

<http://www.adhs.ch/add/essstoerungen.htm>

ADHS bei Essstörungen: Binge-eating Disorder, Bulimie und Anorexie

von [M. Winkler](#) u. [P. Rossi](#)

Die folgenden Überlegungen beziehen sich auf einen hypothetischen Zusammenhang von ADHS und dysfunktionalen Selbstheilungsversuchen (Selbstmedikations-Hypothese) von Symptomen wie innerer Unruhe oder Konzentrationsstörungen im Bereich der Essstörungen. Sie stammen massgeblich von der Amerikanerin Wendy Richardson, die sie in ihrem Buch A.D.D. & Addiction schildert. Sie beziehen sich natürlich nicht auf alle Aspekte, Hintergründe und Ursachen von Essstörungen, sondern nur auf die allenfalls möglichen Verbindungen zu ADHS.

Bisher finden sich noch wenig Untersuchungen, die einen möglichen Zusammenhang zwischen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen und einer ADHS wissenschaftlich aufgreifen. Millstein beschreibt bei Frauen mit ADHS ein vermehrtes Auftreten von Depressionen, Bulimia nervosa und einfachen Phobien (Millstein, 1998).

Rucklidge (1998) fand bei einer Untersuchung von 102 Frauen psychologische Unterschiede bei einer Gruppe von ADHS-Patientinnen und einer Kontrollgruppe (Durchschnittsalter: 41 Jahre).

Neben einem erhöhten Auftreten von depressiven Störungen, Angstgefühlen sowie erhöhtem Anspannungsniveau und Stressempfindlichkeit nahmen die ADHS-Frauen mehr Psychotherapien in Anspruch. Sie fielen durch eine externale Kontrollüberzeugung (externaler locus of control) und geringere emotionale Copingmöglichkeiten und Problemlösefähigkeiten auf.

Dies sind nun aber wesentliche Kriterien, die zur Entwicklung psychischer Störungen führen können und u.a. auch eine Essstörung mit beeinflussen könnten.

Diese Thematik ist u.E. deshalb so relevant, weil sich gerade bei Frauen die Symptome der ADHS oftmals nicht so offensichtlich zeigen und nur nach genauester Exploration, gezielter Nachfrage und Nachexploration (z.B. Zeugnisse, Lehrerberichte, Eltern etc.) angegeben werden.

Hierbei imponieren nicht selten nur eine vermehrte Ablenkbarkeit bzw. Tagträumerei, keinesfalls aber zwingend Schulleistungsprobleme in der Grundschule.

Aufgrund einer Wechselwirkung mit Oestrogen treten häufig erst nach der Pubertät klinische Symptome der ADHS in den Vordergrund, was z.B. durch ein unerklärliches Schulversagen in der Oberstufe bei der sonst so strebsam-perfektionistischen Schülerin auffallen könnte (Berry, 1995; Fink, 1996).

Vermutlich existiert daher eine beträchtliche Dunkelziffer von unerkannten ADHS im Bereich von Patientinnen mit Essstörungen (Heiligenstein, 1995).

Möglicherweise stehen auch eingeschränkte kognitive Fähigkeiten bzw. Selbstwahrnehmungen und Köperschemastörung im Zusammenhang mit den Besonderheiten der ADHS. Aus dieser Sichtweise heraus sollten Patientinnen mit einer entsprechenden Anamnese (oder aber einer Familienanamnese von ADHS, Zwangsstörung, chronischer Depressivität oder Substanzmittelabusus) standardmässig auch auf eine ADHS untersucht werden.

Zucker und Hyperaktivität

Es ist wahrscheinlich nur ein Mythos, dass Zucker, Süsstoffe wie Aspartam oder Phosphat für die Entwicklung der Hyperaktivität verantwortlich sind (Lindgren, 1994). Zwar kann eine gesunde ausgewogene Ernährung auch bei ADHS helfen. Ein völliger Zuckerverzicht kann eher zu verstärkten ADHS-Symptomen (u.a. Konzentrationsprobleme) führen.

Möglicherweise führt ADHS zu einem "Craving", also einem starkem Verlangen nach Süßem bzw. nach Kohlenhydraten. Hintergrund bildet die auch im SPECT inzwischen nachgewiesene herabgesetzte Glukoseutilisation bei ADHS. Dies kann vermutlich zu einer "Zuckerabhängigkeit" beitragen, welche durch Softdrinks wie Kola, Schokolade (zusätzlich stimulierender Effekt) oder ständiger Süßigkeitenkonsum gestillt wird. Der Craving-Effekt nach Zucker kann nach Wendy Richardson dann auch Teil des Craving bei anderen Drogen werden bzw. sein.

Zwanghaftes Überessen (Compulsive Overeating)

Einige Menschen verlieren die Kontrolle über das Essen und können nicht mehr stoppen. Sie setzen Essen zur Kontrolle und zum Verdrängen von Gefühlen und Problemen ein. Essen kann kurzfristig die motorische und mentale Unruhe auch bei ADHS herabsetzen.

Gerade kohlenhydratreiche Mahlzeiten können kurzzeitig Konzentration fördern, da es Wechselwirkungen mit dem Serotonin-Spiegel gibt.

Hierdurch wird u.a. Stimmung, Appetit und Aktivität mitreguliert. Essstörungen werden massgeblich durch Serotonin beeinflusst.

Essen lenkt ab, ein Patient mit ADHS hat aber oft keine wirkliche Selbstkontrolle über Menge und Häufigkeit seines Essverhaltens.

Binge-Eating-Disorder

Der Binge-Eater genießt im Gegensatz zum unkontrollierten Esser die Stimulation und eine Aktivierung durch das Essen bzw. schon durch die Vorbereitung der "Essanfälle".

Schon heimliches Einkaufen und z.T. Verstecken der Lebensmittel hat einen "Kick" zur Folge. Grosse Mengen von meist rein kohlenhydratreicher "Nahrung" sowie sehr zuckerreiche Dinge werden in kürzester Zeit verschlungen.

Mögliche Zusammenhänge mit herabgesetzter Glukoseaktivität im Gehirn und Essstörungen könnten Hinweise sein, dass der Binge-Eater durch sein Verhalten den Hirnstoffwechsel beeinflusst und aktiviert. Über eine Wechselwirkung der Neurotransmitter Dopamin und Serotonin könnten schliesslich auch Verbindungen zur Impulskontrollstörung bestehen.

Bulimia Nervosa

Bei der Bulimie erfolgt neben dem Anteil des Binge-Eating zusätzlich ein selbstinduziertes Eliminieren (Purging) durch Erbrechen und oder via Laxantien. Bereits die Planung bedeutet wiederum eine "Selbststimulation". Die fehlende Kontrolle über das Essverhalten kann u.a. durch kognitive Defizite mitverursacht sein (Heilbrun, 1991).

Der Essanfall (Bingeing) kann ebenfalls eine Belohnung / Stimulation darstellen. Purging bringt häufig kurzfristige Erleichterung, Gefühl von Befreiung, "Ruhe im Kopf" und Euphorie. Bei nur kurzzeitiger "Wirkung" geht Symptomatik im Teufelskreis erneut los.

Soziale Isolation und Schamgefühle sind einige der Folgeprobleme.

Die Diagnose und Behandlung eines komorbiden ADHS ist eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Behandlung der Essstörung.

Klinische Erfahrungen der Verfasser sowie Einzelfallberichte zeigen Wirksamkeit der Behandlung mit Ritalin (Methylphenidat) bei Komorbidität von ADHS und Bulimie (Messner, 1989 ; Schweickert, 1997) bzw. ADHS und Binge-Eating.

Anorexia

Hierbei ist das Essverhalten hochgradig gestört, die Betroffenen sind ständig mit Gedanken über Essen bzw. Diät und ihrem Körper beschäftigt. Obwohl Hungern auch als Kontrolle über den eigenen Körper von den Patientinnen bezeichnet wird, haben sie doch die Kontrolle über ihr Essverhalten verloren (Kaye, 1997).

Da die Körperwahrnehmung massiv gestört ist, setzen sie zwanghaft Diät, Laxanzien, Diuretika oder exzessiven Sport zur Gewichtsreduktion ein.

Ein Untertyp von ADHS-Frauen imponiert nicht unbedingt als verträumt oder gar chaotisch und unruhig, sondern vielmehr perfektionistisch, detailversessen, leistungsorientiert mit sehr geringer Selbsteinschätzungsfähigkeit (Dr. Lynn Weiss, "The highly structured ADD", ADD on the Job : Makink your ADD work for You).

Diese Frauen werden sicher häufig nicht mit ADHS in Verbindung gebracht. Dennoch kann ihre Essstörung mit ADHS gekoppelt sein. Hungern kann eine Möglichkeit sein, einen hyperaktiven Körper oder Gehirn kurzfristig zur Ruhe (bzw. in eine Art "Trancezustand") zu versetzen.

Zusammenfassung

- ADHS kann Essstörungen kausal bedingen, zur deren Aufrechterhaltung massgeblich beitragen oder diese als komorbide Störung begleiten.
- Bei Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen und erwachsenen Frauen und Männern sollte infolge der hohen therapeutischen Relevanz (Stimulanzen) routinemässig ein ADHS-Screening bzw. eine Abklärung durchgeführt werden.

Literaturübersicht

[Wendy Richardson](#), 1997

The Link Between A.D.D. & Addiction, Seite 147-154
Navpress Publishing Company; ISBN: 1576830047

Berry CA, Shaywitz SE, Shaywitz BA

Girls with attention deficit disorder : A silent majority ? A report on behavioral and cognitive characteristics Pediatrics 1985; 76: 801-809

Fink G, Rosie R, Grace O, Quinn JP

Estrogen control of central neurotransmission : effect on mood, mental state and memory

Cell Molecular Biology 1996; 16: 325-344

Heilbrun AB, Worobow AL

Attention and disordered eating behavior: I. Disattention to satiety cues as a risk factor in the development of bulimia

J Clin Psychol 1991 Jan; 47(1): 3-9

Heiligenstein E, Keeling RP

Presentation of unrecognized attention deficit hyperactivity disorder in college students.

J Am Coll Health 1995 Mar; 43(5): 226-8

Kaye, WH

Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin

Psychopharmacol Bull 1997; 33(3): 335-44

Lindgren SD

Sugar, Aspartame and Hyperactivity,

ADHD-Report, 8/94

Mannuzza S; Gittelman R

The adolescent outcome of hyperactive girls

Psychiatry Research 1984; 13: 19-29

Messner E

Methylphenidate treatment of bulimia nervosa after surgery

Can J Psychiatry 1989 Nov; 34(8): 824-6

Millstein, RB., Wilens, TE, Biederman J., Spencer, TJ.

Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD

Journal of Attention Disorders 1998; 2: 159-166.

Rucklidge, JJ., Kaplan, BJ

Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder.

Journal of Attention Disorders 1997; 2: 167-176

Schweickert LA, Strober M, Moskowitz A

Efficacy of methylphenidate in bulimia nervosa comorbid with attention-deficit hyperactivity disorder : a case report

Int J Eat Disorder 1997 Apr; 21(3): 299-301

Wolfe BE, Metzger E, Jimerson DC

Research update on serotonin function in bulimia nervosa and anorexia nervosa, 1997

Psychopharmacol Bull 1997; 33(3): 345-5



