



© elemarui - 123rf.com

Orthorexie: Ab wann wird gesund ungesund?

Nina Gleich

Orthorexia nervosa wird – neben Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung – als eine weitere Variante der bisher klassifizierten Essstörungen diskutiert. Dabei bezeichnet Orthorexie die „Fixierung auf eine nach subjektiven Vorstellungen gesunde Ernährungsweise“ [1]. Betroffene beschäftigen sich andauernd und übermäßig mit gesunder Ernährung und vermeiden unter allen Umständen ihrem Verständnis nach „ungesundes Essen“. Ein weiteres Kennzeichen ist die Überbewertung gesundheitsfördernder Effekte von Lebensmitteln.

Die individuelle Ausprägung folgt dabei keinem einheitlichen Regelkonstrukt [2]. Teilweise werden die zehn Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) extrem ausgelegt, es kommt zum Ausschluss einzelner Lebensmittelgruppen (z. B. Fleisch, Milchprodukte) oder zum ausschließlichen Verzehr, zum Beispiel von Gemüse. Manche Betroffene verzichten auf Zusatzstoffe (z. B. Konservierungsstoffe), andere konsumieren gezielt vermeintlich gesundheitsfördernde Lebensmittel (z. B. Probiotika) oder bestimmte Kombinationen davon. Auch der Fokus auf bestimmte (Bio-)Siegel oder ausgewählte Zuberei-

tungsverfahren wird beobachtet. Als Gemeinsamkeit ist zu nennen, dass die Lebensmittelauswahl fortwährend reduziert wird und die individuellen Regeln strenger werden.

Definition

Der Begriff Orthorexia nervosa (ON) leitet sich ab vom griechischen Wort orthós (richtig, korrekt) sowie von órexis (Appetit). Die Wortneuschöpfung wurde erstmals 1997 vom amerikanischen Arzt Steven Bratman in Anlehnung an den Begriff Anorexia nervosa verwendet [3].

Ein Zusammenschluss aus internationalen Orthorexia-nervosa-Forscherinnen und -Forschern veröffentlichte im Jahr 2019 eine zusammenfassende Definition aus allen bis dato verfügbaren Publikationen. Orthorexia nervosa wird demnach als sorgenvolle Beschäftigung mit gesunder Ernährung definiert. Die Gedanken von betroffenen Personen sind durch das Thema stark eingenommen, was eine persistierende Beunruhigung und stereotypes Verhalten zur Folge hat [4].

Diagnostik

Bislang ist Orthorexia nervosa weder im internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten (ICD-11) noch im Klassifikationssystem der Vereinigten Staaten von Amerika (DSM-5) gelistet. Orthorexia nervosa wird daher aktuell nicht als eigenständige Störung betrachtet. Insbesondere Überlappungen mit anderen Essstörungen, Zwangsstörungen und Angststörungen erschweren eine Abgrenzung des Phänomens und sorgen in der Fachwelt für zum Teil kontroverse Diskussionen. Einige Wissenschaftler sehen die Orthorexia nervosa als Vorstufe beziehungsweise Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung oder einer Zwangsstörung.

Einheitliche Diagnosekriterien fehlen bisher, was konkrete Aussagen zur Prävalenz, Ätiologie und zu wirksamen Therapieoptionen erschwert. Es existieren verschiedene Vorschläge zur Diagnostik (siehe Infokasten Screening-Instrumente), unter anderem der Bratman Orthorexie-Selbsttest BOT [5], der ORTO-

15-Test [6], die Düsseldorfer Orthorexie-Skala DOS [7] sowie der Eating Habits Questionnaire EHQ [8]. Kritik besteht gegenüber dem BOT und ORTO-15 aufgrund häufiger falsch-positiver Ergebnisse beziehungsweise der fehlenden Validierung bei Einhaltung der vorgeschlagenen Cut-offs [9–11].

Eine grundlegende Neuerung beinhaltet die Teruel Orthorexia Skala TOS [12], in der gesundheitsbewusstes Essverhalten in „Orthorexia nervosa“ und „Healthy Orthorexia“ unterteilt wird. Letzteres beschreibt ein nicht-pathologisches Interesse an gesunder Ernährung und wird eher als eine Art Lebensstil als ein Leidensdruck verursachendes Verhalten beschrieben.

Abgrenzung zu Essstörungen

Im Gegensatz zu den bisher klassifizierten Essstörungen steht bei der Orthorexia nervosa nicht die Quantität, sondern die

Screening-Instrumente

Bratman Orthorexie-Selbsttest BOT [5]

Die folgenden zehn dichotomen Fragen werden jeweils mit ja oder nein beantwortet. Bei zwei bis drei bejahten Fragen sieht Bratman das Risiko für eine Orthorexia nervosa als erhöht an. Ab der vierten Zustimmung wird das Essverhalten als orthorektisch eingestuft.

- Denken Sie mehr als drei Stunden am Tag über Ihre Ernährung nach?
- Planen Sie Ihre Mahlzeiten mehrere Tage im Voraus?
- Ist Ihnen der ernährungsphysiologische Wert Ihrer Mahlzeit wichtiger als die Freude an deren Verzehr?
- Hat die Steigerung der angenommenen Lebensmittelqualität zu einer Minderung Ihrer Lebensqualität geführt?
- Sind Sie in letzter Zeit strenger mit sich geworden?
- Steigert sich Ihr Selbstwertgefühl durch gesunde Ernährung?
- Verzichten Sie auf Lebensmittel, die Sie früher gerne gegessen haben, um nun „richtige“ Lebensmittel zu essen?
- Haben Sie durch Ihre Essgewohnheiten Probleme auszugehen und distanzieren Sie sich dadurch von Freunden und Familie?
- Fühlen Sie sich schuldig, wenn Sie von Ihrer Diät abweichen?
- Fühlen Sie sich glücklich und unter Kontrolle, wenn Sie sich gesund ernähren?

ORTO-15-Fragebogen beziehungsweise ORTO-9-GE auf Deutsch [13]

Auf Basis des Bratman-Selbsttests wurde der ORTO-15-Test entwickelt. Die 15 Fragen werden dabei anhand einer vierstufigen Skala (immer, häufig, manchmal, nie) beantwortet. Je weniger Punkte erreicht werden, umso stärker liegt orthorektisches Verhalten vor. Für die deutsche Version wurden nach einer statistischen Analyse sechs Fragen für mehr Aussagekraft aus dem Test entfernt. Zuletzt erfuhr der Fragebogen in englischer Sprache mit dem ORTO-R ein Up-

date und enthält nur noch sechs Items. Damit verbesserten sich die psychometrischen Eigenschaften [14] und somit die Aussagekraft der Ergebnisse.

Düsseldorfer Orthorexie-Skala DOS [7, 15]

Die in Deutschland von Barthels et al. konstruierte Skala umfasst zehn Aussagen, welche auf einer vierstufigen Skala von „trifft nicht auf mich zu“ (1 Punkt) bis „trifft auf mich zu“ (4 Punkte) eingestuft werden. Ab einem Ergebnis von 30 Punkten wird von Orthorexia nervosa gesprochen.

- Dass ich gesunde Nahrungsmittel zu mir nehme, ist mir wichtiger als Genuss.
- Ich habe Ernährungsregeln aufgestellt.
- Ich kann Essen/Nahrungsmittel nur genießen, wenn ich sicher bin, dass sie gesund sind.
- Eine Einladung zum Essen bei Freunden versuche ich zu vermeiden, wenn sie nicht auf gesunde Ernährung achten.
- Ich finde es positiv, mehr als andere Menschen auf eine gesunde Ernährung zu achten.
- Wenn ich etwas Ungesundes gegessen habe, mache ich mir große Vorwürfe.
- Ich habe das Gefühl, dass ich wegen meiner strengen Ernährungsmaßstäbe von Freunden und Kollegen ausgegrenzt werde.
- Meine Gedanken kreisen ständig um gesunde Ernährung und ich richte meinen Tagesablauf danach aus.
- Es fällt mir schwer, gegen meine Ernährungsregeln zu verstoßen.
- Wenn ich etwas Ungesundes gegessen habe, fühle ich mich niedergeschlagen.

Eating Habits Questionnaire (EHQ) [8]

Der EHQ-Fragebogen besteht aus 21 Items, die auf einer vierstufigen Skala von „false“ bis „very true“ Kognition, Verhalten und Emotionen in Bezug auf extremen Gesundheitsfokus beim Essen abfragen. Je höher das Ergebnis ausfällt, umso wahrscheinlicher ist eine Orthorexia nervosa [9]. Der Fragebogen ist bisher nicht auf Deutsch verfügbar.



Qualität des Essens im Vordergrund. Somit ist der Gewichtsverlust in den meisten vorgeschlagenen Diagnosekriterien [2, 16] keine primäre Motivation. Eine klare Trennung erscheint dennoch schwierig, da gesundheitliche Ideale meist eng verknüpft sind mit bestimmten Vorstellungen zum Körpergewicht und Körperfettanteil [17]. Der Wunsch zur Vermeidung ungesunden Übergewichts und damit einhergehend der Verzicht auf hochkalorische Kost könnte somit auch bei der Orthorexia nervosa im Sinne der Gewichtsregulation eine Rolle spielen. Primär charakterisiert ist die Orthorexia nervosa jedoch durch überwertige Ideen bezüglich der Wirksamkeit und gesundheitsfördernder Effekte von Lebensmitteln [15]. Eine rigide Nahrungsmittelauswahl und die schrittweise Reduktion der „erlaubten“ Lebensmittel sind Kriterien, die sowohl bei der Orthorexia nervosa als auch der Anorexia nervosa beobachtet werden [9].



© dmitrydemidovich - 123rf.com

Prävalenz

Je nach verwendeten Fragebögen fällt die Prävalenzrate unterschiedlich aus und liegt in aktuellen Publikationen zwischen 2,3 Prozent bis 6,9 Prozent [18, 19]. Orthorektische Tendenzen im Essverhalten zeigen dagegen knapp 70 Prozent der Bevölkerung [13]. Eine klare Benennung erweist sich aufgrund der fehlenden eindeutigen Diagnostizierbarkeit und diverser Screening-Instrumente mit unterschiedlichen Cut-offs als schwierig. Die zum Teil hohen Prävalenzraten legen nahe, dass die Ergebnisse der Fragebögen eher auf ein hohes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung hindeuten, als auf pathologisches Essverhalten. Die angegebenen Zahlen für Deutschland sind im Vergleich zu anderen Ländern eher niedrig [19].

Demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand werden im Zusammenhang mit orthorektischem Essverhalten diskutiert. Für Geschlecht, Alter und BMI konnten bislang keine eindeutigen Unterschiede festgemacht werden [9]. Menschen mit niedrigerem Bildungsstand und depressiver Symptomatik scheinen häufiger von Orthorexia nervosa betroffen zu sein [18]. Zudem zeichnen sich eine vegetarische oder vegane Ernährung sowie restriktives Essverhalten zur Gewichtsabnahme als weitere Risikofaktoren ab [9, 18, 20, 21]. Aufgrund der ähnlichen zugrunde liegenden Lebensmittelauswahl ist eine gesunde Ernährung jedoch teilweise schwer von Diätverhalten mit Abnahmeziel abzugrenzen [15].

Eine Stichprobe unter Ernährungsfachkräften zeigte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutlich erhöhte Prävalenzrate von 12,8 Prozent, weitere 34,9 Prozent wiesen ortho-

rektische Tendenzen im Essverhalten auf [10]. Die Verlässlichkeit dieser Zahlen ist jedoch infrage zu stellen, da für die Erfassung der Bratman-Selbsttest verwendet wurde. In diversen Untersuchungen unter Studierenden der Ernährungswissenschaft wurden keine Unterschiede zu Studierenden anderer Fachdisziplinen festgestellt [13, 21].

Zusammenfassend sei an dieser Stelle erneut kritisch angemerkt, dass die Studienlage zur Prävalenz und zu möglichen Risikogruppen aufgrund invalider Messinstrumente sehr uneinheitlich ist.

Ursachen

Befragungen unter Personen, die sich selbst als orthorektisch einstufen, zeigen zwei primäre Entstehungswege auf: Zum einen werden, wie aus der Ätiologie der Essstörungen bekannt, biopsychosoziale Faktoren genannt. Dazu zählen zum Beispiel bereits bestehende gastrointestinale Probleme, empfundener Druck sich gesund zu ernähren oder besondere Lebensereignisse, wie beispielsweise traumatische Erlebnisse [22]. Möglicherweise stellt orthorektisches Ernährungsverhalten einen Bewältigungsversuch für Krankheitsängste dar oder eine strenge Diät wird im Selbstversuch zur Linderung wahrgenommener Symptome eingesetzt. Weiterhin wird die Entwicklung einer Orthorexia nervosa bei Personen mit diversen Nahrungsmittelunverträglichkeiten beobachtet [13]. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale scheinen die Entwicklung einer Orthorexia nervosa zu begünstigen. Dazu zählen Perfektionismus, Rigidität, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit [23].



© antoniojulien - 123rf.com

Zum anderen wurden widersprüchliche und damit verunsichernde Ergebnisse bezüglich gesunder Ernährung im Internet als ausschlaggebend identifiziert [22]. Diese Theorie wird durch die Beobachtung gestützt, dass mit einer häufigeren Nutzung von Instagram erhöhte Orthorexia-nervosa-Werte auftreten [24]. Durch die sozialen Medien ist (besonderes) Essverhalten für viele allgegenwärtig. Auf der Suche nach Vereinfachung eines Überangebots an Informationen entwickelten Betroffene dichotome Kategorien wie „erlaubt“ und „verboten“ [25].

Die meisten Betroffenen geben zudem an, in der Vergangenheit an ernährungsbezogenen und/oder psychischen Problemen gelitten zu haben [1].

Symptomatik

Orthorektisches Essverhalten wird mit psychischen und sozialen Belastungen assoziiert [2]. Diese Belastungen werden jedoch eingangs selten als Leidensdruck empfunden. Es kann sich zunächst sogar ein Überlegenheitsgefühl der Betroffenen entwickeln [3].

Die Symptomatik beinhaltet dabei sowohl Aspekte, die typisch für Essstörungen sind (z. B. die dichotome Einteilung von Lebensmitteln in „gut“ und „böse“), als auch Anzeichen, die bei Zwangsstörungen beobachtet werden (z. B. das Auftreten von Schuldgefühlen, wenn von den eigenen Ernährungsregeln abgewichen wird) [1].

Als typisches Merkmal der Orthorexia nervosa gilt, dass der gesundheitliche Wert der Speisen für Betroffene wichtiger ist als das Essvergnügen. Bestimmte, mit Genuss verbundene Gerichte oder Lebensmittel werden nicht mehr gegessen, weil andere Lebensmittel vermeintlich gesünder sind. Damit sinkt die Zahl der individuell erlaubten Nahrungsmittel kontinuierlich



© iudmilachemiska - 123rf.com

und umfasst schließlich nur noch sehr wenige Lebensmittel. Welche dies sind, ist individuell stark verschieden und die Regeln lassen sich mit dem allgemeinen Verständnis von gesunder Ernährung häufig nicht erklären. Auf dem Teller landen vorrangig unverarbeitete Lebensmittel, die von Betroffenen als „rein, richtig, sicher“ beschrieben werden [4].

Fallbeispiel (nach [15])

Die 26-jährige normalgewichtige Studentin, Frau R., versucht sich nach eigenen Angaben „gesund“ und „richtig“ zu ernähren. Sie beschreibt ihr Essverhalten als zwanghaft und berichtet, dass sie sich nach einem strengen, selbst entwickelten Zeitplan und komplexen Regeln ernähre. Darin sei festgelegt, wann sie welche Lebensmittel in welcher Kombination zu sich nehmen dürfe. Frühstück und Mittagessen sollen überwiegend aus Kohlenhydraten bestehen, während diese abends verboten seien. Morgens esse sie meist Haferflocken und Trockenobst, mittags Vollkornbrot mit Käse und abends schonend gegartes Gemüse und Fisch. Zur Zubereitung verwende sie einen speziellen Topf, in dem Gemüse ohne zusätzliches Fett oder Wasser gegart werden könne. Sie beschreibt, dass nach ihren Ernährungsregeln Eiweiß aus Fleisch und Mehl nicht kombiniert werden dürfen, weshalb sie beispielsweise kein Brot mit Wurst essen dürfe. Sie verzichte auf Weizenmehl, esse Algen wegen des hohen Jodgehaltes und mache regelmäßig Vitaminkuren. An einem Wochentag verzichte sie auf raffinierten Zucker und überlege, dies auf mehrere Tage der Woche auszudehnen. Um ausreichend zu trinken habe sie festgelegt, einmal in der Stunde ein Glas Wasser zu sich zu nehmen. Unterwegs versuche sie durch Zählen der getrunkenen Schlucke herauszufinden, ob die Menge ausreichend ist. Zu den Mahlzeiten dürfe sie grundsätzlich nichts trinken, um die Verdauungssäfte nicht zu verdünnen. Sie sei ständig auf der Suche nach der richtigen Ernährungsweise, um ihrem Körper eine optimale Verdauung der Nahrung zu ermöglichen und eine bestmögliche Aufnahme der Nährstoffe zu gewährleisten. Sie informiere sich deshalb nicht nur in Büchern und im Internet über neue Empfehlungen zur gesunden Ernährung, sondern frage auch Ärzte und Apotheker um Rat. Als Motive für ihr Ernährungsverhalten nennt Frau R. den Wunsch, gesund zu leben, gesunde Kinder zu bekommen und anderen (insbesondere ihrem Ehemann) eine gesunde Ernährungsweise beizubringen. Gewichtsregulation spiele für sie keine Rolle.

Zur Entwicklung ihres Ernährungsverhaltens berichtet Frau R., dass ihre Eltern stark übergewichtig seien und ihre Mutter sich permanent mit Diäten beschäftige habe, insbesondere mit dem Trennkostprinzip. Zudem hätten ihre Eltern ihr oft unterstellt, sie habe nicht genügend gegessen, wenn sie abends nach Hause kamen und ihrer Meinung nach nicht genug im Topf mit vorgekochtem Essen fehlte. Nach dem Empfinden von Frau R. lag in der Familie schon früh der Fokus auf Ernährung – einerseits durch die ständigen Diätversuche ihrer Mutter, andererseits durch häufige Kritik an ihrem Essverhalten. Im Laufe der Pubertät habe sie dann die Idee entwickelt, sich „zumindest richtig zu ernähren“, da ihre Eltern immer der Meinung gewesen seien, dass sie alles falsch mache. Aktuell würde sie gerne konsequenter und häufiger zucker- und salzfreie Tage einlegen. Sie habe das Gefühl, immer noch nicht „die richtige“ Ernährungsweise gefunden zu haben. Auf die Frage, ob ihr Ernährungsverhalten sie belaste, antwortet sie, dass sie diesbezüglich unsicher sei. Für sich alleine spüre sie keine Beeinträchtigung, sie interessiere sich einfach für das Thema Ernährung und beschäftige sich gerne damit. Andererseits empfinde sie es in Bezug auf ihre Mitmenschen schwierig. Sie könne Einladungen nur schwer ablehnen, da sie den anderen gerne alles recht machen möchte. So traue sie sich nur nahen Verwandten oder Freunden zu sagen, was beziehungsweise wo sie essen kann und wo nicht. Sie fühle sich dann häufig unwohl. In ihrer Partnerschaft sei ihre besondere Ernährungsweise kein Problem. Ihr Mann akzeptiere es und auch wenn sie gerne hätte, dass er sich gesünder ernähre, lasse sie ihm seine Freiheiten und akzeptiere, wenn er etwas in ihren Augen Ungesundes esse. Abschließend berichtet sie, dass sie ihr Ernährungsverhalten hin und wieder als einschränkend empfinde und stets befürchte, die perfekte Ernährungsweise noch nicht gefunden zu haben. Grundsätzlich verspüre sie jedoch kein Bedürfnis, weniger rigide mit ihrer Ernährung umzugehen.



Die Charakteristika der Orthorexia nervosa sind:

- Gefühl der totalen Selbstkontrolle bei Einhaltung des Speiseplans
- gesellschaftliche Isolation durch stark eingeschränktes Essverhalten
- intensive, sorgenvolle Beschäftigung mit der Essensplanung, persistierende Beunruhigung und stark eingenommene Gedanken
- immer auf der Suche sein nach noch „gesünderen“ Lebensmitteln, um diese in die Ernährung einzubauen

Durch diese intensive Auseinandersetzung und der damit verbundenen Bewertung von Nahrungsmitteln fallen immer mehr Lebensmittel aus dem Speiseplan, da diese den strengen und selbst auferlegten Kriterien nicht mehr entsprechen.

Gesundheitliche Folgen

Neben Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich, wie dem sozialen Rückzug oder der Beeinträchtigung von familiären und freundschaftlichen Beziehungen [22, 25], stellen gesundheitliche Folgen einen bedeutsamen Faktor dar.



© biasiewicz - 123rf.com

Aufgrund der einseitigen Ernährung treten Mangelerscheinungen auf. Eine (zu) hohe Ballaststoff- und/oder Eiweißzufuhr kann gastrointestinale Beschwerden hervorrufen [22, 25]. Ergibt sich durch die individuellen Ernährungsregeln eine zu geringe Energiezufuhr, folgen Konzentrations- und Schlafstörungen sowie ein Schwächegefühl mit verminderter Leistungsfähigkeit [22, 25, 26]. Zudem kann es zur Gewichtsabnahme mit den aus der Anorexie bekannten Konsequenzen kommen (u. a. Amenorrhoe, Erektionsstörungen und Libidoverlust). Manche Betroffene beschreiben das Auftreten von Essanfällen, teilweise gefolgt von kompensatorischen Maßnahmen [22, 25].

Therapieoptionen

Behandelt wird die Orthorexia nervosa nach aktuellem Kenntnisstand wie Essstörungen oder andere zugrunde liegende Störungsbilder. Das Ziel der Therapie ist eine Normalisierung des Essverhaltens, das Ausfindigmachen der tieferliegenden Ursachen für die Entwicklung der Störung und – soweit vorhanden – das Beheben von Mangelzuständen.

Die Mehrheit der Behandlungsempfehlungen orientiert sich an einer multidisziplinären Kombination aus verhaltenstherapeuti-

schen, psychodynamischen und ernährungstherapeutischen Ansätzen [27]. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung soll den tieferliegenden Ursachen, wie zum Beispiel einem niedrigen Selbstwertgefühl, auf den Grund gegangen werden. Hierfür wird häufig die Biografie der/des Betroffenen aufgearbeitet. Zudem stellt die Bearbeitung der zwanghaften Verhaltensweisen einen wichtigen Baustein dar [23].

Die Therapie einer Orthorexia nervosa kann ambulant erfolgen, wenn das veränderte Ernährungsverhalten noch nicht weit fortgeschritten ist. Eine stationäre Therapie ist dann ratsam, wenn beispielsweise eine Mangelernährung, ein erheblicher Gewichtsverlust bis hin zur Unterernährung oder andere Folgeerkrankungen, beispielsweise Hyponatriämie oder Bradykardie, auftreten. Da Orthorexia-Betroffene überzeugt sind sich „gesund“ zu ernähren, ist zu Beginn mit einer erschwerten Behandlungsaufnahme und wenig Veränderungsbereitschaft zu rechnen. Fallberichte zu Leidensdruck und körperlichen Mangelerscheinungen lassen die Behandlungsbedürftigkeit erahnen.

Rolle der Ernährungsberatung

Durch den Wunsch nach mehr Ernährungswissen seitens der Betroffenen entsteht der Erstkontakt möglicherweise über die Ernährungsberatung. Dieser kommen dann in der Regel zwei Rollen zu: Zum einen geht es mithilfe von Psychoedukation um Information und Aufklärung, zum anderen geht es um das Erarbeiten von Veränderungen in der Gestaltung des Essverhaltens.

Parallel zur Psychotherapie kann in der Ernährungstherapie an konkreten Veränderungen des Essverhaltens gearbeitet werden. Ziel ist es, ein normales, bedürfnisorientiertes Essverhalten aufzubauen und Genuss und Freude am Essen wiederzufinden. Bei einem ausgeprägten Untergewicht ist die Zunahme in einen gesunden Gewichtsbereich indiziert. Dabei ist mit Ambivalenz und Widerstand zu rechnen. Prinzipien des Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick [28], wie eine wertschätzende Sprache, aktives Zuhören und die Vermittlung von Zuversicht, können die Behandlungsmotivation fördern.

Je nach Krankheitseinsicht, Ausprägungsgrad der Ängste und Zwänge, die mit der Erkrankung einhergehen und der Veränderungsmotivation, muss es in der Ernährungstherapie um unterschiedliche Inhalte gehen. Sind Betroffene skeptisch bezüglich der Beratung (z. B. vom Therapeuten „geschickt“) oder formulieren große Ängste vor Veränderungen, sollen zunächst Informationen zum Beratungsprozess gegeben, Fragen geklärt und mögliche Inhalte aufgezeigt werden. Da Motivation zur Beratung nicht automatisch Motivation zur Veränderung bedeutet, muss zusammen erarbeitet werden, zu welchen Schritten Betroffene zu diesem Zeitpunkt bereit sind. Sind Veränderungsschritte noch zu angstbesetzt, kann es im Rahmen einer Psychoedukation sinnvoll sein, zuerst über die Beweggründe des aktuellen Essverhaltens zu sprechen und dazu mögliche Fragen zu beantworten, Ernährungswissen zu vermitteln und gegebenenfalls Mythen aufzuklären. Als Grundlage dazu dient eine ausführliche Ernährungsanamnese mit Erhebung des aktuellen Ernährungsstatus. Mithilfe einer Liste, die alle verbotenen Lebensmittel und ernährungsbezogenen Regeln (z. B. Zubereitungsarten, Lebensmittelkombinationen, Uhrzeiten) enthält, entsteht ein Überblick

über die gelebten Einschränkungen und daraus möglicherweise resultierende Mangelzustände.

Entschließen sich Betroffene, Veränderungsschritte zuzulassen, kann diese Liste als Grundlage für die Konfrontation mit Ängsten dienen [2]. Anhand eines Essprotokolls kann verdeutlicht werden, wie intensiv sich eine Fehl- oder Mangelernährung bereits zeigt. Je nachdem, wie aufgeschlossen Betroffene Informationen bei der Besprechung des Essprotokolls aufnehmen, kann das weitere Vorgehen gemeinsam geplant werden.



© milkos - 123rf.com

Da die Ausprägung des orthorektischen Essverhaltens sehr unterschiedlich ist, muss im Beratungsgespräch erarbeitet werden, wo die individuelle Motivation zur Veränderung liegt. Dabei ist es sinnvoll zu erfragen, wo Betroffene selbst den größten Leidensdruck erleben und welche Essmuster und Symptome sie als belastend empfinden. Darauf aufbauend können Strategien zur Veränderung erarbeitet werden. In welchen Schritten und in welcher Reihenfolge es um den Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur, die Zufuhr einer bedarfsdeckenden Energiemenge, die Integration von verbotenen Lebensmitteln und das Umgestalten von symptomatischen Essmustern gehen soll, muss mit dem/der Betroffenen gemeinsam erarbeitet werden.

In diesem Prozess sollen Fehlwissen, Ernährungsmythen und individuelle Annahmen zur vermeintlichen Gesundheitswirkung einzelner Lebensmittel(-zusatzstoffe) immer wieder geduldig korrigiert werden. Die dabei formulierten Fragen und Ängste müssen ernst genommen und anhand von offiziellem Informationsmaterial gemeinsam hinterfragt werden. Hilfreich kann zudem die Korrektur von Wahrscheinlichkeitseinschätzungen sein (Wie wahrscheinlich ist es, dass mich diese eine ungesunde Mahlzeit krank macht?) [2].

Idealerweise erfolgt die Ernährungstherapie in Abstimmung mit der Psychotherapie, um eine Überforderung der Betroffenen zu vermeiden und überschneidende Problembereiche (z.B. zwanghaftes Verhalten, Strategien zur Verhaltensmodifikation, Emotionsregulation) gut abzustimmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Umgang mit Orthorexie-Betroffenen in der Ernährungstherapie genauso ablaufen soll wie mit anderen Essstörungspatienten: Mittels einer wertschätzenden Grundhaltung werden ihre Sorgen ernst genommen und gemeinsam hinterfragt. Schrittweise kann eine Mahlzeitenstruktur aufgebaut, bedarfsgerechte Mengen kennengelernt und durch Expositionen mit angstbehafteten Lebensmitteln die Nahrungsmittelauswahl erweitert werden.

Fazit

Das potenzielle Störungsbild der Orthorexie ist gekennzeichnet durch eine andauernde gedankliche Beschäftigung mit gesunder Ernährung und dem ausschließlichen Konsum von subjektiv als gesund eingestuften Lebensmitteln. Auch wenn die Forschung zu Orthorexia nervosa in den vergangenen Jahren zugenommen hat, erschweren insbesondere fehlende einheitliche Screening-Instrumente valide Aussagen zu Prävalenz, Ätiologie und Therapie. Eine klare Einordnung des potenziellen Störungsbilds und die Entwicklung zuverlässiger Diagnose-tools sind daher wünschenswert.

Dank

Mein Dank gilt dem Ernährungsteam von TheraTeam München, insbesondere Vera Baumer.

Meine Empfehlung für funktionierende Abwehrkräfte*



Resitadin[®] daily
Immun*

Was macht **Resitadin daily Immun*** so besonders?

Das neuartige Immunpräparat **Resitadin daily Immun** unterstützt die körpereigene Immunabwehr auf gleich 2-fache Weise:



Das größte Immunorgan des Körpers – der Darm und sein Mikrobiom – wird mit einer speziellen Auswahl von 12 probiotischen Bakterien versorgt – und das jeden Tag.



Zur Ergänzung einer gesunden Ernährung liefert **Resitadin daily Immun** alle Vitamine sowie viele Mineralstoffe und Spurenelemente, die das Immunsystem jeden Tag benötigt.*

Resitadin daily Immun

Zur nutritiven Unterstützung des Immunsystems*

Nur 1 x täglich eine Kapsel | 2-Monatspackung

PZN 18747975 | Neu in Ihrer Apotheke

www.resitadin.de



*Enthält unter anderem Eisen, Folat, Kupfer, Selen und Zink, die zu einer normalen Funktion des Immunsystems beitragen.



Literatur

1. Barthels F. New developments in orthorexia research: Use of social media, Healthy Orthorexia and testimonials from affected individuals. *Ernaehrungs Umschau* 2023; 70(3): 36–40
2. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic Eating Behaviour: A new Type of disordered Eating. *Ernaehrungs Umschau* 2015; 62(10): M568–M573
3. Bratman S. Health food junkie. *Yoga J* 1997; (September/October): 42–50
4. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord* 2019; 24(2): 209–246
5. Bratman S, Knight D. *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000
6. Donini LM, Marsili D, Graziani MP et al. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005; 10(2): e28–32
7. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Die Düsseldorfer Orthorexie Skala: Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2015; 44(2): 97–105
8. Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring "Orthorexia." Development of the Eating Habits Questionnaire, 2013
9. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools – A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(10): 5488
10. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C et al. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom* 2006; 75(6): 395–396
11. Meule A, Holzappel C, Brandl B et al. Measuring orthorexia nervosa: A comparison of four self-report questionnaires. *Appetite* 2020; 146: 104512
12. Barrada JR, Roncero M. Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *AN PSICOL-SPAIN* 2018; 34(2): 283
13. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V et al. When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS One* 2015; 10(8): e0135772
14. Rogoza R, Donini LM. Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15: Based on the re-assessment of original data. *Eat Weight Disord* 2021; 26(3): 887–895
15. Barthels F. *Orthorektisches Ernährungsverhalten: Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild* [Inaugural-Dissertation]. Heinrich Heine Universität Düsseldorf, 2014
16. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors* 2016; 21: 11–17
17. Bratman S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord* 2017; 22(3): 381–385
18. Luck-Sikorski C, Jung F, Schlosser K et al. Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eat Weight Disord* 2019; (2): 267–273
19. Greetfeld M, Hessler-Kaufmann JB, Brandl B et al. Orthorexic tendencies in the general population: association with demographic data, psychiatric symptoms, and utilization of mental health services. *Eat Weight Disord* 2021; 26(5): 1511–1519
20. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eat Weight Disord* 2018; 23(2): 159–166
21. Depa J, Schweizer J, Bekers S-K et al. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord* 2017; 22(1): 193–199
22. Valente M, Brenner R, Cesuroglu T et al. "And it snowballed from there": The development of orthorexia nervosa from the perspective of people who self-diagnose. *Appetite* 2020; 155: 104840
23. Klotter C, Depa J, Humme S. *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa: Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Wiesbaden: Springer; 2015
24. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2017; 22(2): 277–284
25. McGovern L, Gaffney M, Trimble T. The experience of orthorexia from the perspective of recovered orthorexics. *Eat Weight Disord* 2021; 26(5): 1375–1388
26. Oberle CD, Klare DL, Patyk KC. Health beliefs, behaviors, and symptoms associated with orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2019; 24(3): 495–506
27. Strahler J. Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? *Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Psychotherapeutenjournal* 2018; 1: 20–26
28. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*, 3rd edition. New York: Guilford Press; 2013

Nina Gleich, B. Sc. Ernährungsmanagement und Diätetik, zertifizierte Ernährungsberaterin/DGE, Ernährungstherapeutin für Essstörungen bei TheraTeam
E-Mail: Gleich@therateam.info