen in Sportarten mit Gewichtsklassen, wie den Kampfsportarten sowie im Rudern oder im Skispringen auf (Oppliger, Steen et al. 2003; Afflelou, Duclos et al. 2004; Goldfield, Blouin et al. 2006; Morrison and Schoffl 2007). In der Lebensgeschichte der Betroffenen beider Geschlechter finden sich nicht selten Gewalt und Missbrauchserlebnisse, auch innerhalb der Familie. Die sozialen Konstellationen sind oft geprägt von einem Mangel an Autonomie und leistungsunabhängiger Wertschätzung. Wie auch in der Familie, muss jedoch auch im Sport das ganze soziale Gefüge in die Behandlung mit einbezogen werden und auf diese Weise verhärtete Strukturen und krankheitserhaltende Faktoren anzugehen.

Diagnostische Kriterien der Essstörungen

gemäß DSM-IV TR

Anorexia nervosa (Magersucht)

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

Bulimia nervosa

Ständige gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht, regelmäßige Kontrollverluste mit Heißhungeranfällen (Binges), dazu kompensatorische Massnahmen (Purging) wie Erbrechen, Abführen, körperliche Aktivität, Fastenphasen sowie Gefühle wie Scham, Schuld und Selbstekel.

Binge Eating (Ess-Sucht)

Regelmäßige Essanfälle (Binges), jedoch ohne kompensatorisches Verhalten; in der Regel Entwicklung eines Übergewichts, häufig kombiniert mit Depressionen und Angststörungen.

Wie kann eine Essstörung erkannt werden?

Folgende Besonderheiten und Beobachtungen können als Warnsignale gelten (Isenschmid 2002) (Bonci, Bonci et al. 2008)

- Abmagerung oder starke Gewichtsschwankungen
- Abwertende Bemerkungen über Figur und Gewicht
- Zwanghaftes Diäten, obwohl das Gewicht normal oder zu niedrig ist
- Spuren von Erbrochenem (auf Toilette oder Kleidung)
- Vernarbungen auf Fingern oder Handrücken (Russell-Zeichen)
- Wunde Mundwinkel, gerötete Konjunktiven
- Intensives Interesse an gesunder Ernährung, „Kalorien-Lexikon“
- Genaue Unterscheidung zwischen „verbotenen“ und „erlaubten“ Nahrungsmitteln
- Kälteempfindlichkeit, Blauverfärbung von Finger und Zehen
- Schwindel und Ohnmachtsneigung
- Hamsterbacken infolge geschwollener Speicheldrüsen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme
- Körperliche Erschöpfung und Schwächeanfälle werden verleugnet oder heruntergespielt
- Frage nach oder Konsum von Medikamenten, die das Abnehmen unterstützen
- Rückzug aus der Klasse, dem Freundeskreis oder der Familie, sich abkapseln, isolieren
- Verabredungen nicht mehr einhalten, andere blöd und undiszipliniert finden
- Überlegenheitsgefühl («ich brauche nicht, was andere brauchen»)
- Übertriebene körperliche Betätigung, Sport dient zum Abnehmen und als Beweis dafür, diszipliniert zu sein.
- Starke motorische Unruhe, nicht oder kaum Stillsitzen können
- Starke Stimmungsschwankungen, Konfliktängste
- Bei Bulimie manchmal delikhaftes Verhalten (Stehlen von Nahrungsmitteln oder Geld für Anfälle, Verschuldung).

Essstörungen im Sport

Neben der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa trifft man im Sport eine dritte Form von gestörtem Essverhalten an: Die Anorexia athletica. Die Anorexia athletica ist definiert durch eine bewusste Verringerung des Körpergewichts mit dem Ziel einer Verbesserung der sportlichen Leistung. Nach dem Ausscheiden aus dem Leistungssport sollen die normale Ernährung und das

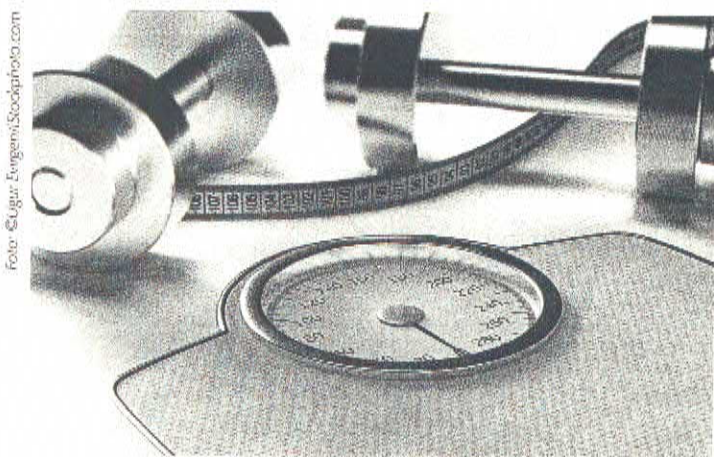
Normgewicht selbstbestimmt wieder hergestellt werden, was jedoch erfahrungsgemäss schwierig ist und oft nicht gelingt. Zusammen mit Amenorrhoe und summiert sich die Anorexia athletica zur sog. Female athletes triad (FAT) (Nattiv, Loucks et al. 2007), (Nattiv, Agostini et al. 1994) (Koubaa, Hallstrom et al. 2005) welche gemäss verschiedenen Untersuchungen bei bis zu 50% (Beals and Meyer 2007) der Sportlerinnen im Ausdauerbereich auftritt. (Anderson, 1999) In diesem Zusammenhang muss insbesondere auf die Auswirkungen der Anorexie auf die Fertilität hingewiesen werden. Der Scrumspiegel von Oestrogen ist ab BMI $<18 \text{ kg/m}^2$ infolge eines hypophysären Hypogonadismus erniedrigt. Dies führt zu einem verminderten Ovar-Volumen bis auf Grösse eines präpubertären Ovars, zu einer Häufung von anovulatorischen Zyklen mit der Entwicklung von polyzystischen Ovarien. Weiter kommt es früher oder später zur Amenorrhoe mit konsekutiver Osteopenie, Osteoporose und einer erhöhten Inzidenz pathologischer Frakturen (Turner, 2001). 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 (Bulik, 1999) (Ekeus, 2006) (10, 18). Die Anzahl kindlicher Fehlbildungen - vor allem Neuralrohrdefekte - ist vermehrt, das kindliche Outcome ist insgesamt beeinträchtigt und gekennzeichnet durch SGA und schlechtere Apgar-Werte, die Kinder werden doppelt so häufig mit signifikant vermindertem Geburtsgewicht („small for date“) geboren. Ausserdem zeigen sie einen geringeren Kopfumfang ($p < 0,001$) als die Kontrollen (Kouba, 2005). Das Risiko für eine untergewichtige Frühgeburt bis 8 Jahre nach einer Essstörung oder noch aktiver Erkrankung ist um 70 bis 80 Prozent erhöht (Sollid, Wisborg et al. 2004).

Gestörtes Essverhalten wird sowohl im Spitzen-, als auch zunehmend in dem auf immer höherem Niveau ausgeübten Breitensport („Fitness- und Gesundheitssport“) überproportional häufig beobachtet (Forsberg and Lock 2006). Spezifische

Persönlichkeitseigenschaften, die mit Essstörungen eng verbunden sind (hoher Leistungsanspruch, Hang zum Perfektionismus, hoher Ehrgeiz, sowie Tendenz zum sozialen Vergleich), sind auch bei Sportlerinnen und Sportlern weit verbreitet. Je nach Manifestationsform des gestörten Essverhaltens gibt es besonders gefährdete Sportarten oder Gruppen. Generell sind Essstörungen in kompositorischen Sportarten, Sportarten mit Gewichtslimiten, Ausdauersportarten und Sportarten, in denen das eigene Körpergewicht leistungsrelevant ist (beispielsweise Klettern oder Skisprung), weiter verbreitet als in anderen (Baum, 2006) (Holderness, 1994) (Robb, 2002).

Der Sport als Träger zweier bedeutsamer gesellschaftlicher Normvorstellungen – nämlich Leistungsorientierung und Körperkult (Schlankheits- und Schönheitsideal) – bietet einen idealen Nährboden für die Entwicklung diverser Formen von gestörtem Essverhalten. Zudem sind die Ursachen von gestörtem Essverhalten oft multifaktoriell bedingt und müssen als eingebunden in unsere gesellschaftliche Entwicklung betrachtet werden. Leistungssport kann dabei jedoch als auslösender Faktor in Erscheinung treten, Mittel zum Zweck sein oder die Problematik verschlimmern. Unter gewissen Bedingungen kann Sport aber auch eine heilende Wirkung ausüben. Diese heilende Wirkung steht in Abhängigkeit von individuellen Erfahrungen und Prägungen im Sport, sowie krankheitsspezifischen Verhaltensweisen.

Eine besondere Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass in vielen Sportarten Körpergewicht und Ernährung zur Erzielung optimaler Ergebnisse eine wichtige Rolle spielen. Die ständige Beschäftigung mit diesen leistungsbestimmenden Faktoren kann für Personen mit einer Gefährdung problematisch sein und zum Ausbruch des gestörten Essverhaltens führen. Dies gilt vor allem auch in der Pubertät und dem frühen Erwachsenenalter. Fällt in diesen Zeitraum die häufige kritische Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht, kann dies zu einer verzerrten und gestörten Körperwahrnehmung führen (Mann/Frau fühlt sich trotz Normal-, Ideal oder sogar Untergewicht zu dick). Zudem lässt sich im Sportumfeld eine Tendenz zu gestörtem Essverhalten gut kaschieren, da in „gefährdeten“ Sportarten ein niedriges Körpergewicht „normal“ und akzeptiert ist. Oft wird dann von den betroffenen Personen Training nicht nur im Sinne der Leistungsoptimierung gesehen, sondern auch als effiziente Maßnahme zur Gewichtsreduzierung. Trotz strengen Dopingvorschriften ist hier das Risiko eines Substanzmissbrauchs besonders hoch einzuschätzen. Gesicherte epidemiologische Zahlen über das gemeinsame Auftreten von Essstörungen und stoffgebundenen Abhängigkeiten liegen nicht vor. Bei Personen mit Erstdiagnose aus dem Bereich der Essstörungen soll bei etwa 10 bis 30 Prozent Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln vorliegen. Besonders hohe Werte der komorbiden Alkoholabhängigkeit werden von adipösen Männern berichtet. Bei Personen mit Erstdiagnose der Alkohol- und Medikamenten-



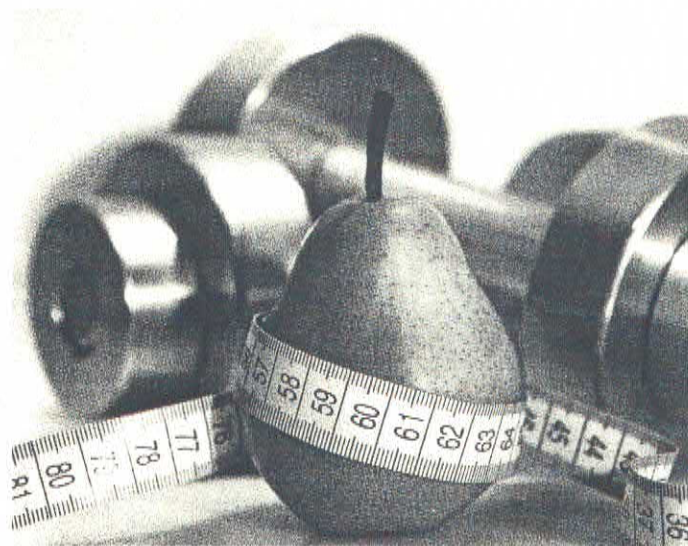
abhängigkeit beträgt der Anteil derer mit manifester Essstörung nach Schätzungen etwa 20 bis 30 Prozent (Holderness, Brooks-Gunn et al. 1994; Gadalla and Piran 2007; Gadalla and Piran 2007; Piran and Gadalla 2007)

Medikamentenmissbrauch als Mittel zur Gewichtsreduktion bei Essstörungen aber auch als eigenständige stoffgebundene Abhängigkeit kompliziert den Erkrankungsverlauf und kann bei Nichtbeachtung alle therapeutischen Bemühungen auch in einem frühen Stadium zunichte machen. Gemäss internationalen Klassifikationskriterien gehören zur Diagnose der Bulimie und der Anorexie die gedankliche Konzentration auf die Nahrungsaufnahme, die Figur und das Gewicht. 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 Abführmittel (Laxantien) und Appetithemmer, rezeptpflichtigen Entwässerungsmitteln (Diuretika) und Schilddrüsenhormonen (Deter, Schellberg et al. 2005) (Zipfel, Lowe et al. 2000) bis hin zu Alkohol und Opiaten wie Heroin und Kokain, letztere mit einer sehr hohen Co-Abhängigkeit von 50 bis 60 Prozent (Carlat, Camargo et al. 1997) (Cochrane, Malcolm et al. 1998). 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 (Carlat, Camargo et al. 1997). Eigentliche Brechmittel werden hingegen kaum verwendet. Es muss davon ausgegangen werden, dass gleichzeitig mit Essstörungen auftretende stoffgebundene Abhängigkeiten zur Aggravation des Störungsbildes, zu vermehrten medizinischen Komplikationen und zur Verschlechterung der kurz- und langfristigen Prognose führen (Isenschmid 2000). In Früherkennung und Therapie sind diese Zusammenhänge deshalb in einem integrierten, sowohl die Suchtmittelabhängigkeit als auch die Essstörung einschliessenden Präventions- und Behandlungskonzept zu berücksichtigen.

Folgende Punkte sind daher im Zusammenhang mit Essstörungen bei Sportlerinnen zentral:

Alle Teile des Sportsystems müssen in der Bekämpfung und der Prävention von Essstörungen ihre Verantwortung wahrnehmen. Eine besondere Verantwortung liegt dabei bei den Trainern und Betreuern im Nachwuchs- und Elitesport, da sie einen großen Anteil an der Gestaltung und Ausprägung der Sportsozialisation haben (Nattiv, Loucks et al. 2007). Der Sensibilisierung und Ausbildung von Trainern gilt daher ein besonderes Augenmerk. Unbedachte Äußerungen zu Gewicht und Figur haben im

Vokabular von verantwortungsvollen Funktionsträgern im Sport nichts verloren. Ebenso muss zwanghaftes und monotones Trainieren vermieden werden. Das häufige Messen von Größe und vor allem Gewicht ohne medizinische Indikation ist abzulehnen, zudem sollten Trainer und Betreuer weder an einem Wägevorgang beteiligt sein, noch sollte das Gewicht ein zentraler Faktor bei Selektionen oder dem Festsetzen von Einsatzzeiten sein. Auf rigide Ernährungsregimes soll verzichtet werden. Fragen zu Ernährung und Gewicht sollen nur durch qualifizierte Personen (Sportmediziner, Ernährungswissenschaftler, Ernährungspsychologen) angegangen werden und bedürfen einer individualisierten und ganzheitlichen Vorgehensweise, die auch die psychischen Aspekte von Ernährung und Körperwahrnehmung angemessen berücksichtigt. Ein hoher Leistungsanspruch und Drang zu Perfektionismus fördern die Entwicklung von gestörtem Essverhalten, daher sollten diese relativiert und in einen Gesamtkontext gestellt werden. (Elliot, Goldberg et al. 2004; Sherman and Thompson 2006; Thompson, Yingling et al. 2007) Besonders auch im Breitensport ist bei der Ausübung der Sportaktivität auf allen Leistungsniveaus die Betonung von Spass, Freude und Wohlbefinden ins Zentrum zu stellen.



Wie sollten Betroffene angesprochen werden?

Angesichts von lebensgefährlicher Selbstkasteiung oder maßlosem Essen und Erbrechen wird 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 Selbstwertproblemen. Sie erleben die Umgebung häufig als wenig kontrollierbar, sehen sich selbst als Versager, selbst wenn sie im Sport Erfolge vorweisen können. 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-, Arbeitsplatz, Fachstellen etc.).

Reduzieren Sie jedoch die Betroffenen nicht auf die Ess-Störung und schaffen Sie keinen künstlichen Schonraum. Setzen Sie klare Grenzen, auch was Modalitäten und Umfang des sportlichen Trainings anbelangt. Versuchen Sie die gesunden Anteile zu stärken und thematisieren Sie auch Lebensbereiche außerhalb des Sports. 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.

Das für Fachleute in Österreich empfohlene Vorgehen und viele weitere Informationen zum Thema können auf der Homepage des Netzwerks Essstörungen (www.network-essstoerungen.at) und der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (<http://www.oeges.or.at/>) eingesehen werden.

Korrespondenzadresse:

Bettina Isenschmid, M.D. et M.M.E.
Zentrum für Adipositas, Ernährungspsychologie und
Prävention von Essstörungen
Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische
Ernährung des Inselspitals
3010 Bern
Tel: ++41 31 632 08 00
E-mail: bettina.isenschmid@insel.ch

Literatur:

- Afellelou, S., M. Duclos, et al. (2004). "[What are the links between sport activities and eating disorders?]." *Presse Med* 33(22): 1601-5.
- Beals, K. A. and N. I. Meyer (2007). "Female athlete triad update." *Clin Sports Med* 26(1): 69-89.
- Bonci, C. M., L. J. Bonci, et al. (2008). "National athletic trainers' association position statement: preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes." *J Athl Train* 43(1): 80-108.
- Carlat, D. I., C. A. Carnargo, Jr., et al. (1997). "Eating disorders in males: a report on 135 patients." *Am J Psychiatry* 154(8): 1127-32.
- Cochrane, C., R. Malcolm, et al. (1998). "The role of weight control as a motivation for cocaine abuse." *Addict Behav* 23(2): 201-7.
- Deter, H. C., D. Schellberg, et al. (2005). "Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa." *Eur Psychiatry* 20(2): 165-72.
- Elliot, D. L., L. Goldberg, et al. (2004). "Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) program." *Arch Pediatr Adolesc Med* 158(11): 1043-9.
- Forsberg, S. and J. Lock (2006). "The relationship between perfectionism, eating disorders and athletes: a review." *Minerva Pediatr* 58(6): 525-36.
- Gadalla, T. and N. Piran (2007). "Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis." *Arch Womens Ment Health* 10(4): 133-40.
- Gadalla, T. and N. Piran (2007). "Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study." *Eat Disord* 15(3): 189-203.
- Goldfield, G. S., A. G. Blouin, et al. (2006). "Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders." *Can J Psychiatry* 51(3): 160-8.
- Holderness, C. C., J. Brooks-Gunn, et al. (1994). "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature." *Int J Eat Disord* 16(1): 1-34.
- Isenschmid, B. (2000). "Medikamente und Essstörungen." *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz*.
- Isenschmid, B. (2002). "Magersucht und Bulimie - Informationen und Tipps für Eltern und Jugendliche."
- Koubaa, S., T. Hallstrom, et al. (2005). "Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders." *Obstet Gynecol* 105(2): 255-60.
- Momson, A. B. and V. R. Schollf (2007). "Physiological responses to rock climbing in young climbers." *Br J Sports Med* 41(12): 852-61, discussion 861.
- Nattiv, A., R. Agostini, et al. (1994). "The female athlete triad. The inter-relatedness of disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis." *Clin Sports Med* 13(2): 405-18.
- Nattiv, A., A. B. Loucks, et al. (2007). "American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad." *Med Sci Sports Exerc* 39(10): 1867-82.
- Oppliger, R. A., S. A. Steen, et al. (2003). "Weight loss practices of college wrestlers." *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 13(1): 29-46.
- Piran, N. and T. Gadalla (2007). "Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study." *Addiction* 102(1): 105-13.
- Sherman, R. T. and R. A. Thompson (2006). "Practical use of the International Olympic Committee Medical Commission Position Stand on the Female Athlete Triad: a case example." *Int J Eat Disord* 39(3): 193-201.
- Sollid, C. P., K. Wisborg, et al. (2004). "Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome." *Am J Obstet Gynecol* 190(1): 206-10.
- Thompson, A., F. Yingling, et al. (2007). "Collegiate athletic trainers' knowledge and perceptions of disordered eating behaviors in athletes." *Psychol Rep* 101(3 Pt 2): 1173-8.
- Zipfel, S., B. Lowe, et al. (2000). "Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study." *Lancet* 355(9205): 721-2.