

Welche präventiven Maßnahmen sind im Leistungssport notwendig?

Obwohl trotz einer Essstörung oftmals ein hohes Leistungsniveau aufrechterhalten werden kann, sollte auf Grund der körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen rechtzeitig interveniert werden.

Wichtige Präventionsmaßnahmen sind die Sensibilisierung und Ausbildung von Trainern/innen die Gefahr einer Essstörung zu erkennen und diese nicht z.B. durch Verordnung von Reduktionsdiäten oder „öffentliches“ Wiegen (Wiegen im Beisein anderer SportlerInnen und / oder BetreuerInnen) zu begünstigen.

Ferner sollten SportlerInnen in häufig betroffenen Sportarten, z. B. im Rahmen von sportmedizinischen Untersuchungen oder bei Lehrgangmaßnahmen über die Gefahren einer Essstörung aufgeklärt werden.

Im jeweiligen Einzelfall sollte von einem kompetenten Team aus Arzt, in Essstörungen erfahrenem Psychotherapeuten und Ernährungsberater in der Kooperation mit dem/der Trainer/in Entscheidungen ggf. bis hin zu Wettkampfpause oder Trainingsreduktion getroffen werden.

Welche präventiven Maßnahmen sind im Breitensport notwendig?

Kritisch zu beleuchten ist die heutige Medien- und Fitnessbranche, die mit der Werbung für Schlankheit, Fitness, Schönheit und Erfolg die Machbarkeit eines unrealistischen Körper- und Lebensideals vortäuscht. Diäten wie auch in Dauer und Intensität übertriebene körperliche Aktivität werden zu diesem Zweck eingesetzt und enden in 2 - 4% der Fälle mit Essstörungen.

Wie kann eine sinnvolle Therapie aussehen?

Leistungssportler und Breitensportler mit Verdacht auf eine Essstörung sollten sowohl in einer sportmedizinischen Ambulanz medizinisch als auch in einer psychotherapeutischen Einrichtung psychologisch untersucht werden. Bei Einverständnis des Betroffenen können auch der/die Trainer/in oder der/die Betreuer/in miteinbezogen werden.

Nur bei einer Krankheits- und Behandlungseinsicht des/der Betroffenen kann eine Therapie erfolgreich durchgeführt werden.

Da Essstörungen komplexe psychische Störungsbilder darstellen, muss die Therapie aus psychotherapeutischen Elementen und der Anwendung verschiedener Therapiemodelle im Mittelpunkt stehen.(3;4).

Je nach Ausprägung der Essstörung sollte eine Sportpause (Wettkampfpause) erfolgen, das Training reduziert fortgeführt oder weiter modifiziert werden. Um den sportmedizinischen Aspekten des Störungsbildes gerecht zu werden, kann ein Acht-Punkte-Programm zur systematischen und langfristigen Behandlung von Essstörungen angeboten werden(5).

Welches sind die Ziele?

Ziel der Behandlung ist das Erreichen der Einsicht, dass eine Essstörung besteht, um Langzeitschäden verhindern zu können. Die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit steht im Vordergrund. PatientInnen, die diese Einsicht bezüglich ihrer Essstörung erreicht haben, sind in der Lage, in therapeutischer Begleitung Sport zur Regeneration ihrer Leistungsfähigkeit, zur Osteoporoseprophylaxe sowie zur moderaten Steuerung ihrer psychophysischen Befindlichkeit einzusetzen.

In der Folge ist die Wiederaufnahme des Leistungssports möglich..

Was ist in Zukunft notwendig?

Die Sensibilisierung gegenüber der Triade der sporttreibenden Frau bestehend aus Zyklusstörungen, Essstörungen und Osteoporose und die Schulung des Problembewusstseins bei Trainern/innen und BetreuerInnen sind vorrangige Maßnahmen.

Ebenso sollten konkret Anlaufstellen für betroffene Sportler/innen geschaffen werden.

Literatur

1. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. Clin.J.Sport Med. 2004;14(1):25-32.
2. Torstveit MK, Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. Scand.J.Med.Sci.Sports 2008;18(1):108-18.
3. 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. 2003;76(Pt 3):323-36.
4. 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. 1997;47(9-10):299-315.
5. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. Bull.Menninger Clin. 1987;51(3):261-76.

Weitere Informationen und Literatur über www.DGSP.de

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention – Deutscher Sportärztebund e.V.

Essstörungen und Sport

Erarbeitet von der Kommission Frauensport
Vorsitzende: PD. Dr. U. Korsten-Reck

Namen der Kommissionsmitglieder:

Dr. Beate Feeser, Dr. G. Balizs,
Dr. Marion Kersten, PD. Dr. Ulrike Korsten-Reck,
Dr. Ingrid Meyer-Schall, Dr. Kristina Marquardt,
Dr. Claudia Velde, Dr. U. Hillmer-Vogel,
Dr. Eileen Wanke, Prof. Dr. Götz Wurster

Textvorlage

Dr. Eilen Wanke
Andrea Petruschke
PD Dr. Ulrike Korsten- Reck

DGSP-Geschäftsstelle
Königswarter Straße 16
60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069-4071-412
Fax: 069-4071-859
dgsp@dgsp.de
www.dgsp.de



©DGSP Dezember 2010

Was sind Essstörungen?

Die Einteilung erfolgt in Deutschland in der Regel anhand der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10). Darüber hinaus existiert das im angloamerikanischen Sprachraum gebräuchliche Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ von 1994 (DSM IV) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association).

Die eindeutige Zuordnung zu einer Essstörung ist nicht immer einfach. Ursachen sind unter anderem die fließenden Übergänge von gesellschaftlich noch akzeptiertem Verhalten zur Essstörung, ein Wechsel der Betroffenen zwischen den Formen der Essstörungen sowie die sprachlich und inhaltlich vorhandenen Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV.

Nach ICD-10 werden folgende Essstörungen unterschieden:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Essattacken und Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (z. B. „Binge Eating Disorder“)
- sonstige sowie nicht näherbezeichnete Essstörungen (atypische Essstörungen)

Warum gibt es Essstörungen im Sport?

Bedingt durch die gesellschaftlichen Vorgaben bezüglich des Schönheitsideals kommt es zu einem Anstieg von Essverhaltenstörungen in der Normalbevölkerung und im Sport. Im Leistungs- wie auch im Breitensport lassen sich Essstörungen beobachten, die im Umfeld des Sportlers/der Sportlerin nicht erkannt, nicht beachtet oder als notwendig hingenommen werden. Sportarten, die sich durch einen direkten Zusammenhang zwischen Leistung und Gewicht auszeichnen, wie Ausdauersportarten, ästhetische oder Gewichtsklassen abhängige Sportarten können zu einem kalorisch eingeschränkten Essverhalten führen, das in vielen Fällen eine Essstörung provoziert. Der Vorteil eines niedrigen Gewichts zur Erbringung der Leistung steht im Vordergrund.

Formen der Essstörungen im Sport

Anorexia nervosa und Anorexia athletica

Definition der Anorexia nervosa

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 kg/m². Die Gewichtsabnahme ist selbst verursacht und wird über eine reduzierte und kalorische Nahrungsaufnahme und Methoden, wie Erbrechen, Gebrauch von Abführ- oder Entwässerungsmitteln, Appetitzüglern und/oder übertriebene körperliche Aktivität erreicht.

Darüber hinaus besteht eine ausgeprägte Körperschemastörung mit der vorherrschenden Idee, trotz hochgradigen Untergewichts zu dick zu sein sowie eine hormonelle Störung. Diese äußert sich bei Frauen ohne Hormonersatz („Pille“) in einem Ausbleiben der Regelblutung und bei Männern als Libido- oder Potenzverlust. Liegt der Erkrankungsbeginn vor der Pubertät, ist die pubertäre Entwicklung gestört. Bei der Anorexia nervosa handelt es sich um ein psychiatrisches Krankheitsbild, welches alle Merkmale einer Sucht aufweist und deshalb auch Magersucht genannt wird.

Definition der Anorexia athletica

Unter der Sonderform der **Anorexia athletica** 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. Der Übergang von der Anorexia athletica in die Anorexia nervosa ist möglich und muss als besonderes Risiko Beachtung finden.

Welche körperlichen Symptome gibt es?

Essverhaltensstörungen führen zu Zyklusstörungen und Osteoporose und werden im Leistungssport als Triade der sporttreibenden Frau („female athlete triad“) zusammengefasst. Die Symptome sind vielfältig und oft schwerwiegend. Sie äußern sich unter anderem in:

- Kreislaufproblemen mit einem verlangsamten Herzschlag, Atemfrequenz und zu niedrigem Blutdruck, einer niedrigen Körpertemperatur und bläulichen Verfärbung der Finger und Zehen
- Hautveränderungen, Haarausfall, brüchigen Nägeln
- Hormonellen Störungen: Im Vordergrund steht das Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe) bzw. der Verlust der Libido, zusätzlich können Störungen der Schilddrüse und des Wachstums auftreten.
- Verlust an Knochenmasse und Knochenstruktur mit Stressfrakturen bis hin zur Osteoporose
- Nierenschäden
- Blutarmut und Schwächung der Körperabwehr
- Elektrolytstörungen
- Flüssigkeitseinlagerungen ins Gewebe

Bulimia Nervosa

Definition der Bulimia nervosa

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. Die Bulimie kann sowohl in Zusammenhang mit einer Magersucht, bei normalem Körpergewicht als auch bei starkem Übergewicht [BMI (kg/m²) > 30 = Adipositas] auftreten.

Welche körperlichen Symptome gibt es?

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
- Hormonelle Störungen wie bei der Anorexia nervosa
- Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, die vorübergehend schmerzhaft werden können

Wie oft kommen Essstörungen vor?

Zahlreiche Studien zeigen, dass SportlerInnen gefährdeter sind, eine Essstörung zu entwickeln als NichtsportlerInnen, wobei – wie bei Essstörungen allgemein – Frauen häufiger betroffen sind als Männer (10:1) (1). 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. Die Häufigkeit in der Normalbevölkerung wird mit 2% - 6%, bei SportlerInnen mit ca. 3,4% angegeben.

Studien belegen, dass in bestimmten Sportarten das Risiko der so genannten „Triade der sporttreibenden Frau“, bestehend aus Störungen des Menstruationszyklus, Osteoporose und Essstörungen bis zu 66% der SpitzensportlerInnen betreffen kann.

Ein tödlicher Verlauf der Anorexie findet sich bei ca. 15% der Fälle. Die negative Energiebilanz hat eine große gesundheitliche Bedeutung. Daher sind frühe Signale wie Essverhaltensstörungen, Störungen des Zyklus oder Verletzungen (Stressfrakturen) zu beachten. Epidemiologische Untersuchungen belegen eine zunehmende Häufigkeit (Prävalenz) von Anorexianervosa (3,3%), Bulimia nervosa (2,3%) und atypischen Essverhaltensstörungen insbesondere bei ästhetischen Sportarten mit ausgeprägten Schlankheitsidealen wie Turnen, rhythmischer Sportgymnastik, Eiskunstlauf oder Tanzen (2).