

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Esstörungen - ein aktuelles Problem für Gynäkologie und Geburtshilfe

Langer M, Wimmer-Puchinger B

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3 (2)

(Ausgabe für Österreich), 6-13

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 18-25

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ072637636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz



cobagin[®]

Suspension

Das Natürliche vollkommene Intimpflege Konzept

Präventiv • Begleitend • Nachsorgend

Treffen Sie eine Entscheidung für das Wohl Ihrer Patientinnen

- » Hormonfrei, ohne Silikone und austrocknender Paraffine
- » Funktionseiwiese bilden eine selektive Barriere und fördern die Regeneration der Epithelien
- » Anhaltend feuchtigkeitsspendend, ohne an der Kleidung zu kleben und ohne unangenehmes Nässeempfinden

Eine einzigartige Komposition aus

- » Natürlich regulierenden Proteinen
- » Entspannendem Orangenschalenöl
- » Sonnenblumen – und Jojobaöl
- » Antibakteriellem Rosmarinöl
- » Regenerierendem Lavendelextrakt
- » Förderndem Lavendelöl

cobagin Suspension ist geeignet bei

- » Unspezifischen Reizungen
- » Wiederkehrenden Irritationen
- » Trockener und rissiger Epithelien
- » Medikamentösen Therapien-
Begleitend als Intimpflege

Von jeder Apotheke über Grosshändler als Dispo-Artikel bestellbar.

Fordern Sie weitere Informationen und Muster an.



 DE-PZN: 7635173

 AT-PZN: 4009417

 Pharmacode: 5082936

Esstörungen – ein aktuelles Problem für Gynäkologie und Geburtshilfe

M. Langer, B. Wimmer-Puchinger

Kurzfassung: Essstörungen sind in der gynäkologischen Praxis von großer Relevanz. Aufgrund der körperlichen Folgeerkrankungen, die massive Auswirkungen auf Fruchtbarkeit und Schwangerschaft sowie das Kind haben können, ist es notwendig, in der gynäkologischen Praxis auch Fragen zum Essverhalten und der Körper- und Gewichtszufriedenheit zu stellen. Außerdem tritt gestörtes Essverhalten häufiger auf, so dass z. B. bei Unfruchtbarkeit oder starkem Schwangerschaftserbrechen auch die Möglichkeit einer Essstörung in Betracht gezogen werden muss. Wenn bei einer Patientin der Verdacht auf Essstörungen besteht, sollte ihr professionelle, psychotherapeutische Hilfe angeboten werden. Je früher Essstörungen erkannt werden und Hilfe angeboten wird, desto besser sind die Heilungschancen. Daher hat das Wiener Programm für Frauengesundheit seit 1998 mit der Hotline für

Essstörungen 0800 20 11 20 eine kostenlose und anonyme telefonische Beratungseinrichtung für Betroffene und Angehörige eingerichtet, an der bis dato 17.000 Personen betreut werden konnten. Darüber hinaus wurde ein Netzwerk aus allen in Wien auf Essstörungen spezialisierten Therapie- und Behandlungseinrichtungen gegründet, das sich regelmäßig trifft und vernetzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert und unterstützt.

Abstract: Eating Disorders – a current problem in gynaecology and obstetrics. Eating disorders are of high relevance in obstetrics (gynaecology). Due to secondary physical complications which may impact seriously on a woman's fertility, pregnancy and her unborn baby it is necessary to investigate her eating behaviour, as

well as her satisfaction with body and weight during gynaecological examinations. Since disturbed eating behaviour is detected more frequently eating disorders should also be considered as a cause of infertility or heavy morning sickness/vomiting during pregnancy. If a patient is suspected of suffering from eating disorders, professional psychotherapy should be offered. The sooner eating disorders are recognized the better the chance of being cured. To this end the Vienna Women's Health Programme has been operating an anonymous and toll-free eating disorder hotline (0800 20 11 20) for people suffering from eating disorders and their relatives since 1998 which 17,000 persons to date have availed themselves of. A network of all specialised counselling and therapy centres meets regularly to support interdisciplinary cooperation. **J Gynäkol Endokrinol 2009; 19 (2): 6–13.**

■ Einleitung

In den Ländern der westlichen industrialisierten Welt beobachtet man seit Jahren eine Zunahme von gestörtem Essverhalten [1, 2]. Das Spektrum reicht von „normalem“ Diätverhalten über subklinische bis hin zu klinischen Formen der Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und der Binge Eating Disorder (Esssucht).

Essstörungen sind fast ausschließlich Frauenkrankheiten. 90–97 % der Betroffenen sind weiblichen Geschlechts [3–5]. Gezügelter Essverhalten ist in den entwickelten Ländern heute eher die Regel denn die Ausnahme [6]. Das weit verbreitete, v. a. durch das gesellschaftliche Schlankheitsideal bedingte Diätverhalten [7–9], die veränderte Rolle der Frau und die damit verbundenen widersprüchlichen Rollenerwartungen an Frauen [7, 10, 11] sind der Nährboden für die Entwicklung von Essstörungen bei Frauen. Trotzdem zeigen jüngere wissenschaftliche Untersuchungen, dass in den letzten Jahren auch Männer immer häufiger mit ihrem Essverhalten Probleme haben [12].

Allein in Österreich erkrankten Schätzungen zufolge etwa 200.000 Frauen [13] einmal in ihrem Leben an einer Essstörung.

■ Diagnosekriterien und Epidemiologie

Wie bei vielen anderen Krankheiten gibt es auch bei Essstörungen keine genaue Grenze zwischen gesund und krank. Es

existiert vielmehr ein Kontinuum zwischen dem, was als normal akzeptiert wird und einem gestörten Essverhalten: Die Spannweite reicht von „normalem“ Diätverhalten (dem sogenannten „gezügelter Essen“) und subklinischen Essstörungen bis zu den klinischen Formen gestörten Essverhaltens, der Anorexia nervosa (Magersucht), der Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und der Binge Eating Disorder (Esssucht).

Essstörungen äußern sich in einem gestörten Essverhalten, das durch unterschiedliche innerpsychische und zwischenmenschliche Konflikte bedingt sein kann [14]. Gestörtes Essverhalten kann demnach als misslungener Problemlösungsversuch verstanden werden. Das Leben der Betroffenen dreht sich zwanghaft um Essen bzw. Nicht-Essen. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind nicht möglich. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden, zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht. Das subjektive Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Essverhaltens abhängig gemacht. Das Essen ist vom Lebensmittel zum Lebensinhalt geworden. Essstörungen sind in multiplen Formen zu beobachten und sind wie folgt definiert:

Anorexia nervosa

Diagnosekriterien Anorexia nervosa [15]

- Weigerung, das Körpergewicht über einem minimalen Normalgewicht entsprechend dem Alter und der Größe zu halten
- Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht
- Störungen der eigenen Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe oder Form
- Bei Frauen Aussetzen von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen

Korrespondenzadresse: Mag. Michaela Langer, Wiener Programm für Frauengesundheit, A-1030 Wien, Guglgasse 7–9, E-mail: michaela.langer@wien.gv.at, www.frauengesundheit-wien.at, www.s-o-ess.at, www.essstoerungshotline.at

Spezifizierung des Typus

- „Restriktiver Typus“: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klisitieren) gezeigt.
- „Binge-Eating/Purging“-Typus: während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig „Fressanfälle“ gehabt und hat „Purging“-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Die Magersucht tritt vor allem in der frühen und mittleren Adoleszenzphase auf. Eine Magersucht in Reinform kommt selten vor; oft handelt es sich um Mischformen, d.h. die Magersucht tritt in Verbindung mit einer bulimischen Symptomatik auf. Diese Mischform wird mit dem Namen Bulimarexie bezeichnet.

Angaben zur Punktprävalenz schwanken. Generell kann man annehmen, dass zwischen 0,1–1 % der Frauen zwischen 15 und 25 Jahren an einer schweren Anorexie erkranken [16–20], wobei die Raten für Risikogruppen, in denen auf das äußere Erscheinungsbild und eine schlanke Figur besonderen Wert gelegt wird, z. B. Modestudentinnen oder Ballettschülerinnen, zwischen 3,5–7,6 % liegen [21].

Bulimia nervosa

Diagnosekriterien der Bulimia nervosa [15]

- Wiederholte Episoden von Heißhungerattacken (schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne).
- Das Gefühl, das Essverhalten während der Fressanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.
- Um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, greifen Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien (Abführmittel) und Diuretika (Entwässerungsmittel), strengen Diäten, Fastenkuren oder übermäßiger körperlicher Betätigung.
- Durchschnittlich mindestens zwei Essattacken pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten
- Andauernde und übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.

Spezifizierung des Typus

- „Purging“-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.
- „Nicht-Purging“-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt, wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klisitiere missbraucht.

Die Erkrankungshäufigkeit wird mit 2 bis 4 % in der Risikogruppe der Frauen im Alter von 18 bis 35 Jahren angegeben. Nach Lacey hat sich die Prävalenz der Bulimie in den letzten zehn Jahren verdoppelt [22]. Frauen aller sozialen Schichten

sind betroffen, allerdings gibt es eine deutliche Häufung bei Frauen aus höheren Sozialschichten. [23]

Binge Eating Disorder

Diagnosekriterien der Binge Eating Disorder [15]

- Regelmäßige Essanfälle. Ein Essanfall ist durch folgende zwei Merkmale gekennzeichnet:
 - In einem abgrenzbaren Zeitraum wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die die meisten anderen Leute im selben Zeitraum und unter den gleichen Umständen essen würden.
 - Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden.
- Die Essanfälle sind mit drei (oder mehr) Merkmalen verbunden:
 - Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.
 - Es wird gegessen, bis man sich unangenehm voll fühlt.
 - Es werden große Mengen gegessen, obwohl man sich nicht körperlich hungrig fühlt.
- Es wird allein gegessen, weil es einem peinlich ist, wie viel man isst.
- Man fühlt sich von sich selbst angeekelt, depressiv oder sehr schuldig nach dem Überessen.
- Es besteht hinsichtlich der Essanfälle merkbare Verzweiflung.
- Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens 2 Tage pro Woche über 6 Monate auf.
- Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von unangemessenem Kompensationsverhalten verbunden und treten nicht im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Es wurden Prävalenzraten in der allgemeinen Bevölkerung zwischen 1,8–4,6 % gefunden [24, 25]. Epidemiologischen Untersuchungen zufolge beläuft sich der Anteil der Binge-Eating-Disorder-Patientinnen und -Patienten unter den Übergewichtigen auf ca. 5–10 % [26–28]. Allerdings hat sich gezeigt, dass in spezifischen Gruppen die Punktprävalenz von Binge-Eating-Disorder PatientInnen erheblich höher liegt: Bei Teilnehmern von Gewichtsreduktionsprogrammen liegt der Anteil der Binge Eater zwischen 20–45 % [29–33] und bei den Overeaters Anonymous bei mehr als 70 % [24, 25].

Die Ausbildung einer Binge Eating Disorder scheint nicht auf bestimmte Lebensphasen begrenzt zu sein, sondern in allen Altersgruppen vorzukommen. Am häufigsten ist die BED im Alter zwischen 19 und 25 anzutreffen, das Durchschnittsalter, ab dem eine Behandlung beginnt, liegt allerdings über 40 Jahren [34].

Nicht näher bezeichnete Essstörungen

Die Kategorie „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen [15]. In diese Kategorie fallen vor allem subklinische Essstörungen, also Störungen des Essverhaltens, die zwar als bedeutsam angesehen werden, aber – aufgrund fehlender Kriterien – die Einordnung in eine der oben genannten Kategorien nicht erlauben.

- Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt mit Ausnahme einer regelmäßigen Menstruation,

- Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, jedoch liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich.
- Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal die Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
- Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen).
- Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie hinunterzuschlucken
- Binge Eating Disorder: Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ ohne die für die Bulimia nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (Forschungskriterien siehe unter: Forschungskriterien der Binge Eating Disorder)

Epidemiologie der nicht näher bezeichneten Essstörungen

Zur Prävalenz subklinischer Essstörungen im europäischen Raum gibt es nur wenige Studien. Buddeberg-Fischer spricht von 1,3–13 % Frauen und Mädchen in der Risikopopulation der 15–24-jährigen, die an einzelnen Symptomen einer Essstörung erkranken [35]. Möller, Laux & Deister sprechen von einer Häufigkeit von bis zu 20 % [23].

■ Ätiologie von Essstörungen

So wie bei den meisten psychischen Erkrankungen sind auch Störungen des Essverhaltens multifaktoriell bedingt. Gestörtes Essverhalten stellt die gemeinsame Endstrecke einer Vielzahl verschiedener Entstehungsbedingungen und ihrer Wechselwirkungen dar. Folgende, ätiologisch relevante Faktoren werden bezüglich Essstörungen diskutiert [7, 36]:

- soziokulturelle Einflüsse
- familiäre Faktoren
- individuelle und Persönlichkeitsfaktoren

Diese prädisponierenden Faktoren sind für Essstörungen weder spezifisch, noch bewirken sie zwangsläufig eine entsprechende Symptombildung. Sie sind jedoch insofern von Relevanz, da sie die Entwicklung der typischen psychischen Problembereiche begünstigen.

Soziokulturelle Einflüsse

Soziokulturelle Faktoren werden durch Familie, Schule und Massenmedien vermittelt. Zu den soziokulturellen Risikofaktoren, die als ursächlich für die Entstehung einer Essstörung angesehen werden, zählen die Bereiche Schlankheitsideal, Veränderung der Frauenrolle, Konsumorientierung, Leistungsorientierung.

Schlankheitskult

Schönheitsideale unterliegen einem ständigen Wandel der Gesellschaft [37], die über viele Kommunikationswege verinnerlichte Standards setzen, die zum eigenen Maß werden. Heutzutage gelten extrem schlanke Körperbilder als „Ideale“

und diese dominieren die medial vernetzte Welt. Mode wird von 14-jährigen Teenagern vorgeführt und deren Kinderkörper zum Figur-Vorbild für erwachsene Frauen erhoben. So ermittelte eine Meta-Analyse von 222 wissenschaftlichen Studien, die in den letzten 50 Jahren zu gender- und altersspezifischen Untersuchungen zu Selbstzufriedenheit und Attraktivität durchgeführt wurden, dass sich in allen Studien Mädchen und Frauen signifikant vulnerabler und unzufriedener zeigen als Männer und ferner in den letzten 50 Jahren eine Zunahme dieser Tendenz zu verzeichnen ist. Die deutlichsten Unterschiede zeigten sich bereits bei 14-jährigen Mädchen und Burschen [38]. Bahnbrechend ist eine psycho-anthropologische Langzeit-Studie, die von der Harvard School of Medicine auf den Fijii-Inseln durchgeführt wurde und deutlich machte, dass durch die Verkabelung mit westlichen Fernsehkanälen sich das traditionell gängige Schönheitsideal von „rundlichen“ Körperformen und Esskultur radikal durch westliche Schlankheitsstandards veränderte und zu einem erstmaligen Auftreten von Anorexie und Bulimie geführt hatte [39]. Resümierend lässt sich daher festhalten, dass empirische internationale Evidenz über Internalisierung eines schlanken, omnipräsenten Schönheitsbildes existiert.

In Wien wurden im Jahr 2000 718 Mädchen und 428 Burschen befragt. 44 % der Mädchen fanden sich eher übergewichtig, obwohl nur tatsächlich 6 % einen Body-Mass-Index (BMI) über 25 hatten. 52 % der Mädchen hatten schon einmal eine Diät gemacht, im Gegensatz dazu 14 % der Burschen. 80 % der Mädchen hatten etwas bis sehr starke Angst, zuzunehmen, bei den Burschen waren es 40 %. Weiters waren 89 % der Mädchen mit dem eigenen Körper unzufrieden, die jungen Männer waren dies zu 65 % [40].

Den Einflüssen dieser Prägung unterliegen vor allem auch Kinder und Jugendliche. Hill et al. beschreibt, dass Kinder in unserer Zeit mehr denn je von „erwachsenen“ Einstellungen, Vorurteilen und Stereotypen beeinflusst werden [41]. In einer Untersuchung an 213 neunjährigen Mädchen stellte er fest, dass jedes dritte Mädchen den Wunsch hatte, dünner zu sein und viele schon mit einer Diät begonnen hatten. Andere Untersuchungen konnten dieses Ergebnis bestätigen. Dieses Essverhalten ist insofern bedeutsam, da damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit verbunden ist, eine Essstörung zu entwickeln [8]. Lask & Bryant-Waugh betrachten Diätverhalten als Eintrittskarte für die Entwicklung einer Essstörung [42].

Eine empirische Untersuchung an 656 Wiener Frauen mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren, lieferte folgende Erkenntnisse [43]:

82 % der Frauen sehen ihr Idealgewicht unter dem derzeitigen Gewicht.

83 % der Frauen sind mit ihren Körperproportionen unzufrieden. 80 % der Frauen machen ihren Selbstwert vom Gewicht abhängig.

82 % der Frauen haben Angst, zuzunehmen.

Eine repräsentative österreichische Studie, durchgeführt vom Karmasin Marktforschungs-Institut im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit, ermittelte 2007 Motive für Diätverhalten: 59 % der 287 befragten Frauen unterziehen sich einer Diät, um attraktiver zu sein, 56 % um ihr Selbst-

wertgefühl zu steigern und 43% aus gesundheitlichen Gründen [44].

Familiäre Einflüsse

Bei der Entstehung von Essstörungen werden häufig gestörte familiäre Interaktions- und Verhaltensmuster beobachtet [45]. Allerdings ist dabei zu beachten, dass sich Störungen in der Familiendynamik bei vielen Familien essgestörter Frauen, allerdings nicht bei allen finden lassen. Insofern können die beschriebenen Pathologien zwar typisch genannt werden, sie sind jedoch weder obligat noch spezifisch für diese Diagnosen [7]: So finden sich in der Literatur Hinweise auf überprotektive Haltung der Eltern, starke Leistungs Betonung, dysfunktionale Konfliktlösungsmechanismen, asketische Familienideale, die Genuss und Sexualität negativ besetzen, dysfunktionale Kommunikationsmuster.

Individuelle und persönlichkeitspezifische Faktoren

Persönliche Merkmale begünstigen die Entwicklung einer Essstörung. Allgemein gesehen zählen zu den individuellen Risikofaktoren folgende Merkmale [38]:

- Weibliches Geschlecht
- Pubertätsphase
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Starke Leistungsorientierung
- Niedrige Frustrationstoleranz
- Schlankes Schönheitsideal

Sehr häufig finden sich auch Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Biographie von Essstörungsklientinnen [46, 7]. Die Häufigkeitsangaben hierzu bewegen sich zwischen 25 und 50 % [47–49].

■ Volkswirtschaftliche Folgekosten

Die Folgeerkrankungen bei Essstörungen bedürfen ambulanter und stationärer Behandlung und verursachen – neben dem subjektiven Leiden der betroffenen Personen und Angehörigen – auch Kosten für Gesundheitswesen und Wirtschaft in Folge von Krankenständen und Arbeitsunfähigkeit.

Stationäre Behandlungskosten

Im Jahr 2006 wurden in den Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) 435 Personen stationär mit der Diagnose „Essstörung“ behandelt. Aufgrund interner Berechnungen des KAV ergibt sich ein Kosten-Annäherungswert pro stationärem Aufenthalt für PatientInnen mit Essstörungen von mindestens EUR 12.000,- (berechnet auf Basis Vollkosten). Die Behandlungskosten für alle behandelten Personen belaufen sich somit auf jährlich mindestens EUR 5,22 Mio. für Wien in den Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Im Jahr 2003 waren 2674 Personen (2463 Frauen und 211 Männer) [50] in Österreich in stationärer Behandlung mit der Diagnose „Essstörung“. Aufgrund einer vorsichtigen Hochrechnung und der Übertragung der Vollkosten, die für die stationäre Behandlung von PatientInnen mit der Diagnose „Essstö-

rung“ berechnet wurden, ergäben sich österreichweit jährliche Kostenschätzungen in der Höhe von EUR 32,1 Mio. für die stationäre Behandlung.

Behandlungskosten durch niedergelassene Psychotherapie

Im Jahr 1999 übernahm die Wiener Gebietskrankenkassa (WGKK) für 560 KlientInnen mit der Diagnose „Essstörung“ die Behandlungskosten durch niedergelassene PsychotherapeutInnen in Wien. Die daraus resultierenden Kosten beliefen sich auf jährlich EUR 1,7 Mio. für Wien [51].

Es gibt keine Zahlen, wie viele Personen mit Essstörungen privat in Behandlung und Therapie sind, also deren Behandlungskosten nicht von den Krankenkassen übernommen wurde. Aufgrund der Schätzungen sind an einem Stichtag in Österreich 14.000 Personen von Essstörungen betroffen [13].

Nicht in diesen beiden Berechnungen berücksichtigt wurden weiters indirekte Kosten wie:

- Produktivitätsverlust durch Arbeitsunfähigkeit,
- Ausfälle in der Schule und Klassenwiederholung,
- Kosten der Sozialversicherungsträger vor der Diagnosestellung „Essstörung“ (durchschnittlich vergehen 7 Jahre, bis eine Essstörung als solche erkannt wird).

Essstörungen verursachen nicht nur Kosten für das Gesundheitssystem, sondern haben auch schwerwiegende Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen. Diese schweren psychischen Störungen haben Auswirkungen auf das familiäre Umfeld und alle Lebensaspekte. Die Behandlung ist schwierig und zeitintensiv, es gibt auf lange Sicht ein Rückfallrisiko. Essstörungen ziehen weit reichende körperliche Spätfolgen nach sich, sie haben Auswirkungen auf Fruchtbarkeit und Mutterschaft und führen manchmal auch zum Tod [52, 53].

■ Gesundheitliche Folgen von Essstörungen

Essstörungen führen zu massiven gesundheitlichen Folgen [13]:

- Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe) und im späteren Leben möglicherweise verminderte Fortpflanzungsmöglichkeit (Infertilität, Fehl- und Frühgeburten)
- Herzrhythmusstörungen
- Knochenschwund (Osteoporose) schon ab einem Alter von 30 Jahren
- Chronische Nierenprobleme
- Reizung und Risse in der Speiseröhre
- Vergrößerung der Speicheldrüse (Hals bis zum Unterkiefer)
- Erosion des Zahnschmelzes und vermehrtes Auftreten von Karies
- Elektrolytstörungen (Veränderung der Blutsalze)
- Lanugobehaarung (feines Haar – Babyflaum an unterschiedlichen Körperstellen)
- Muskelkrämpfe
- Benommenheit, Schwindel oder Ohnmacht
- Ungewöhnliche Kälteempfindlichkeit
- Trockene Haut und Haarausfall
- Ungeklärte Schwellungen (Ödeme)
- Chronische Verstopfung und andere Magen-Darm-Probleme
- Verlust des sexuellen Interesses

■ Auswirkungen von Essstörungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Kind

Essstörungen haben aufgrund der körperlichen Folgeerkrankungen schwerwiegende Auswirkungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Mutterschaft. Im Folgenden werden die häufigsten gynäkologischen und geburtshilflichen Probleme im Zusammenhang mit Essstörungen aufgeführt. Es sind zwischen 5–7 % der Frauen im gebärfähigen Alter von Essstörungen betroffen [54].

Amenorrhoe, Zyklusstörungen und Unfruchtbarkeit

Bei Frauen mit einer Magersucht ist die primäre oder sekundäre Amenorrhoe eines der vier Diagnosekriterien. Das Aussetzen der Menstruation ist hauptsächlich das Ergebnis der Unter- und Fehlernährung. Ein niedriges Körpergewicht und ein geringer Anteil an Körperfett sind wesentliche Faktoren für eine Amenorrhoe, aber nicht die alleinige Erklärungsursache [55].

Zyklusstörungen sind bei bulimischen Patientinnen trotz normalem Körpergewicht in über 50 % der Fälle zu beobachten. Dabei wird zwischen anovulatorischen Zyklen und einer verkürzten Lutealphase bei zumeist regelmäßigen Zyklen unterschieden [55].

Viele Frauen, die sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterziehen, haben eine nicht diagnostizierte Essstörung [56]. Weiters werden Frauen, die eine bestehende Essstörung haben, öfter gegen Unfruchtbarkeit behandelt, als jene, die ihre Essstörung überwunden haben [57]. Bates fand heraus, dass viele Frauen mit einer nicht erklärbaren Unfruchtbarkeit eine zu geringe Kalorienanzahl zu sich nahmen [58].

■ Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt

Mütterliche Angst vor Gewichtszunahme

Überspitzt kann man formulieren: Der Schlankheitswahn hat die Schwangeren und jungen Mütter erreicht. Die Spitze des Eisberges zeigt sich in Büchern wie „Die ultimative New York Diät“, in dem damit geworben wird, dass das Model Heidi Klum acht Wochen nach der Geburt wieder für den Laufsteg in Form war [59].

Eine Gewichtszunahme in der Schwangerschaft führt bei 40 % aller schwangeren Frauen zu Angst. Fairburn und Welch konnten weiters zeigen, dass 72 % der schwangeren Frauen fürchteten, ihr Gewicht, das sie vor der Schwangerschaft hatten, nicht mehr zu erreichen [60]. 75 % der Frauen sind in den ersten Wochen nach der Geburt besorgt über ihr Gewicht [61]. So verwundert es nicht, dass 4 Monate nach der Geburt 70 % der Frauen Abnehmversuche starten. Darüber hinaus versuchen 57 % der Frauen, die vor der Schwangerschaft keine Diäten gemacht hatten, abzunehmen. Damit wird deutlich, dass Abnehmversuche in den ersten Monaten nach der Geburt die Regel und nicht die Ausnahme darstellen [61].

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass sich die Symptomatik bei Frauen mit Bulimie während der Schwangerschaft zwar

verbessert, in der Zeit nach der Geburt aber zu Rückfällen oder Verschlechterung der Symptomatik führen kann [55, 61–63]. Bei Frauen mit Anorexie ist die Akzeptanz, Gewicht in der Schwangerschaft zuzunehmen, noch geringer. Kouba et al. konnten zeigen, dass bei anorektischen Frauen die Gewichtszunahme signifikant unter jener der Kontrollgruppe lag. Insgesamt kommt es häufig zu einer Verschlechterung der AN durch die Schwangerschaft [63]. Stein und Fairburn konnten zeigen, dass es in der späten Schwangerschaft und 3 Monate nach der Geburt zu einem merklichen Anstieg von pathologischem Essverhalten kommt [64].

Schwangerschaftserbrechen

Schwangerschaftserbrechen ist signifikant häufiger bei Frauen mit Essstörungen als in der Allgemeinbevölkerung [63]. Die Prävalenz von Hyperemesis gravidarum in der weiblichen Allgemeinbevölkerung liegt bei einer von 1000 Schwangeren, während in der Studie von Abraham (1998) 10 % der 25 untersuchten Frauen unter Schwangerschaftserbrechen litten [57].

Fehlgeburten

Fehlgeburten werden bei Frauen, die bei der Empfängnis eine bestehende Bulimia nervosa haben, häufiger beobachtet [57]. Festzustellen ist ferner eine erhöhte Rate an Fehlgeburten bei Frauen mit Anorexia nervosa auch dann, wenn die AN schon als geheilt galt [56]. Deshalb ist eine ausführliche Anamnese unerlässlich.

Unterdurchschnittliche mütterliche Gewichtszunahme und untergewichtige Kinder

Frauen, die während der Schwangerschaft an Magersucht oder Bulimia nervosa leiden, nehmen während der Schwangerschaft signifikant weniger zu. Somit steigt das Risiko, untergewichtige Kinder zu gebären. Auch Frauen, die über „gestörtes Essverhalten“ in der Schwangerschaft berichten (und nicht an einer expliziten Essstörung leiden), haben ein erhöhtes Risiko, vorgeburtliche Komplikationen zu erleiden und untergewichtige Kinder auf die Welt zu bringen. Umgekehrt litten 32 % der Mütter, die ein untergewichtiges Kind gebären, in den letzten drei Monaten vor der Schwangerschaft unter Essstörungen [60]. Das niedrige Geburtsgewicht der Kinder trifft sowohl auf die Früh- als auch auf die Termingeburten zu [55].

Erhöhte Kaiserschnittrate

Die Kinder von essgestörten Schwangeren werden häufiger aufgrund kindlicher Indikation mit Kaiserschnitt entbunden [55, 66].

Postpartale Depression

Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Essstörung leiden, haben eine 54 %ige Wahrscheinlichkeit, an einer postpartalen Depression zu erkranken [55]. Franko et al. ermittelten in ihrer Studie, dass die Prävalenz von postpartalen Depressionen unter essgestörten Frauen bis zu drei mal höher ist (34,7 %) als in der weiblichen Allgemeinbevölkerung [66].

Mutter-Kind-Interaktion

Ein starker Zusammenhang findet sich übereinstimmend in der Literatur zwischen Fütterungsproblemen und einer mütterlichen Essstörung [67]. Mütter mit Essstörungen haben mehr Probleme mit dem Stillen [56], die oft zu frühzeitigem

Abstillen führen [68]. Weiters haben Mütter mit einer Vorgesichte oder bestehender AN mehr Probleme mit dem Stillen. Werden die Kinder älter, halten sich die Mütter bei Mahlzeiten eher abseits und machen weniger positive Bemerkungen über Essen und Nahrungsmittel als Mütter ohne AN [56]. Vor allem zwei Aspekte des familiären Umfeldes sind stark mit dem Auftreten von Fütterungsproblemen mit dem Kind assoziiert: einerseits eine Desorganisation der gemeinsamen Mahlzeiten (Mutter isst nicht mit dem Kind, das Essen wird nicht am Esstisch eingenommen an dem man auch sitzen kann, das Essen wird vor dem Fernseher eingenommen) und andererseits eine starke mütterliche Kontrolle und Disharmonie, die sich nicht auf das Essen, sondern auf den Umgang mit dem Kind bezieht [67].

Wichtig zu beachten ist, dass sich bei bulimischen Frauen die Beschäftigung mit dem Gewicht auch auf die Babys übertragen und dazu führen kann, dass die Frauen Ängste entwickeln, ihr Kind könnte zu dick werden und es daher auf Diät setzen [62].

Die mütterliche Essstörung kann daher ein Risikofaktor für ein Kind darstellen, ebenfalls gestörtes Essverhalten zu entwickeln. So finden sich in der Literatur Hinweise, dass Kinder bereits im Alter von 10 Jahren zu gezieltem Essverhalten tendieren und ein übergroßes Augenmerk auf Gewicht und Körperform legen [69].

■ Relevanz für die Praxis

- Essstörungen haben aufgrund der körperlichen Folgeerkrankungen schwerwiegende Auswirkungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Mutterschaft.
- Gynäkologinnen/Gynäkologen haben – da sie oftmals erste Ansprechpartner/innen sind aufgrund menstruel-ler, endokrinologischer Veränderungen und Problemen – eine wichtige Funktion in der Früherkennung.
- In der Anamnese empfiehlt es sich, das vergangene und aktuelle Essverhalten und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und Körpergewicht zu erheben, speziell wenn Auffälligkeiten wie Zyklusstörungen, Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten, Schwangerschafts-brechen, geringe Gewichtszunahme etc. auftreten. Diese können Hinweis auf eine aktuelle oder vergangene Essstörung sein.
- Bei Unfruchtbarkeit sollte eine Essstörung in Erwägung gezogen werden und vor Fruchtbarkeitsbehandlungen die Essstörung professionell behandelt werden.
- Um bei Müttern mit Essstörungen Problemen in der Mutter-Kind-Interaktion vorzubeugen, ist hier im Vorfeld – am besten schon in der Schwangerschaft – professionelle Hilfe anzubieten
- Bei Vorliegen einer Essstörung oder gestörten Essverhaltens sollte der Patientin die Inanspruchnahme von professioneller therapeutischer Hilfe nahe gelegt werden. Die Hotline für Essstörungen 0800 20 11 20 vermittelt bundesweit auf Essstörungen spezialisierte Beratungsstellen, Psychotherapeuten/innen und Psychologen/innen und berät auch Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit essgestörten Patientinnen.

■ Hilfestellungen für die geburtshilflich/gynäkologische Sprechstunde

Da ein Kardinalsymptom von Patientinnen mit Essstörungen in Scham und Schuldgefühlen und Verleugnung besteht, ist davon auszugehen, dass diese von sich aus ihr Symptom maskieren. Genauer Augenmerk ist daher auf ein sorgfältiges und genaues Nachfragen zu legen. Der Frauenarzt/die Frauenärztin hat eine wichtige Gatekeeper-Funktion für die Früherkennung inne, da dieser/diese häufig erste/r Ansprechpartner/in aufgrund menstruel-ler und endokrinologischer Veränderungen ist.

Die folgenden Fragen wurden von Bühlmann et al. [55] als wesentlich in der geburtshilflichen/gynäkologischen Praxis identifiziert:

- Wie oft wiegen Sie sich selbst?
- Wie oft fasten Sie pro Woche?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?
- Essen Sie heimlich?
- Nehmen Sie Diuretika oder Laxantien ein?
- Wie viele Stunden Sport treiben Sie pro Woche?
- Verletzen Sie sich selbst (z. B. durch Haare ausreißen, ritzen an den Armen)?

Hotline für Essstörungen

Gratishotline: 0800-20 11 20 Mo–Do von 12–17 Uhr

E-mail-Beratung: hilfe@essstoerungshotline.at

www.essstoerungshotline.at

Literatur:

1. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341: 1631–5.
2. Rathner G, Rainer B. Jährliche Behandlungszahlen und geschätzte Häufigkeit von Essstörungen in Österreich. *Wien Klin Wochenschr* 1997; 109: 275–80.
3. Misk K, Kehr H. Pubertätsmagersucht bei männlichen Patienten. In: Jacobi C, Thiel A, Paul T. Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1996.
4. Fichter M, Hoffmann R. Bulimie beim Mann. In: Jacobi C, Thiel A, Paul T. Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1996.
5. Krüger, Reich, Buchheim, Cierpka. Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In: Reich G, Cierpka M. Psychotherapie der Essstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 2001.
6. Polivy J, Hermann CP. Diagnosis and treatment of normal eating. *J Consult Clin Psychology* 1987; 55: 635–44.
7. Jacobi C, Thiel A, Paul T. Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1996.
8. Patton GC et al. Abnormal eating attitudes in London school-girls – a prospective epidemiology study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990; 20: 383–94.
9. Westenhöfer J. Gezieltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. In: Pudel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. Hogrefe, Göttingen, 1998.
10. Rathner G, Bönsch C. Schlankheitswahn, Frauenrolle und Essstörungen: Soziokulturelle Aspekte der modernen Frauenkrankheiten Anorexia und Bulimie. *Psychologie in der Medizin* 1992; 4: 18–22.
11. Dana M, Lawrence M. Die verschwiegene Krankheit. Heyne, 1990.
12. Dominé F, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Disordered eating behaviors: what about boys? *J Adolesc Health*. 2009; 44: 99–100.
13. Rathner G. Was Sie über Essstörungen wissen sollten. Netzwerk Essstörungen, Innsbruck, 1999.
14. Reich G, Cierpka M. Psychotherapie der Essstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 1997.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, 1994.
16. Habermas T. Essstörungen in der Adoleszenz. In: Oerter & Montada. Entwicklungspsychologie. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1995.
17. Klicpera C, Gasteiner-Klicpera B. Klinische Psychologie. WUV-Universitätsverlag, Wien, 1996.
18. Köhle K, Simons C, Jung K. Anorexia nervosa. In: Uexküll T. Psychosomatische Medizin. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1997.
19. Lohaus A. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und

Jugendalter. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1993.

20. Weber Ch. Das Dilemma des modernen Mannes. Westdeutscher Verlag, Oplaten/Wiesbaden, 1998.

21. Garner DM, Garfinkel PE. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med 1980; 10: 647–56.

22. Lacey JH. The treatment demand for Bulimia: a catchment area report of referral rates and demography. Psychiatric Bulletin 1992; 16: 203–5.

23. Möller HJ, Laux G, Deister A. Psychiatrie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1996.

24. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard AJ, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Nonas C. Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. Int J Eating Disorders 1992; 11: 191–203.

25. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. Int J Eating Disorders 1993; 13: 137–53.

26. Yanovski SZ. Binge eating disorder current knowledge and future directions. Obesity Res 1993; 1306–24.

27. Bruce B, Agras W. Binge eating in females: A population-based investigation. Int J Eating Disorders 1992; 12: 365–73.

28. Pudel V. Psychologische Aspekte der Adipositas - Prävention, Therapie und Gewichtserhaltung. In: Wechsler J. Adipositas - Ursachen und Therapie. Blackwell-Wissenschafts-Verlag, Berlin-Wien, 1998.

29. Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT, et al: Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. Int J Eat Disord 1991; 10: 627–9.

30. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity in obese patients. Addict Behav 1982; 7: 47–55.

31. Keefe PH, Wyshogrod D, Weinberger E, Agras S. Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: a preliminary report. Behav Res Ther 1984; 22: 319–21.

32. Marcus MD, Wing R, Hopkins J. Binge eating and dietary restraint in obese patients. Addict Behav 1988; 10: 163–8.

33. Telch CF, Agras WS, Rossiter EM. Binge eating with increasing adiposity. Int J Eat Disord 1988; 7: 115–9.

34. Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA, Howard LJ. Comparison of bulimics, obese, binge eaters, social phobics and individuals

with panic disorders on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. J Abnorm Psychology 1992; 101: 4675–81.

35. Buddeberg-Fischer B. Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, 2000.

36. Gerlinghoff M, Backmund H. Was sind Essstörungen? Beltz-Verlag, 2001.

37. Voracek M, Fisher ML. Shapely centre-folds? Temporal change in body measures: trend analysis. Br Med J 2002; 325: 1447–8.

38. Feingold A, Mazzella R. Gender differences in body image are increasing. Psychol Sci 1998; 9: 190–5.

39. Becker A. Television, Disordered Eating, and Young Women in Fiji. Negotiating Body Image and Identity during Rapid Social Change. Culture, Medicine and Psychiatry 2004; 28: 533–59.

40. De Zwaan M, Wimmer-Puchinger B, Baldaszi E. Essstörungen - Wie groß ist das Problem in Wien? Erhebung bei Wiener SchülerInnen. Unveröffentlichte Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit. 2000.

41. Hill JA et al. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. Br J Clin Psychol 1992; 31: 95–105.

42. Lask, Bryant-Waugh. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. J Child Psychol Psychiatr et al discipl 1992; 33: 281–300.

43. Langer M. Schlantheit – immer noch ein Ideal? Unveröffentlichte Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit Wien. Vortrag gehalten beim Essstörungskongress in Innsbruck, September 2005.

44. Karmasin Marktforschungs-Institut im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit. Die Wahrnehmung von Frauenbildern in den Medien aus der Sicht von Frauen in Österreich. 2007.

45. Bruch H. Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Mager-sucht. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main, 1996.

46. Bauer B, Anderson W, Hyatt R. Bulimie. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1994.

47. Oppenheimer R, Howells K, Palmer RL, Chaloner DA. Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders. A preliminary description. J Psychiatr Res 1985; 19: 357–61.

48. Hall RC, Tice TP, Beresford B, Wooley AK, Hall AK. Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. Psychosomatics 1989; 30: 73–9.

49. DeGroot JM, Kennedy S, Rodin G, McVey G. Correlates of sexual abuse in woman with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Can J Psychiatry 1992; 37: 516–8.

50. Statistik Austria. Zitiert im Frauengesundheitsbericht 2005.

51. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Kostenschätzung von Folgeerkrankungen bei Essstörungen. Unveröffentlichter Bericht im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit, 2000.

52. Slade P. Prospects for prevention. In: Szmkler G, Dare D, Treasure J (eds). Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. Wiley, New York, 1995; 385–8.

53. Rathner G. Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Essstörungen. Psycho 1996; 22: 179–87.

54. Micali N et al. Eating disorder symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders an obesity. J Psychosom Res 2007; 63: 297–303.

55. Bühlmann G et al. Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. Geburtsh Frauenheilk 2001; 61: 569–77.

56. Athey J. Medical Complications of Anorexia nervosa. Primary Care Update for OB/Gyns 2003; 10: 110–5.

57. Abraham S. Sexuality and Reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. J Psychosom Res 1998; 44: 491–502.

58. Bates GW et al. Reproductive failure in women who practice weight control. Fertility Sterility 1982; 37: 373.

59. Kirsch D. Die ultimative New York-Diät. Riva Verlag, 2007.

60. Fairburn CG, Welch SL. The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. Int J Eating Disord 1990; 9: 153–60.

61. Carter AS et al. Body Mass Index, Eating Attitudes and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. Psychosomatic Medicine 2000; 62: 264–70.

62. Cardwell M. Bulimia and Pregnancy. Primary Care Update for OB/Gyns 1995; 2: 98–9.

63. Kouba S et al. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. Obstet Gynecol 2005; 105: 255–60.

64. Stein A, Fairburn C. Eating Habits and Attitudes in the Postpartum Period. Psychosomatic Medicine 1996; 58: 321–5.

65. Conti J et al. Eating Behavior and Pregnancy outcome. J Psychosom Res 1997; 44: 465–77.

66. Franko D et al. Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 1461–6.

67. Cooper P et al. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorders: the role of the family environment. Br J Psychiatry 2004; 184: 210–5.

68. Little L, Lowkes E. Critical Issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. J Midwifery & Women's Health 2000; 45: 301–7.

69. Stein A et al. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. Br J Psychiatry 2006; 189: 324–9.

Mag. Michaela Langer

Klinische und Gesundheitspsychologin mit Schwerpunkt Frauengesundheit und seit 1998 in der Präventionsarbeit von Essstörungen in unterschiedlichen Funktionen tätig: wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung, psychologische Beraterin an der Hotline für Essstörungen und am Frauengesundheitszentrum F.E.M., Projektmanagerin für den Bereich „Psychische Gesundheit bei Frauen“ im Wiener Programm für Frauengesundheit. Laufend Vorträge und Teilnahmen an nationalen und internationalen Kongressen zu diesem Themenbereich.



Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)

Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

- ➔ [Journal für Gynäkologische Endokrinologie](#)
- ➔ [Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie](#)
- ➔ [Journal für Urologie und Urogynäkologie](#)
- ➔ [Speculum](#)

Besuchen Sie unsere Rubrik ☒ [Medizintechnik-Produkte](#)



CTE2200-Einfriersystem
MTG Medical Technology
Vertriebs-GmbH



C200 und C60 CO₂-Inkubatoren
Labotect GmbH



Hot Plate 062 und Hot Plate A3
Labotect GmbH



OCTAX Ferti Proof-Konzept
MTG Medical Technology
Vertriebs-GmbH