

Diplomarbeit

**Zusammenhang zwischen Schwangerschaft
und Essstörungen: Ein Überblick über die
bestehende Literatur**

eingereicht von

Lydia Kristina Brodatsch, BSc

Zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr.ⁱⁿ med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

Ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapeutische Medizin**

Unter der Anleitung von Betreuerin

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Lahousen-Luxenberger Theresa

Graz, am 18.10.2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 18.10.2022

Lydia Kristina Brodatsch eh

Danksagungen

Ohne meinen Mann Philipp, würde ich heute nicht meine Diplomarbeit für das Humanmedizinstudium in den Händen halten. Er war es, der die Leidenschaft für die Medizin in mir geweckt hat, der mich nie dazu gedrängt hat, irgendetwas zu machen, aber mich immer voll und ganz unterstützt hat, wenn ich mir etwas vorgenommen habe. Der mich auf den Boden zurückgeholt hat, als mir alles zu Kopf gestiegen ist und der mir immer wieder gezeigt hat, worauf es im Leben wirklich ankommt. Philipp ist mein Anker und mein Segel, als geübter Skipper weiß er auch bei seiner Frau, alles zur richtigen Zeit einzusetzen! Ich danke ihm, dass er mich immer motiviert und mir in gewisser Weise dieses Studium ermöglicht hat. Ich habe immer nach dem Sinn des Lernens gesucht. Schon in der Schule war mir nicht ganz klar, wohin ich mit dem Wissen soll. Nach einigen Irrwegen bin ich nun genau dort gelandet, wo ich immer hinwollte. Ich liebe das Medizinstudium und ich bin mir sicher, dass ich auch die Arbeit lieben werde. Vor allem, wenn ich sie mit Philipp teilen kann. Ich freue mich sehr auf die gemeinsame Zeit in der Ordination, danke für alles!

Ein großer Dank gilt auch meiner Mama, die mich jederzeit mit der Betreuung meiner beiden Töchter unterstützt hat, oft für mich gekocht hat, in der Zeit als Lena sehr klein war und wir am Berg wohnten für mich eingekauft hat, mir mit der Wäsche geholfen hat. Es gibt so vieles, wofür ich ihr dankbar bin, aber am allermeisten, dass sie eine liebevolle Mama ist und auch immer war und mich in jedem Vorhaben voll unterstützt hat und nicht an mir gezweifelt hat.

Meinen beiden Töchtern Marie und Lena möchte ich danken, da sie mir jeden Tag wunderbare Momente schenken und mich motivieren an meinem Traum festzuhalten und dafür zu kämpfen.

Dr. Lahousen-Luxenberger war als Betreuerin der Diplomarbeit wirklich sehr verständnisvoll und entgegenkommend und hat mir ermöglicht, relativ selbstständig mein selbstgewähltes Thema zu bearbeiten und hat mir nie Druck gemacht. Obwohl ich davor zu Beginn der Covid-19-Pandemie eine Famulatur an der Univ.-Klinik für

Psychiatrie abbrechen und ein von ihr vorgeschlagenes Thema ablehnen musste, hat sie mich unterstützt und mir eine weitere Chance gegeben. Vielen Dank dafür!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen und deren Erklärung	I
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	III
Zusammenfassung.....	IV
Abstract.....	V
Einleitung	1
Methoden	4
Ergebnisse	6
<i>Studien mit ähnlichem Titel wie die vorliegende Diplomarbeit</i>	6
<i>Studien zur Prävalenz</i>	8
<i>Prospektive Studien.....</i>	12
<i>Retrospektive Studien</i>	15
<i>MoBa Studien</i>	21
<i>Studien mit kleiner Stichprobenzahl.....</i>	36
<i>Studien zum Einfluss der Essstörung der Mutter auf die kindliche Entwicklung</i>	39
<i>Studie zur Betreuung von Schwangeren mit Essstörungen</i>	44
<i>Studien mit großer Stichprobenzahl</i>	45
<i>Reviews</i>	50
Diskussion.....	57
Literaturverzeichnis	67

Abkürzungen und deren Erklärung

ALSPAC	The Avon Longitudinal Study of Parents and Children
AN.....	Anorexia Nervosa
BED.....	Binge Eating Disorder
BN.....	Bulimia Nervosa
CASP.....	Critical Appraisal Skills Programme
EAT-26.....	Eating Attitudes Test – 26
EDDS.....	Eating Disorder Diagnostic Scale
EDE-Q.....	Eating Disorder Examination Questionnaire
EDNOS-P.....	Eating Disorder Not Otherwise Specified – Purging Type
EDPS.....	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD-10.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LGA.....	Large for Gestational Age
MKP.....	Mutter-Kind-Pass
MoBa.....	Norwegian Mother and Child Cohort Study
NOS.....	Newcastle-Ottawa Scale
OSFED.....	Other Specified Feeding and Eating Disorders
PRISMA.....	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QOLED.....	Quality of Life related to Eating Disorders
SGA.....	Small for Gestational Age

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Darstellung der Literatur geordnet nach Erscheinungsjahr in einem Liniendiagramm.....	60
-------------	--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Stichprobengröße der Studie von Watson et al., eigene übersichtliche Darstellung der Stichzahlen.....	27
Tabelle 2	Tabelle aus der Studie von Knoph et al., auf Deutsch und vereinfacht dargestellt.....	31
Tabelle 3	Selbst-erstellte Tabelle zur Erleichterung der Übersicht über die Studienergebnisse von Knoph et al.....	31
Tabelle 4	Übersichtliche Darstellung der Daten aus der Studie von Linna et al.....	47

Zusammenfassung

Fragestellung

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde der Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Essstörungen und die Aufarbeitung dieses Themas in der bestehenden Literatur behandelt.

Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche auf PubMed durchgeführt und die, nach Lesen des Abstracts, für inhaltlich relevant befundenen Artikel für die Arbeit herangezogen und bezüglich ihrer Qualität nach verschiedenen Kriterien beurteilt.

Ergebnisse

Quantitativ erscheint das Thema gut erforscht. Qualitativ gibt es nur wenige Studien mit ausreichend großen Stichproben, um repräsentative Aussagen zu treffen. Insbesondere prospektive, große Studien mit der entsprechenden Hauptzielgröße des Zusammenhangs zwischen Essstörungen und der Schwangerschaft sind sehr selten. Es herrscht Einigkeit darüber, dass Frauen mit Essstörungen in dieser vulnerablen Phase des Lebens von der Betreuung durch ein multidisziplinäres Team profitieren würden. Entsprechende Screeningmethoden in der Schwangerschaft wären gewünscht.

Conclusio

Der Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Essstörungen ist auch 2022 nicht ausreichend untersucht. Es fehlen insbesondere große Studien, die sich mit der Kernfrage prospektiv auseinandersetzen. Bei einem insgesamt mäßigen Evidenzniveau scheint dies jedoch von großer Relevanz zu sein, da Mutter und Kind davon profitieren würden. So könnte ein qualitativ hochwertiger Nachweis dieser therapeutischen Implikation auch zu Änderungen an den gesundheitspolitischen Voraussetzungen für die Versorgung schwangerer Frauen mit Essstörungen führen.

Abstract

Objective

The following thesis searches for the connection between pregnancy and eating disorders and the representation of this topic in the existing literature.

Methods

PubMed was searched and the relevant papers were picked after reading the abstract. The quality of the existing literature was measured with defined criterions.

Results

There appears to be a lot of research on the topic. Regarding the quality of the studies there are only few with sample sizes that are large enough to make general statements. Especially publications focusing on the correlation between eating disorders and pregnancy as main target of research in a prospective setting with large sample sizes are very rare. Authors agree that pregnant women suffering from an eating disorder (current or recurrent) benefit from careful supervision through a multidisciplinary team throughout pregnancy. Appropriate pregnancy screening methods are desirable.

Conclusion

Even in 2022 further research on the correlation between eating disorders and pregnancy is needed. Prospective studies with large sample sizes focusing on this topic as main target of investigation would be desirable. Considering the existing literature with overall moderate quality of evidence, this seems to be crucial, because mother and child would benefit from it. Thus a high quality of evidence for this therapeutic implication could change health policy conditions concerning the care for pregnant women with eating disorders.

Einleitung

Eine Schwangerschaft, ob gewünscht oder unbeabsichtigt, geht mit großen Veränderungen des Körpers einer Frau einher (1), sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene. Für einige schwangere Frauen bringt die Veränderung des Körpers eine steigende Unzufriedenheit mit dem Erscheinungsbild mit sich, speziell für Frauen, deren Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sich bereits vor der Schwangerschaft in Form einer Essstörung äußerte. (2)

Essstörungen treten v.a. bei Frauen im gebärfähigen Alter auf (3) und gehen mit erhöhter Morbidität und frühzeitigem Tod bzw. erhöhtem Suizidrisiko einher. (4, 5) Die Prävalenz von Essstörungen bei Frauen im gebärfähigen Alter wird mit ca. 5-7% angenommen. (6, 7)

Bereits in mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine Essstörung der Mutter sowohl für die Mutter als auch für das Kind mit erhöhten Risiken einhergeht. (3, 7-9)

Offenbar haben betroffene Frauen Hemmungen ihrem Arzt oder ihrer Ärztin mitzuteilen, dass sie an einer Essstörung leiden. (8, 10)

Außerhalb der Schwangerschaft wird in etwa die Hälfte aller Essstörungen bei Frauen durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin diagnostiziert, da sich diese häufig mit unspezifischen Symptomen wie Fatigue, Palpitationen, Kälteintoleranz, Substanzmissbrauch oder Verstopfung präsentieren und die Betroffenen daher initial nicht bei PsychiaterInnen vorstellig werden. (9)

Eine Diagnosestellung im Rahmen der Schwangerschaft bietet sich bei den gynäkologischen Untersuchungen an, da hier der Hauptkontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patientin stattfindet. Aber auch vor Eintreten einer Schwangerschaft ist es wichtig, Essstörungen zu erkennen und die Patientinnen aufzuklären. Die Annahme, dass Frauen mit Zyklusstörungen nicht oder selten schwanger werden, ist überholt. 50% der Patientinnen mit Anorexia nervosa werden ungeplant

schwanger. (11) Es sollte eindringlich auf die Notwendigkeit einer Empfängnisverhütung hingewiesen werden, sofern kein Kinderwunsch besteht. (12)

Sorgen über das eigene Körpergewicht und die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, Angstsymptomen und Depressionen sollten besondere Beachtung geschenkt werden, denn diese könnten Hinweise auf eine mögliche Essstörung sein.

Easter et al. empfehlen, bei vorangegangenen Fertilitätsproblemen und -behandlungen an eine Essstörung bei Schwangeren zu denken. (13)

Ein bestehender Kinderwunsch und auch die Zeit der Schwangerschaft ist als Chance für Interventionen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger zu sehen. (12)

Es kann im Rahmen der Schwangerschaft auch zur Remission von Essstörungen kommen (10), allerdings gibt es viele Frauen, die in dieser vulnerablen Zeit einen Rückfall erleiden. (7)

Da in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Schwangerschaft und Essstörungen häufig die Implementierung eines Screenings und vermehrte Aufmerksamkeit im klinischen Alltag gefordert werden, soll in dieser Arbeit die wissenschaftliche Basis für die Umsetzung dieser Forderungen geprüft werden.

In dieser Diplomarbeit wird v.a. Anorexia und Bulimia nervosa behandelt. Die Binge-Eating-Störung wurde ebenfalls behandelt, wobei diese – anders als in der DSM-V-Klassifikation – in der ICD-11-Klassifizierung nicht explizit als solche bezeichnet wird. Vereinzelt wurden in dieser Diplomarbeit auch Ergebnisse zu atypischen Formen der o.g. Essstörungen erwähnt (im Englischen als „EDNOS – Eating Disorder Not Otherwise Specified“ bezeichnet). Erbrechen im Rahmen von anderen psychischen Störungen, Pica bei Erwachsenen und psychogener Appetitverlust werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Die inhaltlichen Aussagen der jeweiligen Studien werden kurz zusammengefasst, das Augenmerk liegt aber v.a. auf der Prüfung der Literatur hinsichtlich ihrer

wissenschaftlichen Quantität und Qualität. Es werden eigene Qualitätskriterien definiert, danach werden die Studien beurteilt und die Aussagekraft der Ergebnisse abgeschätzt.

Methoden

Zur Bearbeitung des Themas dieser Diplomarbeit wurde die Literaturrecherche gewählt. Anhand der Datenbank PubMed wurde nach Artikeln mit den Stichwörtern Pregnancy, Eating disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Unplanned Pregnancy, und Psychiatric Disorder Pregnancy gesucht. Mit den genannten Suchbegriffen wurde die MeSH-Suche genutzt um gezielt Studien zum Thema zu finden. In den Literaturverzeichnissen ergaben sich noch weitere relevante Quellen, die mit den o.g. Suchbegriffen nicht erschienen sind. Auch wurden beim Lesen der Artikel auf PubMed unter der Studie ähnliche Studien zum Thema vorgeschlagen, welche dann z.T. herangezogen wurden.

Aus Google Scholar wurden einzelne Artikel zur Bearbeitung des Themas herangezogen.

Für die Quellenangaben der im Rahmen der Erstellung dieser Diplomarbeit verwendeten Literatur wurde das Literaturverwaltungsprogramm EndNote X9 verwendet und eine Datenbank mit 85 Quellen erstellt. Davon wurden 63 für die vorliegende Arbeit genutzt.

Einige kleinere Studien, die über die bestehenden Lizenzverträge der Medizinischen Universität Graz nicht kostenfrei einsehbar waren, fanden keine Verwendung in dieser Diplomarbeit. Es wurden ausschließlich Studien in englischer Sprache zitiert.

Die mittels der oben beschriebenen Kriterien gefundenen Studien wurden nach Durchsicht des Abstracts anhand vorab definierter Kriterien hinsichtlich ihrer Qualität und Relevanz für diese Diplomarbeit beurteilt:

- Aktualität
- Größe der Stichprobe
- Retrospektives oder prospektives Studiendesign
- Multicenter-Studie oder Studie einer einzelnen Klinik/eines einzelnen Instituts

- Art der Diagnosefindung - wurde die Diagnose „Essstörung“ von einer Psychiaterin/einem Psychiater gestellt oder anders erahnt/ermittelt

Auch der in wissenschaftlichen Publikationen übliche Studienaufbau bestehend aus Einleitung – Methodenteil – Ergebnisteil – Diskussion wurde als Kriterium dafür herangezogen, ob eine Studie im Ergebnisteil näher betrachtet wurde. Kommentare, Fallberichte, Expertenstatements, Konferenzpaper oder Ähnliches fanden lediglich in der Einleitung Verwendung. Insbesondere die reflektierte Auseinandersetzung mit von den jeweiligen Studienautoren und -innen selbst entwickelten Tools (z.B. zur Diagnosefindung) wurden von mir kritisch hinterfragt und soweit dies objektiv möglich erschien, einer Bewertung unterzogen.

Als Goldstandard wurde nach prospektiven, randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Multicenter-Studien mit großer Stichprobenzahl gesucht.

Ergebnisse

Die Literatur zum Thema Essstörungen in der Schwangerschaft soll im folgenden Abschnitt möglichst übersichtlich dargestellt werden. Dazu wird der Inhalt jeder Studie kurz zusammengefasst und kritisch nach den o.g. Qualitätskriterien kommentiert.

Studien mit ähnlichem Titel wie die vorliegende Diplomarbeit

In einer im Jahr 2016 veröffentlichten Publikation befassten sich Kimmel et al. mit geburtshilflichen und gynäkologischen Problemen im Zusammenhang mit Essstörungen in Form einer Literaturrecherche. (14) Im Gegensatz zu dieser Diplomarbeit war die Zielsetzung der oben genannten Publikation jedoch primär die Erstellung praxisbezogener Handlungsempfehlungen für behandelnde Berufsgruppen.

Diese Diplomarbeit im Gegenzug untersuchte, ob und wie gut das Thema in der wissenschaftlichen Literatur untersucht ist und ob die Erkenntnisse aus diesen Studien als wissenschaftlich qualitativ hochwertige Basis für zukünftige Entscheidungen herangezogen werden können.

Die Autorinnen/Autoren benutzten dieselbe Datenbank (PubMed) und viele gleiche Suchbegriffe. Sie gruppieren die gefundenen Studien nach den folgenden Kriterien:

1. Infertilitätsprobleme;
2. Schwangerschaftsverlauf und Probleme in der Schwangerschaft;
3. Postpartale Probleme;
4. Andere gynäkologische Probleme.

Diese Probleme wurden strukturiert abgehandelt und Empfehlungen für an Patientinnen tätige GynäkologInnen und AllgemeinmedizinerInnen ausgesprochen.

Die AutorInnen empfehlen aufgrund der Häufigkeit ungeplanter Schwangerschaften bei Patientinnen, die an einer Essstörung leiden, dass in der Gynäkologie und in der

Allgemeinmedizin darauf geachtet werden soll, die Patientinnen bezüglich Verhütung und der Möglichkeit einer Schwangerschaft aufzuklären, v.a. dann, wenn Menstruationsirregularitäten vorliegen.

Im Dezember 2021 wurde eine polnische Studie veröffentlicht, die sich mit der Literatur zum Thema „Essstörungen während der Schwangerschaft – Risiken und Konsequenzen für Mutter und Kind“ beschäftigt. Dazu untersuchten die AutorInnen die Literatur aus den Jahren 2016-2021 systematisch und zogen 10 ausgewählte Studien für die Beurteilung zum Stand der Forschung heran. (15)

Die AutorInnen untersuchten das Thema „Pregorexia“, ein Term der den Wunsch nach dem perfekten Körper während und kurz nach der Schwangerschaft beschreibt. Die Veränderungen des Körperbilds, die Prävalenz und der Verlauf von Essstörungen in der Schwangerschaft waren Gegenstand der Forschung von Janas-Kozik et al.

Von den 10 behandelten Studien fanden in dieser Diplomarbeit lediglich 3 Berücksichtigung. Das Hauptaugenmerk lag auf der Zusammenfassung des Forschungsstandes und nicht auf der Beurteilung der Qualität der Literatur. Die AutorInnen kritisieren, dass „Pregorexia“ keine Berücksichtigung in der Literatur der letzten 5 Jahre zum Thema findet, obwohl der Term bereits seit 2008 bekannt ist.

Bereits 1993 wurde der Zusammenhang von Schwangerschaft und Essstörungen und klinische Implikationen bereits von Franko und Walton in Form einer Literaturrecherche bearbeitet. Untersucht wurden Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei schwangeren Frauen und die Abhandlung dieses Themas in der Literatur. (8)

Die Autoren kritisierten die bestehende Literatur bereits in der Einleitung, da zum Zeitpunkt ihrer Literaturrecherche nur Fallberichte und wenige retrospektive Studien existierten. In den Studien, die von den Autoren diskutiert wurden, gab es unterschiedliche Verläufe der Essstörungen. Was jedoch aus der Recherche

hervorging, war, dass eine Essstörung bei einer schwangeren Frau ein erhöhtes Risiko medizinischer Komplikationen bei der Mutter und beim Kind mit sich bringt. Es wurde ein computergestütztes Interview bei Schwangeren gefordert, um die Ehrlichkeit der Patientinnen bei den Antworten zu erhöhen und so nach Essstörungen in der Schwangerschaft zu screenen. Der Informationsfluss zwischen GeburtshelferInnen und schwangeren Patientinnen mit Essstörungen soll verbessert werden und psychologische und medizinische Behandlungsmethoden entsprechend angepasst werden.

Bereits 1993 kritisierten die Autoren, dass es keine große prospektive Studie zu dem Thema gab, welche allgemeine Schlüsse zum Gesundheitszustand der Schwangeren und des Fetus zulässt. Sie fordern mehr und qualitativ hochwertigere Forschung bezüglich schwangerer Frauen mit Essstörungen.

Heute existieren einige große Kohortenstudien zum Thema Schwangerschaft und Essstörungen und auch prospektive Studien konnten gefunden werden. Die Aussage der Autoren, dass Essstörungen der Mutter Probleme für die Mutter und das Kind mit sich bringen, konnte mittlerweile in zahlreichen Studien bestätigt werden. (16-20) Nach wie vor wird von Forscherinnen und Forschern ein Screening für Essstörungen in der Schwangerschaft gefordert, (21, 22) eine Umsetzung konnte auch nach fast 30 Jahren nicht erreicht werden.

Tatsächlich ist diese Studie der vorliegenden Diplomarbeit inhaltlich am Nächsten. Fast 30 Jahre später existiert jedoch weitaus mehr Literatur zum Thema und die Essstörung „Binge Eating Disorder“ ergänzt die Abhandlung von Essstörungen bei Schwangeren.

Studien zur Prävalenz

In einer Studie von Easter et. al wurde erhoben, wie viele Patientinnen in der Schwangerschaft an Essstörungen leiden. (23) Anhand eines Fragebogens, welcher so konstruiert war, dass Essstörungen nach DSM IV Kriterien diagnostiziert

werden konnten (EDDS – Eating Disorder Diagnostic Scale), wurden 739 Frauen während der ersten drei Monate der Schwangerschaft und zu den Monaten vor der Schwangerschaft zu Symptomen von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating Disorder und Eating disorder not otherwise specified befragt. In dieser Studie erkannten die AutorInnen eine der oben genannten Essstörungen bei 7,5% der befragten schwangeren Frauen.

Dieser Prozentsatz wird in unzähligen Studien zum Thema zitiert. Wenn man diese Studie bezüglich der im Methodenteil definierten Kriterien beurteilt, ist die Qualität als eher ungenügend einzustufen. Es wurde keine Diagnose eines Psychiaters/einer Psychiaterin gestellt. Das Studiendesign ist retrospektiv und die Daten wurden an einem Krankenhaus in London erhoben. Um eine Studie zu Prävalenz und Inzidenz durchzuführen, erscheinen 739 Frauen als ungeeignet kleine Stichprobe. In der Studie wurden die einzelnen Krankheitsbilder aufgeschlüsselt und Ergebnisse daraus abgeleitet, da die Fallzahlen allerdings so gering sind, ist die Aussagekraft infrage zu stellen.

In einer israelischen Studie wurde gezeigt, dass Essstörungen in der Schwangerschaft (in diesem Fall Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Eating Disorder not otherwise specified) ein erhöhtes Risiko für die Mutter und das Kind mit sich bringen und deshalb frühzeitig darauf reagiert werden sollte. (16)

Von 1988 bis 2009 wurden Patientinnen erhoben, welche mittels klinischen Gesprächs von einem Psychiater/einer Psychiaterin die Diagnose Essstörung bekommen hatten. Die Patientinnen, die auch an der geburtshilflichen Abteilung derselben Klinik entbunden hatten, wurden für die Studie herangezogen und die Dokumentationen über die Phase der Geburt und danach studiert. Daraus ergaben sich für diesen Zeitraum 122 Geburten von Frauen, die an Essstörungen litten. Anhand verschiedener Kriterien wurden die Geburten eingeteilt und statistisch ausgewertet.

Im o.g. Zeitraum fanden insgesamt 117,875 Geburten an der Klinik statt, daraus ergibt sich, dass 0,1% der Geburten (122) die Gruppe der Frauen mit Essstörungen darstellt.

Pasternak et al. fanden in der Analyse der Daten folgende Ergebnisse:

Frauen, welche an einer Essstörung leiden und eine Geburt haben, haben:

- ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten (vor der 38. Schwangerschaftswoche),
- eher Neugeborene mit geringerem Geburtsgewicht und
- eher eine Sectio caesarea

als Frauen ohne Essstörung.

Entgegen anderer Studien bei denen ca. 7% der Schwangeren an Essstörungen leiden (wobei bereits oben erwähnt wurde, dass diese Studien z.T. qualitative Mängel aufweisen), erscheint in dieser Studie der Anteil der Frauen mit Essstörungen stark unterrepräsentiert (0,1%). Dies kritisieren auch die AutorInnen der Studie. Das Design dieser Publikation ist mit einer gesicherten Diagnose einer Psychiaterin/eines Psychiaters und einer angemessenen Zahl an untersuchten Geburten (117,875) gut gewählt. Die AutorInnen kritisieren selbst, dass bei den Frauen, die nicht an der psychiatrischen Abteilung der Klinik in Behandlung waren, aber an der geburtshilflichen Abteilung entbunden haben, bei der retrospektiven Betrachtung der Daten keine Schlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand der Frauen gezogen werden können. Möglicherweise haben einige der mit einer Essstörung diagnostizierten Frauen an einer anderen Klinik entbunden und fließen somit nicht in die Ergebnisse ein. Damit könnte der Prozentsatz der Frauen mit Essstörungen tatsächlich höher liegen.

Die Studie wurde nur an einem Klinikum durchgeführt und ist somit keine Multicenter Studie, was gerade bei Zahlen zur Prävalenz von Interesse wäre.

In Süd-Ost-England wurde eine weitere Studie zur Prävalenz von Essstörungen an einem städtischen Spital mit 543 schwangeren Frauen durchgeführt. (24) Die StudienautorInnen analysierten die Daten einer Querschnittstudie (WENDY; die Frauen wurden zwischen November 2014 und Juni 2016 rekrutiert) um ihre Forschungsfrage zu beantworten. Zur Feststellung einer bestehenden Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung und Other Specified Feeding Or Eating Disorder-OSFED, der neue Term für Eating Disorder Not Otherwise Specified-EDNOS) der Frauen wurden Interviews gewählt. Für die

AutorInnen waren neben Essstörungen auch Depressionen, Angstzustände und eine eventuelle Borderline Persönlichkeitsstörung von Interesse.

Essstörungen vor der Schwangerschaft wurden anhand bestehender medizinischer Aufzeichnungen der Mütter erfasst.

In dieser Stichprobe wurden bei 108 Frauen Essstörungen (42 mit Anorexia nervosa, 8 mit Bulimia nervosa, 22 mit Binge Eating Störung und 36 mit OSFED), die irgendwann im Leben auftraten, festgestellt. Eine aktive Essstörung in der Schwangerschaft wurde bei 16 Frauen (3 mit Anorexia nervosa, keine mit Bulimia nervosa, 6 mit Binge Eating Störung und 7 mit OSFED) diagnostiziert (das entspricht 2,9%). Betroffene Schwangere litten auch häufiger an psychiatrischen Komorbiditäten. Essstörungen wurden selten während der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft erkannt.

Die Studie wurde nur in einem Areal Englands durchgeführt und 545 Frauen sind eine kleine Stichprobe, wenn zu erwarten ist, dass ein geringer Prozentsatz der Frauen betroffen sein wird.

Die Aktualität der Studie (2020) und die Diagnosefindung mittels durchgeführter Interviews nach DSM V-Klassifizierung sind positiv hervorzuheben.

Auch andere AutorInnen ermittelten Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen bei schwangeren Frauen. Da dies jedoch nicht der Hauptuntersuchungsgegenstand der jeweiligen AutorInnen war wurden diese Studien an einer anderen Stelle der Diplomarbeit erwähnt. Folgend sollen allerdings die ermittelten Prävalenzzahlen kurz dargestellt werden, um einen besseren Überblick zu bekommen.

Coker et al. ermittelten in einer Studie mit 178 Frauen eine Prävalenz von Essstörungen bei schwangeren Frauen von 10,7%. (1)

Anhand der Daten der MoBa Kohorte konnten Bulik et al. eine Prävalenz von Essstörungen bei Schwangeren von 5,1% ermitteln (Anorexia nervosa Patientinnen wurden hier nicht eingeschlossen). (25)

Watson et al. ermittelten mit Daten der MoBa Kohorte eine Prävalenz von Essstörungen während der Schwangerschaft von 7,4%. (26)

Eine Studie von Knoph et al. ergab eine Prävalenz von Essstörungen bei Schwangeren Frauen von ca. 4,6% (Anorexia nervosa Patientinnen wurden nicht eingeschlossen). (27)

Torgersen et al. ermittelten erneut aus den Daten der MoBa Kohorte Prävalenzzahlen. In dieser Publikation wurden bei 5,6% der schwangeren Frauen Essstörungen festgestellt. (28)

Die Publikation von Mantel et al. mit sehr großen Stichzahlen zeigte eine Prävalenz von Essstörungen bei Gebärenden von 0,6%. Hier gilt es zu beachten, dass die Binge Eating Störung in diese Zahlen nicht eingeflossen ist. (3)

In einem systematischen Review ergab sich lt. Martínez-Olcina et al. eine Prävalenz von Essstörungen bei schwangeren Frauen zwischen 5,1-7,5%. (29)

Prospektive Studien

Wie häufig Frauen neuerlich Symptome einer Essstörung in der Schwangerschaft erleiden, wurde über 10 Jahre (2006-2016) an der Aarhus Universitätsklinik in Dänemark untersucht. (17)

122 Frauen, die sich in Remission einer Essstörung befanden (in dieser Studie wurde Remission als 6 Monate Symptommfreiheit vor Beginn der Schwangerschaft bezeichnet), wurden regelmäßig während ihrer Schwangerschaft und auch danach systematisch untersucht und mittels standardisierten Assessment zu Symptomen von Essstörungen befragt.

Sollid et al. konnten zeigen, dass 25% (30 Frauen) der Frauen in ihrer Studie rückfällig wurden. 20 Frauen wurden innerhalb der ersten 20 Schwangerschaftswochen rückfällig und 8 in den ersten Wochen nach der Geburt. 1/3 der Frauen die rückfällig wurden hatten Symptome einer postpartalen Depression. Hyperemesis gravidarum war mit 30% innerhalb der Stichprobe überrepräsentiert (im Gegensatz zu 0,3-3% in der Normalbevölkerung (30)), sowohl bei den Frauen die einen Rückfall erlitten als auch bei jenen, die keinen Rückfall erlitten. Die AutorInnen dieser Studie empfehlen, so früh wie möglich die psychische Gesundheit der schwangeren Frauen zu erfassen und Unterstützung anzubieten.

Das vermehrte Auftreten von postpartalen Depressionen und Hyperemesis gravidarum ist ein interessanter Aspekt der Studie und auch das prospektive Design mit gesicherten Diagnosen der Essstörungen sind positiv hervorzuheben.

Bei genauerem Betrachten der Studie fiel auf, dass einige Daten, die von den AutorInnen verwendet wurden, aus Studien stammen, die nur sehr kleine Stichproben haben oder keine psychiatrische Diagnose der Essstörung aufweisen. Im Speziellen geht es um die Studie von Makino et al. (31) mit sehr kleiner Stichprobenzahl, welche weiter unten noch genauer erläutert wird und die Studie von Easter et al. (23) die unter dem Punkt „Studien zur Prävalenz“ bereits kritisiert wurde, da die Diagnosen mit selbst ausgefüllten Fragebögen gestellt wurden. Nur eine Klinik in Dänemark wurde zur Gewinnung der Daten herangezogen.

Coker et al. führten 2013 eine prospektive Studie zu Veränderungen des BMI und zur Lebensqualität bezüglich Essstörungen durch. (1) An einer öffentlichen und einer privaten Klinik in Nord-Sydney wurden 178 schwangere Frauen akquiriert. Um die Lebensqualität zu messen wurde der Quality of Life Related to Eating Disorders (QOLED) Fragebogen benutzt, welcher die physische Gesundheit mit sozialen und psychologischen Auswirkungen verbindet. Die Frauen wurden retrospektiv zu der Zeit vor der Schwangerschaft befragt, prospektiv wurden Daten während und nach der Schwangerschaft erhoben.

19 Frauen litten aktuell an einer Essstörung und 13 Frauen hatten in der Vergangenheit eine Essstörung, gegenwärtig aber keine Symptome. Nur 4 Frauen waren wegen ihrer Essstörung in Behandlung. Die Prävalenz von schwangeren Frauen mit Essstörungen wäre in dieser Studie somit 10,7%. Frauen mit Essstörungen waren jünger, eher unverheiratet, hatten einen geringeren BMI vor der Schwangerschaft und höhere Scores bei den QOLED Messungen (höhere Scores bedeuten eine geringere Lebensqualität).

Die AutorInnen assoziieren die Zeit der Schwangerschaft nicht mit dem Sistieren der Essstörung. Unterstützung während der Schwangerschaft und im Jahr nach der Geburt wird empfohlen.

Abermals hat die Studie kleine Fallzahlen, v.a. eine Diskriminierung zwischen den Typen von Essstörungen ist bei 19 Betroffenen nicht möglich. Die Binge Eating Störung wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Positiv hervorzuheben ist das prospektive Studiendesign und dass die Frauen von zwei Spitälern (öffentlich und privat) für die Studie gewonnen wurden.

In einer italienischen Studie wurden 150 zwischen Jänner 2001 und Mai 2003 schwangere Frauen im ersten Trimester bei ihrem ersten Ultraschall im Rahmen der Schwangerschaft interviewt. (32) Die Patientinnen wurden an der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie und Psychiatrie am Allgemeinen und Universitätskrankenhaus in Udine rekrutiert. Ziel der Untersuchung war es, Effekte einer Schwangerschaft auf Essstörungen, Diätverhalten und die Wahrnehmung des eigenen Körperbilds zu untersuchen.

97 Frauen vollendeten die Studie und wurden folgendermaßen von den Autorinnen und Autoren unterteilt:

- Frauen, die in der Vergangenheit Diät hielten (was die AutorInnen unter „Diät halten“ verstehen wurde nicht näher definiert) (37 Frauen)
- Frauen, die in der Vergangenheit Diät hielten und aktuell die Diagnose Essstörung haben (11 Frauen)
- Frauen, die in der Vergangenheit weder Diät hielten noch an einer Essstörung leiden (49 Frauen, Kontrollgruppe).

In der Studie konnten die AutorInnen bestätigen, dass sich die Symptome der Essstörung im mittleren Drittel der Schwangerschaft bessern und nach der Schwangerschaft wieder auf ihr Ausgangsniveau zurückkehren oder sich sogar verschlechtern. Mögliche Gründe werden von Rocco et al. genannt (soziopsychologische Umstände, endokrinologische Imbalance und steigendes Bewusstsein für das persönliche Wohl), jedoch wird empfohlen deren Einfluss gesondert zu untersuchen und die statistische Signifikanz als Beurteilung heranzuziehen.

Das Studiendesign ist prospektiv, was zur Beantwortung der Fragestellung sinnvoll erscheint. 11 Frauen sind eine viel zu geringe Fallzahl, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können. Es wurden Anorexia nervosa und Bulimia nervosa untersucht, Binge Eating Disorder wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt. Die Daten wurden an einem Spital in Udine generiert.

Retrospektive Studien

Micali et al. führten mit Daten einer prospektiven Kohortenstudien mit allen schwangeren Frauen die im geografischen Areal Avon, UK, leben und einen Geburtstermin zwischen 1.April 1991 und 31.Dezember 1992 hatten, eine Studie durch. (6)

Die AutorInnen kategorisierten 12,252 Frauen je nachdem ob sie eine Essstörung haben (57 Frauen) oder eine Essstörung in der Vergangenheit hatten (395 Frauen) und verglichen diese mit übergewichtigen Frauen mit BMI > 30 kg/m² vor der Schwangerschaft (618 Frauen) und mit der Allgemeinbevölkerung (11,184 Frauen). Evaluiert wurden selbstinduziertes Erbrechen, Verwendung von Laxantien, sportliches Verhalten, die Bewertung der Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, Diät (um Gewicht zu verlieren), Figur und Gewichtssorgen vor und während der Schwangerschaft.

Über ein Viertel der Frauen mit einer aktiven Essstörung erbrachen selbstinduziert während der Schwangerschaft und 10% hielten Diät, um Gewicht zu verlieren während des dritten Trimesters. Ihre Sorgen bezogen auf Figur und Gewicht sanken zwar während der Schwangerschaft, waren aber dennoch höher als in der Kontrollgruppe. Seltener als vor der Schwangerschaft wurde ein Laxantienabusus beobachtet.

Die AutorInnen glauben, dass die Gruppe der Frauen mit einer aktiven Essstörung in der Schwangerschaft von intensiverer Unterstützung profitieren würden.

In der Gruppe der Frauen mit als ausgeheilt geltender Essstörung wurde kompensatorisches Verhalten (selbst-induziertes Erbrechen und exzessiver Sport) beobachtet. Fast 10% der Frauen übergaben sich in den ersten 18 Schwangerschaftswochen. Die Sorgen über eine Gewichtszunahme und über die Figur stiegen in der Schwangerschaft an.

Micali et al. sehen diese Gruppe als besonders kritisch an, da sie möglicherweise von KlinikerInnen nicht erkannt werden und ihre vergangene Essstörung nicht mitteilen. Ob eine spontane Remission oder ein Rückfall in der postpartalen Periode wahrscheinlicher ist, gilt es noch durch wissenschaftliche Studien zu klären.

Der Vergleich mit übergewichtigen Frauen zeigte, dass diese kaum kompensatorische Maßnahmen ergriffen, im Gegensatz zur nicht-übergewichtigen Kontrollgruppe allerdings eher Diät hielten, den Wunsch hegten, Gewicht zu verlieren und mit ihrem Gewicht unzufrieden waren. Die Sorgen über die Figur und das Gewicht waren in dieser Gruppe signifikant höher als in der nicht-übergewichtigen Kontrollgruppe, allerdings waren die Sorgen in der Schwangerschaft wesentlich geringer als vor der Schwangerschaft.

Die AutorInnen vermuten, dass das Wohlergehen des Babies über die Sorgen über die Figur und das Gewicht in der Schwangerschaft gestellt wird.

Die AutorInnen kritisieren selbst, dass die Studienteilnehmerinnen nie von einer Fachärztin oder einem Facharzt mit einer Essstörung diagnostiziert wurden, sondern von den Frauen selbst berichtet wurden. Da die Bereitschaft eine Essstörung zu offenbaren eher gering ist, (8, 10, 33) kann ich mir vorstellen, dass dies keine geeignete Methode ist um so viele Betroffene wie möglich zu detektieren.

In dem Artikel schreiben Micali et al., dass die Stichprobe repräsentativ für die britische Bevölkerung ist. Die ALSPAC (The Avon Longitudinal Study of Parents and Children) ist eine prospektive Studie, die zwischen 1991 und 1992 schwangere Frauen rekrutierte und diese und in weiterer Folge deren Kinder begleitet und die Kombination von Genotyp und die Auswirkung verschiedener Umweltfaktoren auf die Gesundheit und Entwicklung betrachtet. (34) Die Daten für die Studie wurden also nicht von einer einzigen Klinik gewonnen, sondern einer prospektiven Kohortenstudie entnommen. Inwiefern ein Areal in England repräsentativ für die britische Bevölkerung sein kann, lässt sich von mir nicht abschätzen.

Die Binge Eating Störung wird in dieser Studie nicht gesondert erwähnt, was v.a. in der Gruppe der übergewichtigen Frauen interessant gewesen wäre, da von pathologischem Verhalten gegenüber der Gruppe ohne Essstörung und ohne Übergewicht berichtet wird (Diät halten und übermäßige Sorgen um Figur und Gewicht während der Schwangerschaft). Die AutorInnen der Studie merken an, dass es zu klären gilt, wieso die Figur- und Gewichtssorgen in der Gruppe der übergewichtigen Schwangeren so hoch waren. In diesem Zusammenhang wird eine Studie erwähnt, in der die Schwangerschaft als Risikofaktor für die Entwicklung einer Binge-Eating-Störung genannt wird.

Diese von Micali et al. zitierte Studie soll im Folgenden Absatz genauer betrachtet werden, da sie interessante Ergebnisse lieferte und ein gut gewähltes Design hat.

Fairburn et al. befassten sich bereits im Jahr 1998 mit den Risikofaktoren für das Auftreten einer Binge Eating Störung. (35) Zur Erforschung des Themas verglichen sie 52 Frauen mit einer Binge Eating Störung, 104 Frauen ohne Essstörung, 102 mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und 102 mit Bulimia nervosa. Die Patientinnen für die Studie wurden in 23 Allgemeinmedizinischen Ordinationen in Oxford, England aquiriert.

Allen Frauen zwischen 16 und 35 Jahren wurden zwei Fragebögen zugesandt: der Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) um Essstörungen zu erfassen und der General-Health-Questionnaire (GHQ) um psychiatrische Erkrankungen zu

erkennen. Erfolgte keine Rücksendung der Fragebögen, wurde ein weiterer Zustellungsversuch unternommen. Wenn durch den EDE-Q Hinweise auf eine Binge Eating Störung gegeben waren, wurden die betroffenen Frauen zu einem Interview eingeladen, um den Status der Erkrankung zu verifizieren. Die Frauen, die die Diagnosekriterien der Binge Eating Störung nach der DSM IV-Klassifizierung erfüllten, wurden erneut interviewt, um den Zeitpunkt des Erstauftretens der Erkrankung festzustellen und die Exposition gegenüber möglichen Risikofaktoren für das Auftreten einer Essstörung zu klären.

Die wesentlichen Risikofaktoren für das Auftreten einer Binge Eating Störung waren:

- Negative Kindheitserfahrungen
- Depression der Eltern
- Vulnerabilität für Fettleibigkeit
- Wiederholte negative Kommentare über Figur, Gewicht und Essverhalten.

Die retrospektive Studie von Fairburn et al. wird von den StudienautorInnen selbst wegen mehrerer Aspekte kritisiert. Die retrospektive Betrachtung der Fragestellung, die Diagnosestellung durch Selbst-Berichten der Frauen und der/dieselbe InterviewerIn bei den aufeinanderfolgenden Interviews waren nur einige Punkte, die kritisiert wurden. Die Stichzahl ist mit 52 Frauen klein, die Durchführung von zwei Interviews ist allerdings sehr zeitintensiv und somit konnte eine Klassifizierung der Binge Eating Störung nach DSM IV durchgeführt werden, was retrospektiv ausschließlich anhand der Fragebögen nicht möglich gewesen wäre. Die Gewinnung der Patientinnen in 23 allgemeinmedizinischen Ordinationen ist für mich positiv hervorzuheben, da somit möglicherweise auch leichtere Formen von Essstörungen in die Studie mit einfließen.

Den für die vorliegende Diplomarbeit relevanten Part, nämlich die von Micali et al. erwähnte Schwangerschaft als Risikofaktor des Auftretens einer Binge Eating Störung, (6) konnte ich in der Arbeit von Fairburn et al. nicht finden und diesen Schluss von Micali et al. somit nicht nachvollziehen.

Anhand der Daten aus der ALSPAC Longitudinalstudie untersuchten Easter, Treasure und Micali 452 Frauen mit Essstörungen bezüglich ihrer Fertilität und ihrer Einstellung vor der Schwangerschaft zum Thema Schwangerschaft. (13)

Die (jemals im Leben aufgetretenen) Essstörungen verteilten sich wie folgt:

- 171 Anorexia nervosa (1,5%)
- 199 Bulimia nervosa (1,8%)
- 82 Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (0,7%)

Als Vergleichsgruppe diente die Normalbevölkerung (n = 10636).

Die AutorInnen konnten zeigen, dass Essstörungen mit Infertilitätsproblemen, ungeplanten Schwangerschaften und einer negativen Einstellung zur Schwangerschaft assoziiert sind.

Die Binge Eating Störung wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt. Die Daten wurden retrospektiv aus bereits vorhandenen Fragebögen gewonnen und nicht speziell für die Fragestellung erstellt. Die Größe der Stichprobe (v.a. auch für die einzelnen Krankheitsbilder) ist größer als in den meisten Studien, wird aber von den AutorInnen als „zu klein“ bezeichnet. Die Probandinnen stammen aus einem Teil Englands und nicht aus unterschiedlichen Regionen oder Ländern, was gerade bei Fragen zur Einstellung bezüglich verschiedener Themen interessant gewesen wäre. Die Diagnosestellung der Essstörung wurde nicht mittels diagnostischer Interviews durchgeführt, sondern ausschließlich selbst von den Frauen im Fragebogen berichtet, was schon von einigen Studienautorinnen in ihren eigenen Studien kritisiert wurde (6, 25) und von Easter et al. auch selbst in den Limitationen ihrer Studie erwähnt wird. Sie behaupten, dass selbst-berichtete Diagnosen einem Screening für Essstörungen bei der Ermittlung der betroffenen Frauen nahekommen und beziehen sich dabei auf die Erkenntnisse einer Studie von Keski-Rahkonen et al., welche sich mit der Reliabilität von selbst-berichteten Essstörungen beschäftigte. (36)

Eik-Nes et al. befassten sich 2018 mit der Frage nach dem Einfluss von Essstörungen auf den Geburtsverlauf anhand der Daten einer Kohortenstudie aus Norwegen. (37) Die Daten der Studie wurden mittels Fragebögen zu verschiedenen

Zeitpunkten erhoben und sind vernetzt mit den Daten aus dem medizinischen Geburtenregister in Norwegen.

In der Kohorte der sog. HUNT-Studie waren 532 Geburten von Frauen mit Essstörungen und 43,657 Geburten von Frauen ohne Essstörungen. Für die Studie wurden letztendlich 272 Frauen mit 532 Geburten herangezogen.

Frauen mit Anorexia nervosa hatten ein erhöhtes Risiko small for gestational age Kinder auf die Welt zu bringen, Frauen mit Bulimia nervosa hatten ein höheres Risiko einer Sectio caesaria, Frauen mit EDNOS eher Kinder mit niedrigem APGAR Score nach 5 Minuten. (37)

Die Diagnose der Essstörung wurde mittels Eigenberichtes der Frauen in einem Fragebogen gestellt. Die Binge Eating Störung wurde nicht berücksichtigt. Die Daten wurden retrospektiv genutzt, es wurden keine eigenen Fragebögen erstellt oder Interviews durchgeführt. 272 Frauen sind eine kleine Stichprobe, um Aussagen für die einzelnen Krankheitsbilder abzuleiten.

Im Rahmen einer chinesischen Longitudinalstudie wurden Fragebögen zu bulimischen Symptomen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren bezüglich der pränatalen und der postnatalen Periode von 131 Frauen ausgewertet. (38)

Die wesentlichen Erkenntnisse der AutorInnen waren, dass Frauen in der postpartalen Periode schwerere Symptome ihrer Essstörung hatten als in der pränatalen Periode und dass pränatal gestörtes Essverhalten, eine schwache Mutter-Kind-Bindung und postnatal depressive Symptome einen signifikanten Bezug zu gestörtem Essverhalten 6 Monate nach der Geburt haben. Daraus schließen Lai et al., dass der Übergang zum Muttersein Stress auslöst, der eine Verbesserung oder eine Verschlimmerung des gestörten Essverhaltens der Mutter mit sich bringen kann.

Im Detail kann die Studie nicht kritisiert werden, da eine komplette Einsicht nur durch einen Erwerb möglich wäre. Vom Erwerb der Studie wurde abgesehen, da

aufgrund der Stichprobengröße von einem eher untergeordneten Einfluss der Studie ausgegangen werden kann.

MoBa Studien

Die Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) ist eine prospektive Kohortenstudie welche zwischen 1999 und 2008 100.000 schwangere Frauen rekrutierte und darauf abzielt, Faktoren in der Schwangerschaft zu ermitteln, welche sich auf das weitere Leben von Mutter und Kind auswirken. Das Ziel der Autorinnen und Autoren der Studie ist es, kausale Zusammenhänge zwischen Krankheiten und Umweltfaktoren, Medikation, Nährstoffversorgung, Infektionen und Arbeitsumfeld herzustellen und die Genetik dahinter zu betrachten. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen an die Mütter verteilt und zusätzlich Blutproben gewonnen und für die spätere Analyse eingefroren. Nach wie vor werden neue Daten zu den TeilnehmerInnen generiert und die Datenbank ergänzt. Viele weiterführende Projekte wurden bewilligt und nutzen die Daten der MoBa Studie. (39)

Da zum Thema dieser Diplomarbeit einige Studien mit Daten aus MoBa gefunden wurden, sollen diese in einem eigenen Unterpunkt näher betrachtet werden.

Bulik et al. untersuchten anhand der Daten der MoBa die Prävalenz von Essstörungen in der Schwangerschaft und inwiefern eine Schwangerschaft die Entwicklung einer Essstörung beeinflusst. (25) Schwangere Studienteilnehmerinnen mit entsprechender Eintragung im norwegischen Geburtenregister wurden für die Studie herangezogen, das ergab 41,157 schwangere Frauen, die sich in der 18. Schwangerschaftswoche befanden.

Anorexia Nervosa wurde vor der Schwangerschaft bei 0,1% der teilnehmenden Frauen festgestellt (der jeweilige Fragebogen der MoBa Studie beinhaltet Unterpunkte zu Essstörungsverhalten, welcher in Übereinstimmung mit den DSM IV-Kriterien formuliert wurde und somit der Diagnosestellung in dieser Studie dient).

Während der Schwangerschaft konnten die Daten dieser Teilnehmerinnen mit Anorexie nicht ausgewertet werden, da ein Gewichtskriterium definiert wurde, welches nicht erfüllt wurde.

Bulimia Nervosa und Eating Disorder Not Otherwise Specified – Purging type gingen häufig mit einer Remission oder zumindest einer teilweisen Remission in der Schwangerschaft einher. Ein Neuauftreten der Erkrankung in der Schwangerschaft wurde kaum beobachtet. 0,7% wurden vor der Schwangerschaft der Kategorie Bulimia Nervosa zugeordnet, während der Schwangerschaft waren es 0,2%.

Die Binge Eating Störung wurde innerhalb der Gruppe der Essstörungen am häufigsten festgestellt (vor (3,5%) und während der Schwangerschaft (4,8%)). Die Symptome der Binge Eating Störung hielten in der Schwangerschaft eher an, anstatt sich zu bessern. Auch wurde ein vermehrtes Neuauftreten von Binge Eating in der Schwangerschaft festgestellt.

EDNOS-Purging Type wurde bei 0,1% der Frauen vor der Schwangerschaft erhoben und während der Schwangerschaft ebenso bei 0,1%. Ein Neuauftreten dieser Erkrankung wurde während der Schwangerschaft kaum beobachtet. Eine Remission wurde bei 78% der betroffenen Frauen in der Schwangerschaft festgestellt.

Regelmäßige Kontrollen bei schwangeren Frauen mit Essstörungen und ein gezieltes Fragen nach Binge Eating bei Routineuntersuchungen aller Schwangeren wurden in der Studie empfohlen.

Die Anorexia Nervosa Patientinnen waren unterrepräsentiert und Bulik et al. schließen daraus, dass eventuell weniger Anorexia Nervosa Patientinnen überhaupt schwanger werden, häufiger einen Abort erleiden oder die Zeit der Schwangerschaft so vulnerabel ist, dass das Teilnehmen an einer Studie uninteressant erscheint.

Die AutorInnen kritisierten ihr eigenes Tool zur Diagnosestellung der Essstörungen, welche mittels Fragebogen erfolgte, insbesondere da die Erkrankungen nicht

ärztlich diagnostiziert wurden. Dieses Problem gilt für alle Studien, die mit Daten der MoBa Kohorte erstellt werden. Ob die Essstörung von den Patientinnen selbst im Fragebogen angegeben wurde oder rückwirkend von den StudienautorInnen durch Beantwortung der Fragen zum Essverhalten ermittelt wurde, ist unklar.

Durch die große Kohorte ergeben sich teilweise auch größere Fallzahlen (z.B. Binge Eating Störung während der Schwangerschaft 4,8% = 1,856 schwangere Frauen), für einige Krankheitsbilder (Anorexia Nervosa vor der Schwangerschaft 0,1% = 37 schwangere Frauen) werden die Erkenntnisse weniger aussagekräftig sein.

MoBa ist eine prospektive Kohortenstudie, die Studie von Bulik et al. mit den Daten von der MoBa Kohorte ist jedoch retrospektiv, da keine neuen Fragebögen erstellt wurden, sondern die Fragebögen herangezogen wurden, die die schwangeren Frauen zum Zeitpunkt der 18. Schwangerschaftswoche ausgefüllt hatten (hier wurden diese zu ihrem Essverhalten vor der Schwangerschaft befragt, was für eine Diagnose einer Essstörung nicht ausreichend erscheint).

Die folgende Studie von Knoph et al. wurde aufgrund der aufgeworfenen Fragen zur Binge Eating Störung in der Schwangerschaft in der o.g. Studie von Bulik et al. durchgeführt. (10) Bulik ist Co-Autorin der Studie und bei den MoBa Studien zu Essstörungen in der Schwangerschaft insgesamt die am häufigsten vertretene Autorin.

Aus der MoBa Kohorte wurden Frauen mittels Fragebögen in der 18. Schwangerschaftswoche näher betrachtet, die Symptome einer Binge Eating Störung zeigten. Von 45,644 schwangeren Frauen waren dies 1887 (4,1%). Davon traten 931 (49,3%) neu in der Schwangerschaft auf.

Ziel der Studie war es, Faktoren herauszufinden, die mit dem Auftreten und dem Sistieren einer Binge Eating Störung in der Schwangerschaft einhergehen. Der Untersuchungszeitraum wurde in dieser Studie von 6 Monaten vor der Schwangerschaft bis zum Ende der ersten Schwangerschaftshälfte gewählt. Da es lt. den AutorInnen keine ähnliche Studie gäbe, wurden die Ergebnisse mit Studien

zu Binge Eating Verhalten und Binge Eating Störung bei nicht-schwangeren Populationen verglichen.

Die AutorInnen konnten zeigen, dass das Auftreten der Binge Eating Störung in der Schwangerschaft mit ähnlichen Faktoren assoziiert ist wie das Auftreten der Binge Eating Störung in anderen Lebenslagen (z.B. geringes Selbstbewusstsein, sexueller und physischer Missbrauch, Angstsymptome und Depression). Angemerkt wird jedoch, dass durch den endokrinologischen, sozialen als auch psychologischen Ausnahmezustand in der Schwangerschaft, das Auftreten der Binge Eating Störung getriggert werden kann und ohne Schwangerschaft möglicherweise keine Symptome aufgetreten wären.

Zur Remission der Binge Eating Störung in der Schwangerschaft konnten zwei beeinflussende Faktoren von Knoph et al. ermittelt werden:

- Der Gedanke vor der Schwangerschaft übergewichtig zu sein war negativ assoziiert mit dem Fortschreiten der Erkrankung und positiv assoziiert mit einer Remission
- Die Überbewertung des Gewichts war negativ assoziiert mit einer Remission der Binge Eating Störung

Frauen die schon vor der Schwangerschaft als Frauen mit Binge Eating Störung klassifiziert wurden, zeigten in 61,2% (956 Frauen) auch während der Schwangerschaft die Symptome einer Binge Eating Störung. 38,8% (605 Frauen) befanden sich während der ersten Schwangerschaftshälfte in Remission.

Die AutorInnen erwähnten die aus meiner Sicht wichtigsten Kritikpunkte bereits selbst. Die Binge Eating Störung wurde nicht ärztlich diagnostiziert, sondern die Symptome anhand eines Fragebogens der Binge Eating Störung zugeordnet oder von den Frauen selbst angegeben. Die DSM-Klassifikation wurde bei der Zuordnung zur Binge Eating Störung nicht herangezogen und somit eine eigene Klassifikation mit nur einer Episode pro Woche als Kriterium zur Diagnose gewählt. Dieser Kritikpunkt fällt mittlerweile weg, da in der neuen DSMV-Klassifikation nur eine Episode pro Woche als Kriterium gilt. (40) Hier stellt sich für mich die Frage, ob ein einmal wöchentlicher Kontrollverlust beim Essen in der Schwangerschaft

nicht möglicherweise auch als normal angesehen werden kann, was natürlich die Diagnosestellung stark verwässert.

Diese Studie von Knoph et al. ist eine der wenigen Studien mit größeren Fallzahlen zu einem Krankheitsbild (Binge Eating Störung), inwiefern die Kohorte dieser Studie generalisierbare Ergebnisse liefert, lässt sich von mir nicht beurteilen. Das Studiendesign ist retrospektiv. Die erwähnten Punkte entsprechen nicht den wünschenswerten Qualitätskriterien, welche im Methodenteil definiert wurden, somit sind die Ergebnisse kritisch zu betrachten.

Eine weitere Studie wurde von der Hauptautorin Bulik C. mit den Daten von MoBa publiziert. (11) In dieser Studie wurden die Fragebögen von den 62 schwangeren Frauen der Kohorte, die dem Krankheitsbild „Anorexia Nervosa“ zugeteilt wurden, näher untersucht. Ziel war es, die Häufigkeit ungeplanter Schwangerschaften bei anorektischen Patientinnen im Vergleich zu Patientinnen ohne Essstörung zu erforschen.

50% der als „Anorexia Nervosa“-Patientinnen eingestuft Frauen berichteten von einer erlebten ungeplanten Schwangerschaft, waren jünger bei der Geburt der Kinder und hatten häufiger eine Abtreibung in der Vergangenheit (24,2%). Die Vergleichsgruppe berichtete in 18,9% von einer ungeplanten Schwangerschaft und in 14,6% von einer vorangegangenen Abtreibung.

Aus den beschriebenen Erkenntnissen schließen Bulik et al., dass ein irregulärer Zyklus der Frauen möglicherweise als geringeres Risiko missinterpretiert wird, schwanger zu werden. Als Conclusio empfehlen die AutorInnen, Patientinnen ins Bewusstsein zu rufen, dass sie trotz ausbleibender Menstruation oder unregelmäßigem Zyklus verhüten sollen, sofern kein Kinderwunsch besteht.

Die StudienautorInnen bezeichnen ihre Erkenntnisse als „suggestiv“ und als Basis für weitere wissenschaftliche Studien. Viele Schwächen der eigenen Studie werden von Bulik et al. selbst genannt, für mich am interessantesten: Der Zeitpunkt der Datenerhebung um die 18. Schwangerschaftswoche. Die AutorInnen glauben, dass zu diesem Zeitpunkt ungeplante Schwangerschaften unterschätzt werden.

Begründung wurde keine genannt, möglicherweise wurden einige ungeplante Schwangerschaften zu diesem Zeitpunkt bereits abgebrochen.

Die Stichprobengröße von 62 Patientinnen erscheint mir zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht ausreichend groß.

Wiederum fällt die nicht ärztlich erfolgte Diagnosestellung auf, die Zuordnung zum Krankheitsbild der Anorexie erfolgte lediglich aufgrund eines Fragebogens. Diese Methode erscheint mir für die Erhebung relevanter Prävalenzdaten ungeeignet.

Knoph et al. (als Co-Autorin Bulik C.) untersuchten in einer weiteren Studie zur MoBa Kohorte psychosoziale Charakteristika, die Frauen zugeordnet werden konnten, die mittels Fragebogen als „Bulimia Nervosa“ Patientinnen eingeordnet wurden. (41)

In der Kohorte erfüllten 96 Frauen (0,2%) im ersten Trimenon die Kriterien für Bulimia nervosa. Im Vergleich zu Frauen, die die Kriterien keiner Essstörung erfüllten, hatten jene, die die Kriterien für Bulimia Nervosa erfüllten, häufiger Ängste, Depressionen, eine geringere Lebenszufriedenheit und ein geringeres Selbstbewusstsein. Frauen, die die Bulimia Nervosa Kriterien der AutorInnen erfüllten, waren eher Raucherinnen (vor, während und nach der Schwangerschaft) und konsumierten vor der Schwangerschaft größere Mengen Alkohol. Eine Remission der als Bulimia Nervosa definierten Kriterien war signifikant assoziiert mit mehr Selbstbewusstsein und größerer Lebenszufriedenheit.

Abermals kann hier keine gesicherte Diagnose der Erkrankung Bulimia Nervosa gestellt werden, die Zuordnung zum Krankheitsbild der Bulimia nervosa erfolgte mittels Fragen zum Essverhalten im MoBa Fragebogen. Die Stichprobe erscheint für die Größe der gesamten MoBa-Kohorte relativ klein (96 Patientinnen) und daher wenig aussagekräftig.

Die AutorInnen kritisierten selbst, dass sie sich nicht an die DSM IV Kriterien hielten und einmal wöchentliches Binge Eating mit dem Ergreifen entgegenwirkender Maßnahmen zur Zuordnung zum Krankheitsbild Bulimia Nervosa heranzogen (in der zum Zeitpunkt der Publikation geltenden DSM IV-Klassifikation waren mind. 2 Episoden pro Woche zur Diagnosestellung gefordert). Allerdings haben sich die

Kriterien mit Einführung des DSM V geändert (von zweimal pro Woche auf einmal pro Woche Binge Eating und Ergreifen entgegenwirkender Maßnahmen). (42) Somit erscheint dieses Vorgehen im Nachhinein legitimiert.

Die Daten der MoBa Kohorte wurden abermals für die Untersuchung des Einflusses einer mütterlichen Essstörung auf das kindliche Outcome herangezogen, wieder unterstützt durch Co-Autorin Bulik C. (26) Durch die Verbindung der Daten aus MoBa mit den Daten aus dem Geburtenregister von Norwegen wurde versucht, drei Generationen zu verknüpfen und Daten von Großmüttern, Müttern und Kindern zu erfassen. Die Stichprobe setzte sich aus den mütterlichen Großmüttern, welche sich für die MoBa Studie gemeldet hatten und deren Nachkommen zusammen. Es wurden zwei Datengruppen erfasst: einerseits, um die mütterlichen Essstörungen während der Schwangerschaft zu erfassen (Datensatz 1, Fragebogen 17.-18. Schwangerschaftswoche - verbunden mit den Daten aus dem Geburtenregister) und andererseits, um lebenslange mütterliche Essstörungen zu ermitteln (Datensatz 2, Fragebogen 18 Monate nach der Geburt - wieder verbunden mit den Daten aus dem Geburtenregister).

	Datensatz 1	Datensatz 2
Gesamtgröße	70,881	52,348
Anorexia nervosa	409	-
Bulimia nervosa	1,451	1,379
Binge Eating Störung	3,362	2,166
(Purging Disorder	73	333)
Keine Essstörung	65,586	48,470

Tab.1: Stichprobengröße der Studie von Watson et al., eigene übersichtliche Darstellung der Stichzahlen

Eine lebenslange Anorexia nervosa wurde in dem genutzten MoBa Fragebogen (Nr. 5) nicht erhoben. Eine Begründung konnte ich in den Erläuterungen der StudienautorInnen nicht finden.

Da in dieser Diplomarbeit der Hauptfokus nicht auf Purging Disorder liegt und die Fallzahlen im Vergleich zu den anderen Essstörungen relativ klein sind, wurde von einer näheren Erläuterung der Ergebnisse zu diesem Krankheitsbild abgesehen.

Im Wesentlichen fanden Watson et al. heraus, dass schwangere Frauen mit Essstörungen schlechtere Erfahrungen mit der Schwangerschaft und der Geburt erlebten und ihre Nachkommen bei schlechterer Gesundheit waren. Alle untersuchten Essstörungen gingen mit schwereren Geburtskomplikationen wie Sectio caesaria, eingeleiteter Geburt und verlängerter Wehentätigkeit einher.

In derselben Studie war Anorexia nervosa der Mutter während der Schwangerschaft mit dem höheren Risiko einer Sectio caesaria und geringerer Geburtslänge des Kindes; sowie einem geringeren Risiko verlängerter Wehentätigkeit, großer Geburtslänge und Geburt nach dem errechneten Geburtstermin signifikant assoziiert. In der ersten Analyse der Daten durch die StudienautorInnen konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen mütterlicher Anorexia nervosa und einem geringerem Geburtsgewicht der Babies nachgewiesen werden. In der zweiten Analyse der Daten durch die AutorInnen, wo auch das Geburtsgewicht der Mutter miteinbezogen wurde, blieb dieser Zusammenhang nicht signifikant.

Die AutorInnen zeigten, dass Bulimia nervosa in der Schwangerschaft mit einem signifikant höheren Risiko einer eingeleiteten Geburt einhergeht. Die Binge Eating Störung war mit einem höheren Risiko einer Sectio caesaria, einer eingeleiteten Geburt, einer großen Geburtslänge des Kindes bzw. large-for-gestational-age und einem geringeren Risiko einer geringen Geburtslänge assoziiert.

Lt. der AutorInnen ist das Studiendesign prospektiv, für mich war dies aus dem Methodenteil nicht klar interpretierbar. Da die Fragebögen der MoBa Studie genutzt wurden und die Fragestellung im Nachhinein mittels bereits beantworteter Fragebögen behandelt wurde, erscheint das Design eher retrospektiv. Inwiefern die Ergebnisse der Kohorte in Norwegen generalisierbar sind, kann ich nicht beurteilen. Der Studienaufbau ist mit zwei verschiedenen Datenkombinationen und drei Generationen komplexer nachzuvollziehen und für mich schwer zu interpretieren.

Welchen Einfluss Essstörungen auf die Geburt haben, untersuchten Bulik et al. in einer weiteren Studie mit den Daten der MoBa Kohorte in Verbindung mit dem norwegischen Geburtenregister. (21) 35,929 Frauen erfüllten die von den AutorInnen definierten Kriterien und wurden in die Studie miteinbezogen (davon 35 Frauen mit Anorexia nervosa, 304 Frauen mit Bulimia nervosa, 1,812 Frauen mit Binge Eating Disorder und 36 Frauen mit EDNOS-P die 6 Monate vor der Schwangerschaft von ihrer Essstörung berichteten und 33,742 Frauen ohne Essstörung).

Die Kategorisierung der Essstörungen wurde in dieser Studie sehr detailliert beschrieben. Die AutorInnen nutzten als Kriterium für Bulimia nervosa und die Binge Eating Störung ein wöchentliches binge und purge bzw. binge Verhalten, was in der 2009 (Publikationsjahr der Studie) geltenden DSM IV-Klassifikation für diese Erkrankungen mit 2-mal wöchentlichem Auftreten von binge und purge bzw. binge Verhalten beschrieben wurde. In der aktuellen Version der DSM-Klassifizierung (DSM V) wird für die Diagnose einer Bulimia nervosa oder einer Binge Eating Störung ein einmal wöchentliches binge und purge bzw. binge Verhalten gefordert. Diese Änderung wurde bereits an einer anderen Stelle der Diplomarbeit erwähnt und zitiert.

Bulik et al. ermittelten den BMI der Frauen mit den von den Frauen selbst bekanntgegebenen Gewichts- und Größenangaben aus den Fragebögen der MoBa Kohorte. Aus dem norwegischen Geburtenregister bezogen sie die Daten zu den Schwangerschaftskomplikationen der Frauen (Gestationsdiabetes, schwangerschaftsinduzierte Hypertonie, Präeklampsie, HELLP Syndrom, vaginale Blutungen, Plazenta praevia, Lage des Fetus, Entbindungsmodus – eingeleitete Geburt, Schnittentbindung, Einsatz von Allgemeinanästhesie und Epiduralanästhesie, langsamer Wehenfortschritt, Geburtsgewicht, Gestationslänge und APGAR Scores nach 1 und 5 Minuten).

Frauen mit Anorexia nervosa waren jünger als die Referenzgruppe und hatten einen geringeren BMI vor der Schwangerschaft, Frauen mit Binge Eating Störung hatten einen höheren BMI als die Referenzgruppe ohne Essstörungen. Frauen mit einer

Essstörung (AN, BN, BED) berichteten von einer größeren Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, vermehrtes Rauchen konnte auch bei allen Frauen mit Essstörung festgestellt werden. Ein höheres Geburtsgewicht der Babies, das höhere Risiko eines large-for-gestational-age Babys, das geringere Risiko eines small-for-gestational-age Babys und ein höheres Risiko einer Sectio caesaria wurde bei Frauen mit Binge Eating Störung ermittelt. Die AutorInnen empfehlen ein generelles Screening für Essstörungen (nicht nur in der Schwangerschaft) und speziell für die Binge Eating Störung. Die hier genannten Ergebnisse konnten von den StudienautorInnen signifikant nachgewiesen werden.

Die Kritik an der Studie lehnt sich an die bisher erwähnte Kritik der MoBa Studien an. Die Kriterien, nach denen die Frauen den unterschiedlichen Krankheitsbildern zugeordnet wurden, wurden sehr detailliert in der Studie erklärt und sind nachvollziehbar. Wieder stellt sich die Frage, welche Ergebnisse ärztlich diagnostizierte Patientinnen mit sich gebracht hätten. Inwiefern die MoBa Kohorte repräsentativ für die norwegische Bevölkerung oder auch andere Ethnien ist, lässt sich von mir nicht beurteilen.

In einer weiteren Studie von Knoph et al. (Bulik C. als Co-Autorin genannt) wurden der Verlauf und die Indikatoren von Essstörungen in der postpartalen Periode untersucht. (27) Im Rahmen der MoBa Kohorte wurden 18 und 36 Monate nach der Entbindung erneut Fragebögen an die Teilnehmerinnen verteilt, worauf die Studienergebnisse von Knoph et al. beruhen. Die unten angeführten Prävalenzdaten wurden aus den Fragebögen der MoBa Kohorte, welche den Frauen in der 18. Schwangerschaftswoche übermittelt wurden, erhoben.

Die Prävalenz von Essstörungen bei Frauen vor der Schwangerschaft wurde von den AutorInnen mit 0,1% Anorexia nervosa, 0,9% Bulimia nervosa, 0,1% EDNOS-P und 3,5% Binge Eating Disorder angegeben. In Summe waren dies 3,534 Frauen mit einer Essstörung vor der Schwangerschaft. Demgegenüber standen 74,273 Frauen ohne Essstörung.

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	EDNOS-P	Binge Eating Disorder	Keine Essstörung
Vor der Schwangerschaft	0,1% (72)	0,9% (672)	0,1% (92)	3,5% (2,698)	95,5% (74,273)
Während der Schwangerschaft	/	0,2% (183)	<0,1% (20)	4,3% (3,180)	95,3% (70,032)
18 Monate postpartum	0,2% (72)	0,7% (245)	0,1% (18)	2,7% (962)	88,0% (31,277)
36 Monate postpartum	0,2% (58)	0,9% (222)	0,1% (22)	3,1% (740)	83,9% (19,932)

Tab.2: Tabelle aus der Studie von Knoph et al.(27), auf Deutsch und vereinfacht dargestellt.

Durch den Charakter einer Longitudinalstudie schieden einige der Probandinnen im Verlauf aus, somit ergaben sich v.a. in der Gruppe ohne Essstörung sinkende Stichzahlen bis zum Zeitpunkt 36 Monate nach der Geburt.

Die Anzahl der Frauen, die sich nach 18 bzw. 36 Monaten in Remission befanden, soll nachfolgend in einer eigens erstellten Tabelle dargestellt werden.

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	EDNOS-P	Binge Eating Disorder
18 Monate postpartum	50%	39%	46%	45%
36 Monate postpartum	59%	30%	57%	42%

Tab.3: Selbst-erstellte Tabelle zur Erleichterung der Übersicht über die Studienergebnisse von Knoph et al. (27)

Trotz dieser hohen Zahl an Remissionsfällen merken die AutorInnen an, dass eine große Anzahl von Frauen weiterhin alle oder Teile der Kriterien für Essstörungen erfüllten. Waren Frauen während ihrer Schwangerschaft an Bulimia nervosa

erkrankt, so ergab sich ein erhöhtes Risiko, auch in der postpartalen Phase betroffen zu sein. Der BMI und psychischer Stress waren signifikant mit dem Verlauf der Binge Eating Störung assoziiert.

Die Kriterien für die Kategorisierung der unterschiedlichen Essstörungen wurde in der Arbeit dieser Forschungsgruppe sehr detailliert erklärt. Die Zuordnung der Diagnosen anhand der MoBa Fragebögen war in den oben genannten Studien ein häufiger, objektiver Kritikpunkt, und dieser wurde auch in dieser Studie von den AutorInnen wiederum selbst angeführt. Knoph et al. merken an, dass diese Methode auch in anderen epidemiologischen Studien in Norwegen angewandt wird und möglicherweise die Bereitschaft der Frauen erhöht, v.a. purging Verhalten mitzuteilen, im Gegensatz zur Bereitschaft in einem Interview darüber zu sprechen. Anhand der ausführlichen und aufschlussreichen Erklärung ist die Zuordnung zu den Subgruppen der Essstörungen jedoch gut nachvollziehbar. Trotzdem wäre es aus meiner Sicht wünschenswert, dass Probandinnen mit einer suspeziierten Essstörung tatsächlich auch ärztlich diagnostiziert werden, um Eingang in eine Studie zu finden. Dies ist jedoch, wie auch schon von den AutorInnen dieser Studie angemerkt, mit einem deutlich größeren Aufwand verbunden, was wiederum möglicherweise geringere Fallzahlen und somit auch eine geringere wissenschaftliche Aussagekraft mit sich bringt.

Siega-Riz et al. (wieder Bulik C. als Co-Autorin genannt) beschäftigten sich auch mit den Daten aus der Kohortenstudie MoBa, um die Gewichtszunahme von Frauen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder) während der Schwangerschaft zu erforschen und diese Gewichtszunahme mit der Gewichtszunahme von Schwangeren ohne Essstörungen zu vergleichen. (43)

35,148 Frauen der MoBa Kohorte wurden in die Analyse der AutorInnen einbezogen. Um die Gewichtszunahme zu beurteilen, wurde die 1990 Institute of Medicine guideline for weight gain (12-18 kg für Untergewichte, 11,3-16 kg für Normalgewichte und 6,8-11,3 kg für Übergewichtige) angewandt.

Anhand der WHO Leitlinie wurden 3,0% der Frauen als untergewichtig, 65,3% der Frauen als normalgewichtig, 22,3% der Frauen als übergewichtig und 9,4% der

Frauen als fettleibig klassifiziert. 0,1% der Teilnehmerinnen wurden mit Anorexia nervosa, 0,8% mit Bulimia nervosa, 0,1% mit EDNOS-P und 5,1% mit Binge Eating Störung vor der Schwangerschaft klassifiziert.

Frauen mit Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder hatten zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft durchschnittlich signifikant mehr Gewicht zugenommen als Frauen ohne Essstörung. Frauen mit diesen Erkrankungen waren, im Vergleich zu Frauen ohne Essstörungen, mit einem erhöhten Risiko einer exzessiven Gewichtszunahme in der Schwangerschaft konfrontiert. Für Frauen mit Anorexia nervosa konnte kein signifikanter Nachweis bezüglich der Gewichtszunahme erfolgen, da die Stichprobe zu klein war.

Die Stärken und Schwächen der MoBa Kohorte und der daraus abgeleiteten Studien wurden bereits ausreichend diskutiert. Siega-Riz et al. diskutieren, dass v.a. übergewichtige Frauen ihr Gewicht selbst oft unterschätzen und bei der Erhebung des Gewichts mittels Fragebogen möglicherweise auch falsche Angaben tätigen und daher die Gewichtszunahme unterschätzt wird.

Torgersen et al. (Forschungsgruppe um Bulik C.) untersuchten im Jahr 2010 das Stillverhalten von Müttern mit Essstörungen anhand der Daten aus der MoBa Kohorte. (28) 39,355 Frauen wurden in dieser Studie berücksichtigt und Fragebögen von 2 Erhebungszeitpunkten (17. Schwangerschaftswoche und 6 Monate nach der Geburt) analysiert.

„Stillen“ wurde als Stillen mit möglicher Ergänzung durch Milch oder feste Nahrung definiert.

Als „Füttern mit dem Fläschchen“ wurde das Füttern von Babynahrung mit der Flasche mit möglicher Ergänzung durch feste Nahrung bezeichnet.

Als „ausschließliches Stillen“ wurde das Stillen ohne Ergänzung durch Babynahrung aus der Flasche oder feste Nahrung beschrieben.

Die Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder und EDNOS-Purging Type wurden untersucht. In Verbindung mit dem medizinischen

Geburtenregister Norwegens lieferten die Untersuchungen der AutorInnen folgende Ergebnisse:

- 0,1% (39 Frauen) erfüllten die Kriterien für Anorexia nervosa, 0,8% für Bulimia nervosa (334 Frauen), 4,6% (2007 Frauen) für Binge Eating Störung, 0,1% (42 Frauen) für EDNOS-P und 85,5% (36,933 Frauen) berichteten von keiner Essstörung.
- 98% der Frauen fingen mit dem Stillen ihrer Kinder an. 6 Monate nach der Geburt stillten 85% der Frauen noch. 83% begannen ausschließlich zu stillen. Bis zu 6 Monate nach der Geburt stillten 15% der Frauen noch ausschließlich.
- Frauen mit Anorexia nervosa und EDNOS-P hatten ein signifikant höheres Risiko mit dem Stillen aufzuhören.

Die AutorInnen nennen in den Limitationen einen spannenden Aspekt der MoBa Studie, der für mich bisher nie zu erkennen war: die ethnische Diversität der norwegischen Bevölkerung wurde in MoBa nicht repräsentiert, da die MoBa Fragebögen scheinbar in norwegischer Sprache ausgegeben wurden. Die prozentuelle Verteilung der ethnischen Gruppen in Norwegen wurde leider in keiner vertrauenswürdigen Quelle gefunden. Die Kritik an der Art der Diagnosestellung und der Generalisierbarkeit der Ergebnisse gleicht der bereits geäußerten Kritik an den anderen Studien der MoBa Kohorte.

Nach sorgsamer Durchsicht aller zur Diagnosestellung einer Essstörung relevanten Fragen in den Fragebögen der MoBa Kohorte (44) erscheint die Diagnosestellung einer Essstörung prinzipiell möglich, allerdings fehlt definitiv die genaue ärztliche Exploration und eine klinische Diagnosestellung. Somit ist diese Form der Diagnosestellung, wie bereits von diversen in dieser Diplomarbeit zitierten StudienautorInnen festgestellt, potentiell anfälliger für verschiedene Fehler:

- missverständliche oder auch absichtlich falsche anamnestische Angaben der Teilnehmerinnen
- falsche Interpretation der Angaben durch die Untersuchenden

- Selektionsbias betreffend den Rücklauf der Fragebögen – u.a. Aversion gegenüber der Offenbarung der Erkrankung bei Betroffenen.

Es wurde in den Fragebögen explizit nach bereits diagnostizierten Essstörungen gefragt und zwei aufgezählt (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa). Fraglich ist jedoch, ob alle Betroffenen (v.a. noch nicht offiziell diagnostizierte Patientinnen) erfasst wurden und die nicht explizit erwähnte Binge Eating Störung manchen Betroffenen somit nicht als Essstörung bewusst war und daher von diesen nicht genannt wurde. Zwar wird erwähnt, dass die Fragen zu Essstörungen in Anlehnung an die DSM-IV Kriterien erstellt wurden (21), allerdings sind Fragebögen meiner Meinung nach aus den bereits genannten Gründen dennoch eher als Screeningtool denn als exaktes Diagnoseinstrument zu bewerten.

Die AutorInnen der o.g. MoBa Studien erwähnen weiteres die Gefahr eines Selektionsbias in der Kohortenstudie, da v.a. gebildete Frauen an dieser teilnehmen würden und die Bevölkerung sich somit nicht repräsentativ in der Kohorte widerspiegeln würde. (11)

Die Fragestellungen der MoBa Studien von Bulik C. als Autorin und Co-Autorin sind interessant und auch die Studien werden meiner Meinung nach aufschlussreich und reflektiert präsentiert.

Das gewählte Design ist meiner Meinung nach aber nicht immer geeignet, um die Fragestellungen zu beantworten. Oft folgen auf die Erkenntnisse einer Studie mehrere weitere Studien mit derselben Kohorte als untersuchtem Kollektiv. Es wurden keine neuen Daten akquiriert und auch kein prospektives Studiendesign umgesetzt. Aus den oben bereits genannten Gründen wären aber aus meiner Sicht gerade wegen der nicht ärztlich erfolgten Diagnosestellung prospektive Kontrollstudien zu denselben Fragestellungen wünschenswert. Oft scheitert die Umsetzung an fehlenden finanziellen Mitteln, da es einen großen organisatorischen und personellen Aufwand erfordert, eine große Kohorte über mehrere Jahre zu betrachten und zu analysieren, insbesondere, wenn die Diagnosestellung ärztlich erfolgen soll.

Die Studien der MoBa Kohorte besitzen teilweise große Fallzahlen und eine durchaus systematische Untersuchung der einzelnen Essstörungen, was ihnen trotz der oben genannten Schwächen einen gewissen Stellenwert zusichert und auch die Berücksichtigung in der S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung der Essstörungen“ begründet. (45) Ob die MoBa Kohorte repräsentativ für die Bevölkerung in Norwegen ist und wie weit diese Erkenntnisse auf andere Ethnien und Länder übertragbar ist, ist fraglich. Eine geringe Beteiligung an der Kohortenstudie und gebildete Teilnehmerinnen werden von der Forschungsgruppe als möglicher Bias genannt, welche die Repräsentativität für die norwegische Bevölkerung mindern könnte. (27)

Studien mit kleiner Stichprobenzahl

Taborelli et al. untersuchten in einer Studie mit 12 Probandinnen, welche an schweren Essstörungen während der Schwangerschaft litten, mittels Analyse aus Erzählungen, wie die Frauen den Übergang von der Schwangerschaft zur Mutterschaft erlebten, v.a. im Vergleich zwischen ihrer ersten Schwangerschaft und weiteren Schwangerschaften. (46) Da die Interviews mittels interpretativer phänomenologischer Analyse ausgewertet wurden, lassen sich keine allgemeinen Schlüsse durch die Erkenntnisse aus dieser Studie ziehen. Die AutorInnen beschreiben diese Methode folgendermaßen: Die InterviewerIn zieht mittels eigenem Wissens- und Erfahrungsschatz Schlüsse aus dem Gesagten der Interviewten. Einige spannende Erkenntnisse aus dieser Publikation sollen dennoch in dieser Diplomarbeit erwähnt werden.

9 von 12 Schwangerschaften waren ungeplant. Die Frauen berichteten von einer schwierigen Phase in der frühen Schwangerschaft, in der bereits eine Gewichtszunahme stattfindet, die Schwangerschaft für Außenstehende jedoch noch nicht ersichtlich ist. Im zweiten und dritten Trimenon beschrieben die Frauen ein besseres Verhältnis zu ihrem schwangeren Körper und eine größere Akzeptanz gegenüber Veränderungen ihrer Erscheinung. Postpartal kehrten die negativen

Gedanken über den eigenen Körper bei allen Frauen zurück, binge und purging Verhalten trat bei allen erneut auf, die dies vor der Schwangerschaft praktizierten.

Viele Probandinnen zeigten auch depressive Symptome. Eine Probandin berichtete von einem großen Schock nach der Geburt, da sie ihr „schwangeres Ich“ verloren habe und nun mit einem Körper zurückbliebe, den sie schrecklich fände. Sie bekam 7 weitere Kinder, denn durch die Schwangerschaften, konnte sie diese innere Leere wieder füllen, die nach der Geburt zurückblieb.

Die Autorinnen und Autoren sehen die frühe Phase der Schwangerschaft als geeignetes Zeitfenster für die Behandlung einer Essstörung an. Ein Screening sehen Taborelli et al. problematisch, da Essstörungen v.a. in der Schwangerschaft mit viel Scham verbunden seien und nicht ohne weiteres preisgegeben würden. Sie empfehlen Hebammen und GeburtshelferInnen bei Verdacht auf eine Essstörung den Patientinnen angemessene Unterstützung während und auch nach der Schwangerschaft anzubieten.

Aufgrund des Studiendesigns und der geringen Fallzahl besitzt diese Studie nur eine sehr begrenzte Aussagekraft im quantitativen Verständnis des Phänomens der Essstörungen. Ich sehe ihre Stärke jedoch im Versuch der qualitativen Exploration und Erklärung der psychodynamischen/psychopathologischen Vorgänge bei schwangeren Frauen mit Essstörungen. Der Interpretationsspielraum der InterviewerInnen führt methodenbedingt zu Unschärfe, aber in der semantisch dominierten wissenschaftlichen Literatur zum Thema bleiben die Ursachen und Gedanken der Betroffenen meist unberücksichtigt. Diese Publikation trägt für mich jedoch zum tieferen Verständnis der Essstörungen bei Schwangeren bei und könnte aus meiner Sicht auch psychotherapeutische Ansätze und Implikationen bedingen.

Eine Studie aus Tokyo aus dem Jahr 2020 untersuchte mittels serieller Interviews schwangere Frauen, die sechs Monate keine Symptome einer Essstörung hatten, in der Vergangenheit aber in einem Krankenhaus wegen einer Essstörung diagnostiziert und behandelt wurden. (31) Im Zeitraum von 1994-2004 traf dies auf 55 Frauen zu, die sich in Remission einer Essstörung befanden, schwanger wurden und ein Kind gebären. 25 von den 55 Frauen stimmten der Teilnahme an der Studie

zu (davon 21 mit Bulimia nervosa und 4 mit Anorexia nervosa). Eine Frau erlitt eine Fehlgeburt, somit wurden 24 Frauen tatsächlich eingeschlossen.

Während der Schwangerschaft und nach der Geburt wurden alle 2 Wochen Interviews durchgeführt. Es kamen der Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) und eine japanische Version der Edinburgh Depression Scale zur Anwendung.

EAT-26 wurde entwickelt, um nach ungewöhnlichem Ernährungsverhalten zu suchen und um Essstörungen zu erkennen. Die japanische Version der Edinburgh Depression Scale wurde zum Screening auf postpartale Depressionen eingesetzt. Die Frauen wurden stets von derselben Interviewerin/demselben Interviewer befragt.

Die Auswertung der Interviews brachte folgende Ergebnisse:

- 16 Patientinnen (67%) entwickelten in der Schwangerschaft einen Rückfall
- 12 Patientinnen (50%) entwickelten nach der Geburt einen Rückfall
- 12 Patientinnen (50%) wurden mit einer postpartalen Depression diagnostiziert, davon gebären 4 Patientinnen (33%) Kinder mit geringerem Geburtsgewicht

Die AutorInnen der Studie beobachteten, dass ein geringes Geburtsgewicht des Kindes nur bei Patientinnen mit postpartaler Depression auftrat und schlossen daraus, dass ein genaues Beobachten der Essstörung in der Schwangerschaft und auch nach der Geburt für Mutter und Kind vorteilhaft wäre.

Makino et al. sind zurückhaltend in der Interpretation ihrer Ergebnisse, da sie selbst bereits Schwächen ihrer Studie benannten. Die kleine Stichprobe mit ausschließlich Anorexia nervosa und Bulimia nervosa Patientinnen sowie die fehlende Kontrollgruppe limitieren die Aussagekraft der Studie. Außerdem beziehen sich die Ergebnisse auf ein einzelnes Krankenhaus in Tokyo - ein Vergleich unterschiedlicher Städte oder Länder wäre interessant und wissenschaftlich wohl aussagekräftiger.

Die Interviews wurden stets von derselben Interviewerin durchgeführt, was die Ergebnisse einerseits verzerren kann (Interviewer-Bias), aber auch förderlich für die Offenheit der Probandinnen und die Standardisierung der Interviews sein kann.

Studien zum Einfluss der Essstörung der Mutter auf die kindliche Entwicklung

In einer 2001 veröffentlichten Studie von Franko et al. wurden Schwangerschaftskomplikationen und die Gesundheit der Neugeborenen beobachtet. (47) Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden 49 Geburten einer Gruppe von Frauen mit Essstörungen prospektiv verfolgt.

Die Stichprobe wurde aus 246 Frauen, welche Teil einer Longitudinalstudie zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa waren, gewonnen. Die Frauen wurden kontaktiert, interviewt und gebeten, einen Fragebogen zu Schwangerschaftskomplikationen auszufüllen und Einsicht in ihre Krankenakte zu gewähren. 44 Fragebögen und Einwilligungen zur Einsicht in die Krankenakte wurden retourniert, 36 Aufzeichnungen der Mütter und 30 Aufzeichnungen der Kinder erhielten die AutorInnen von den Spitälern.

Die Teilnehmerinnen wurden in 2 Gruppen kategorisiert:

- Nach ihrer Diagnose zum Zeitpunkt des Eintritts in die Longitudinalstudie
- Nach ihrer Diagnose in den 9 Monaten vor Eintreten der Schwangerschaft.

Daraus ergaben sich folgende Zahlen: 2 Geburten waren von Frauen mit Anorexia nervosa, restriktiver Typ; Frauen mit Anorexia nervosa bingeing oder purging Typ hatten 16 Geburten und 31 Geburten waren von Frauen mit Bulimia nervosa.

Die AutorInnen berücksichtigten auch die Ausprägung der Symptome der Essstörung zum Zeitpunkt des Eintretens der Schwangerschaft, da einige Frauen vor der Schwangerschaft ihre Essstörung überwinden konnten.

22 der Geburten waren von Frauen mit einer aktiven Essstörung bei Eintritt der Schwangerschaft. Davon erfüllten 5 Frauen die Kriterien für Anorexia nervosa, restriktiver Typ; 3 erfüllten die Kriterien für Anorexia nervosa binge oder purge Typ und 14 erfüllten die Kriterien für Bulimia nervosa. 25 Geburten waren von Frauen ohne aktive Essstörung in den 9 Monaten vor der Empfängnis. Von 2 Teilnehmerinnen waren keine vollständigen Daten zu den Symptomen 9 Monate vor Eintreten der Schwangerschaft vorhanden.

Die Mehrheit der Frauen brachte nach einer normalen Schwangerschaft gesunde Kinder zur Welt. 6,1% (n=3) der Babies in der untersuchten Gruppe hatten eine angeborene Fehlbildung, 2 der 3 Mütter zeigten potentiell teratogenes Verhalten in der Schwangerschaft (schweres purging Verhalten in Form von Erbrechen und Laxantienabusus und Alkoholabusus). Die AutorInnen merken an, dass die Stichgröße zu klein sei, um kausale Zusammenhänge zu formulieren.

Schnittentbindungen und die Häufigkeit von postpartalen Depressionen wurden häufiger beobachtet als in der Normalbevölkerung. Klinische Unterschiede fanden sich v.a. zwischen den Frauen, die in der Schwangerschaft Symptome einer Essstörung hatten und denen, die keine Symptome in der Schwangerschaft hatten, allerdings waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Von den AutorInnen wurde eine höhere Rate an Schnittentbindungen in der symptomatischen Gruppe beobachtet. In der symptomatischen Gruppe war die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft signifikant und positiv assoziiert mit dem Geburtsgewicht.

34,7% der Frauen (das sind 17 von 49 Frauen) berichteten von postpartalen Depressionen, was von den StudienautorInnen durch die medizinischen Aufzeichnungen der Frauen bestätigt wurde. Franko et al. verwiesen auf ein Handbuch von Gotlib et al. (dies ist scheinbar die/der ursprüngliche AutorIn, im Literaturverzeichnis scheinen Blechman und Brownell als AutorInnen auf, welche das Handbuch bearbeitet haben). aus dem Jahr 1998, in dem berichtet wird, dass 3 bis 12% der Frauen in der Allgemeinbevölkerung von postpartalen Depressionen betroffen sind. (48) Ob die Zahlen in diesem Handbuch durch eine qualitativ gute Studie ermittelt wurden, lässt sich von mir leider nicht beurteilen, da ich dieses online nicht einsehen konnte. Da der Inhalt des Handbuchs sich nicht direkt mit dem

Thema meiner Diplomarbeit deckt, sondern nur eine Zusatzinformation zu einer Studie liefert, wurde vom Erwerb abgesehen.

Fast die Hälfte der Frauen in der symptomatischen Gruppe der Studie von Franko et al. berichtete von postpartalen Depressionen, was durch die medizinischen Aufzeichnungen von den StudienautorInnen bestätigt wurde. Die AutorInnen empfehlen, diesem Thema in weiteren Forschungen nachzugehen um die biologischen Zusammenhänge und Umweltfaktoren, die zum vermehrten Auftreten postpartaler Depressionen beitragen, zu ermitteln.

Die AutorInnen empfehlen, Frauen mit aktiver oder vergangener Essstörung während und nach der Schwangerschaft besser zu überwachen.

Die Studie ist mit dem Publikationsjahr 2001 schon etwas älter. Das prospektive Studiendesign ist positiv hervorzuheben. Es wurden Mütter mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa untersucht, Binge Eating Disorder fand jedoch keine Berücksichtigung. Die Frauen wurden an einem einzelnen öffentlichen Spital in Massachusetts für die Studie rekrutiert. Die Zahl der Probandinnen ist zu klein, um Aussagen für die unterschiedlichen Subtypen an Essstörungen treffen zu können (5 Frauen mit Anorexia nervosa beim Eintreten der Schwangerschaft ist eine unzureichend große Stichprobe, um Aussagen über die Häufigkeit von Komplikationen zu treffen).

Um das Stillen, das Verhalten von Müttern beim Füttern ihrer Kinder und die Einstellung der Mütter zum Füttern ihrer Kinder von Frauen mit Essstörungen und gesunden Frauen zu vergleichen, rekrutierten Martini et al. 99 Frauen. 25 Frauen mit aktiver Essstörung, 28 Frauen mit einer Essstörung in der Vergangenheit und 46 gesunde Frauen wurden während ihrer Schwangerschaft für die Teilnahme an der Studie gewonnen und von den AutorInnen longitudinal beobachtet. (49)

Die Frauen wurden mittels Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) zur Psychopathologie ihrer Nahrungsaufnahme zu mehreren Zeitpunkten befragt.

In dieser Studie stillten Mütter mit rezenter Essstörung, mit vergangener Essstörung und gesunde Mütter gleich häufig. Frauen mit vergangener Essstörung konnten die

Zeichen von Hunger und Sättigung ihrer Kinder im Vergleich zu gesunden Frauen schwerer deuten. Auch die Sorge über zu viel Nahrungsaufnahme und Übergewicht ihrer Kinder war bei Frauen mit vergangener Essstörung öfter als bei gesunden Frauen vorhanden. Mütter mit aktiver Essstörung hatten 6 Monate nach der Geburt vermehrt Sorgen bezüglich Übergewichts und einer zu großen Nahrungsaufnahme ihrer Kinder.

Die AutorInnen empfehlen wachsam im Umgang mit Müttern mit einer vergangenen oder aktiven Essstörung zu sein, da potentiell negative Effekte auf das Ernährungsverhalten ihrer Kinder zu erwarten seien.

Die größten Stärken der Studie wurden bereits von den AutorInnen selbst genannt (ein prospektives Studiendesign und die Stellung der Diagnose mittels diagnostischer von geschulten ForscherInnen geführter Interviews, welche regelmäßig mit dem Seniorautor/der Seniorautorin der Studie diskutiert und abgesegnet wurden).

Die Stichprobe ist eher klein und lässt daher keine statistisch gut abgesicherten Schlüsse auf die einzelnen Erkrankungen zu, was auch von den StudienautorInnen selbst kritisiert wird.

Welche Auswirkungen Essstörungen der Mutter auf die Ernährung und das Gewicht ihrer Kinder im ersten Lebensjahr hatten, untersuchten Micali, Simonoff und Treasure in einer Studie im Jahr 2008. (18) Die Studienteilnehmerinnen waren Teil der ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children).

Eine Erkenntnis der AutorInnen war, dass Frauen mit Essstörungen eher stillten. Mütter mit Anorexia nervosa waren zwischen 0 und 6 Monaten eher mit Schwierigkeiten beim Füttern ihrer Kinder konfrontiert als Mütter ohne psychiatrische Erkrankung. Frauen mit Bulimia nervosa hatten Kinder, die im Alter von 9 Monaten eher übergewichtig waren und ein schnelleres Wachstum aufwiesen.

Die Autorinnen empfehlen, diese potentiellen Schwierigkeiten bei Frauen mit Essstörungen zu berücksichtigen, da sie einen Zusammenhang zwischen der Essstörung der Mutter und Problemen der kindlichen Ernährung und dem kindlichen Wachstum im ersten Lebensjahr feststellen konnten.

Die Ergebnisse beziehen sich auf Frauen aus einem einzigen Gebiet in England. Die Fragestellung wurde mit bereits vorhandenen Daten der ALSPAC untersucht. Es konnten relativ große Fallzahlen erreicht werden (247 Anorexia nervosa Patientinnen und 194 Bulimia nervosa Patientinnen), allerdings wurden diese nicht mittels diagnostischer Interviews erhoben, sondern von den Frauen selbst berichtet. Die Binge Eating Störung wurde nicht untersucht.

Eine brasilianische Studie mit 697 Frauen (119 davon mittels Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q als Frauen mit binge eating Verhalten eingeteilt) untersuchte, inwiefern sich binge eating Verhalten (nicht tatsächlich diagnostizierte Binge Eating Störung) auf das Geburtsgewicht, die Frühgeburtlichkeit, die Kaiserschnitttrate und das Auftreten von SGA bzw. LGA auswirkt. (50) Die Frauen wurden nach der Geburt ihrer Kinder neuerlich telefonisch kontaktiert und zum Geburtsverlauf befragt. In dieser Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den o.g. Faktoren und binge eating Verhalten nachgewiesen werden. Die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft war jedoch signifikant erhöht bei Frauen, die von binge eating in der Schwangerschaft berichteten. Die Empfehlung der AutorInnen lautet, Frauen, die von binge eating berichten, einem diagnostischen Assessment für Essstörungen zu unterziehen.

Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Kohorte in Brasilien und repräsentieren Frauen, die nicht die Kriterien einer Binge Eating Störung erfüllen, sondern deren Essverhalten in der Schwangerschaft von binge eating geprägt ist. Die Erkenntnisse sind interessant, da laut Nunes et al. scheinbar das reine binge eating keinen Einfluss auf das Kind, sondern lediglich auf die Gewichtszunahme der Mutter in der Schwangerschaft hat. Somit scheinen lt. den AutorInnen andere Faktoren einen Einfluss auf den Geburtsverlauf zu haben, wenn die Mutter an einer diagnostizierten Binge Eating Störung leidet. 119 Frauen sind eine kleine bis mittelgroße Stichprobe,

welche, wie bereits erwähnt, nicht von einer Binge Eating Störung sondern lediglich von binge eating in der Schwangerschaft betroffen waren.

Studie zur Betreuung von Schwangeren mit Essstörungen

Leddy et al. beschäftigten sich in einer US-amerikanischen Studie zum Thema „Betreuung schwangerer Frauen mit Essstörungen“ mit dem Wissen von ärztlichem Personal, das Schwangere betreut. (22) Hier wurden einerseits GynäkologInnen als auch „generalists“ befragt (wobei für mich aus der Studie nicht eindeutig hervorgeht, ob es sich bei „generalists“ um AllgemeinmedizinerInnen oder GynäkologInnen, die sowohl Gynäkologie als auch Geburtshilfe betreiben, handelt).

Zum Zweck der Datenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt und an 968 Mitglieder des American College of Obstetricians and Gynecologists gesandt. In dem Fragebogen wurden vier Kategorien erfasst:

1. Charakteristika von Arzt/Ärztin und Patientin;
2. Praktiken bezüglich Screenings, Diagnose, Behandlung und Überweisung von Patientinnen mit Essstörungen;
3. Das Wissen über gesundheitsschädigende Effekte von Essstörungen für die Frauen und ihre Nachkommen und
4. Ansichten und Meinungen über Essstörungen und ärztliches Training, um Essstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln.

Ein Erkenntnisgewinn der AutorInnen war, dass 81,1% der Ärztinnen/Ärzte keine Essstörungen behandeln. (Weibliche) ÄrztInnen überwiesen ihre Patientinnen eher an PsychotherapeutInnen und „generalists“ überwachten im Verlauf genauer das Gewicht ihrer Patientinnen als GynäkologInnen, wenn ein Verdacht auf eine Essstörung bestand.

Das Erfassen einer Essstörung sehen die Mehrheit (54%) der „generalists“ als ihre Aufgabe an, 71,7% jedoch sehen die Behandlung der Essstörung nicht als ihre Aufgabe. Über 90% der „generalists“ stimmen zu, dass Essstörungen negative Effekte auf die Schwangerschaft haben.

Sowohl „generalists“ als auch GynäkologInnen stimmen zu, dass Essstörungen negative Effekte auf die Schwangerschaft haben. Viele sehen das Erfassen der Essstörung als Ihre Aufgabe an, jedoch nicht die Behandlung der Essstörung. Ein gezieltes Screening nach Essstörungen findet nicht statt, die AutorInnen erachten ein solches aber als sinnvoll und das derzeit fehlende Screening als entgangene Chance, gefährdete Patientinnen rechtzeitig herauszufiltern und ihnen eine angemessene Betreuung zu ermöglichen.

Die Trennung von Geburtshilfe und Gynäkologie und ausschließlich Gynäkologie gibt es in Österreich nicht. Es wurden Mitglieder eines Berufsverbandes in den USA mittels Fragebogen befragt. Eventuell wäre in Österreich der Vergleich von AllgemeinmedizinerInnen und GynäkologInnen interessant, oder der Unterschied zwischen GynäkologInnen im Krankenhaus und niederglassenen GynäkologInnen.

Studien mit großer Stichprobenzahl

Die Studie von Mantel et al. untersuchte anhand einer schwedischen Kohorte die Assoziation zwischen mütterlichen Essstörungen und dem Risiko nachteiliger Schwangerschafts- und Geburtsverläufe und verband die Daten mit Daten aus dem schwedischen Geburtenregister. (3)

7542 Frauen mit Essstörungen wurden mit 1 225 321 Frauen ohne Essstörung verglichen. 2769 (0,2%) Frauen hatten die Diagnose Anorexia nervosa, 1378 (0,1%) Bulimia nervosa und 3395 (0,3%) fielen in die Kategorie EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) und konnten nicht einem exakten Krankheitsbild zugeordnet werden, erfüllten aber einige Kriterien unterschiedlicher Krankheitsbilder.

Die Stichprobe wurde aus dem Geburtenregister in Schweden zwischen 2003 und 2014 gewonnen. Eingeschlossen wurden Frauen mit ICD-9 und ICD-10 klassifizierten Diagnosen der o.g. Erkrankungen (AN, BN, EDNOS) ab dem Jahr

1987. Auch unterschieden die AutorInnen zwischen aktiver (Diagnose innerhalb des letzten Jahres gelistet) und ehemaliger (letzte Diagnose erschien vor mehr als einem Jahr vor Eintreten der Schwangerschaft) Essstörung.

Eine Assoziation zwischen Essstörungen und dem Auftreten von Hyperemesis gravidarum konnte bei allen drei Erkrankungen festgestellt werden, v.a. Frauen mit einer aktiven Essstörung haben ein höheres Risiko von Hyperemesis gravidarum betroffen zu sein. Die Prävalenz von Komorbiditäten (Substanzmissbrauch, Angststörungen, affektive Störungen, Diabetes mellitus Typ 1 und 2) war signifikant höher bei Frauen mit Essstörungen aller Subtypen.

Ein signifikant höheres Risiko für peripartale Blutungen konnte bei Frauen mit Anorexia nervosa festgestellt werden. Frauen mit aktiver Anorexia nervosa sind einem doppelt erhöhten Risiko einer Frühgeburt ausgesetzt und bekommen mit doppelter Wahrscheinlichkeit SGA-Babies. Auch ein dreifach erhöhtes Risiko, ein Neugeborenes mit Mikrozephalie zu gebären, wurde bei Frauen mit aktiver Anorexia nervosa festgestellt. Für Frauen mit Anorexia nervosa in der Vergangenheit konnte ebenfalls ein erhöhtes Risiko für alle eben genannte Geburtsverläufe bestätigt werden. Ein signifikant höherer Anteil der Frauen mit Anorexia nervosa und EDNOS war untergewichtig, im Vergleich zu Frauen ohne Essstörung.

Ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten und Mikrozephalie des Neugeborenen konnte auch bei anderen Subtypen von Essstörungen beobachtet werden. Auch bei Frauen mit Essstörungen in der Vergangenheit konnten die AutorInnen ein signifikant höheres Risiko für nachteilige Schwangerschafts- und Geburtsverläufe feststellen.

Besonders interessant erscheinen die Prävalenzdaten aus dieser Studie. 0,1% der Gebärenden hatten die Diagnose Bulimia nervosa, 0,2% wurden mit Anorexia nervosa diagnostiziert und 0,3% erfüllten die Kriterien für EDNOS. Die deutlich höheren Prävalenzzahlen von Easter et al. (7,5%) (23) spiegeln sich in dieser Studie nicht wider (allerdings wurde in der Studie von Mantel et al. die Binge Eating Störung nicht berücksichtigt).

Mantel et al. diskutieren betreffend die Stärken und Limitationen ihrer Studie, dass nur schwerere (ärztlich diagnostizierte) Krankheitsverläufe Eingang in ihre Studie fanden und viele nicht ärztlich diagnostizierte Fälle in ihre Arbeit nicht einfließen. Dies ist meiner Meinung die größte Stärke der Studie und in gewisser Weise auch einzigartig, v.a. für die Größe der Stichprobe. Die Ergebnisse beruhen auf einer Kohorte in Schweden und die AutorInnen selbst sehen ihre Ergebnisse als generalisierbar für ähnliche Populationen mit vergleichbaren demografischen Faktoren und ähnlichem Gesundheitsversorgungssystem an. Die Ergebnisse einer Studie mit ähnlichem Studiensetting in einem anderen Land wären interessant.

An der Eating Disorder Clinic of Helsinki University Central Hospital wurden Frauen, die zwischen 1995 und 2010 an der Klinik aufgrund einer Essstörung behandelt wurden (n=2257) mit Frauen ohne Essstörung aus der Normalbevölkerung (n=9028) verglichen. (19)

Daraus ergaben sich folgende Fallzahlen:

	Anzahl Patientinnen	Anzahl Geburten
Anorexia nervosa	182	302
Bulimia nervosa	436	724
Binge Eating Disorder	39	52
Kontrollgruppe	3642	6319

Tab.4: Übersichtliche Darstellung der Daten aus der Studie von Linna et al. (19)

Linna et al. konnten zeigen, dass eine mütterliche Anorexia nervosa mit Anämie der Mutter, langsamem fetalen Wachstum, frühzeitigen Wehen, einer kurzen Eröffnungsphase der Geburt, Frühgeburtlichkeit, small for gestational age Babies, und perinatalem Tod assoziiert war.

Mütterliche Bulimia nervosa ging mit einem erhöhten Auftreten von frühzeitigen Wehen, vermehrten Wiederbelebungen der Neugeborenen und niedrigen APGAR Scores nach einer Minute einher.

Frauen mit Binge Eating Disorder hatten eher eine arterielle Hypertonie, eine längere Dauer der Eröffnungs- und Übergangsphase der Geburt, Kinder mit höherem Geburtsgewicht und large for gestational age Babies.

Die Kinder von Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hatten ein geringeres Geburtsgewicht als die Kinder nicht erkrankter Frauen. Frauen mit Binge Eating Disorder brachten Kinder mit höherem Geburtsgewicht zur Welt.

Die AutorInnen beschreiben eine Assoziation von mütterlichen Essstörungen und vermehrten kindlichen Komplikationen bei der Geburt. Daher wird empfohlen, schwangere Frauen mit gegenwärtiger oder vergangener Essstörung besser zu überwachen und v.a. die Kinder aufmerksam zu beobachten.

Für oben genannte Studie aus Helsinki gibt es einen Brief an den Herausgeber von Price und Glenn, welcher die statistischen Ergebnisse der Studie kritisiert und korrigieren möchte. (51) Demzufolge wäre der Zusammenhang zwischen mütterlicher arterieller Hypertonie in der Schwangerschaft und Binge Eating Disorder signifikant, was auch früh erkannt und behandelt werden sollte. Der Zusammenhang der anderen Parameter (Anämie, langsames fetales Wachstum, frühzeitige Wehen, oder fetaler Tod wegen Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa oder Binge Eating Disorder) wäre nach der statistischen Korrektur nicht signifikant nachweisbar. Die AutorInnen dieser Kritikschrift auf die Studie empfehlen GeburtshelferInnen und Hebammen, Schwangere mit moderaten Essstörungen und deren Neugeborene mittels regelmäßiger Protokolle zu überwachen.

Positiv hervorzuheben ist v.a. die große Stichprobe der Studie mit ärztlich gestellten Diagnosen an einer psychiatrischen Krankenanstalt. Die Anzahl der Probandinnen ist im Vergleich zu anderen Studien dieser Art sehr groß und daher ist eine Unterscheidung der unterschiedlichen Erkrankungen und deren Geburtsausgänge vermutlich auch statistisch sinnvoll verwertbar.

Die Daten wurden retrospektiv an einem Krankenhaus in Helsinki erhoben. Die nachträgliche statistische Korrektur der Daten stellt statistische Sorgfalt der

StudienautorInnen infrage. Nach der Berücksichtigung ging statistische Aussagekraft verloren (geringere/fehlende Signifikanz).

In einer großen, retrospektiven Kohortenstudie in Kanada untersuchten Ante et al. im Jahr 2020 den Einfluss von mütterlicher Anorexia nervosa auf das neugeborene Kind. (20) 2,134,945 Schwangerschaften wurden über einen Zeitraum von 1989 bis 2016 darauf untersucht, ob die Frauen mit Anorexia nervosa im Rahmen der Schwangerschaft oder davor aufgrund ihrer Erkrankung hospitalisiert worden waren. Dies traf auf 0,1% der Geburten (1,910) zu. Die Daten wurden aus der „Maintenance and Use of Data for the Study of Hospital Clientele registry“ gewonnen, welches die Daten aller stationären Hospitalisierungen in Quebec beinhaltet. Es beinhaltet die Daten von 99% der Geburten in diesem Gebiet, welches lt. AutorInnen repräsentativ für die Bevölkerung sei.

Die Autorinnen und Autoren konnten ein höheres Risiko einer Hospitalisierung wegen Anorexia nervosa vor oder während der Schwangerschaft und ein höheres Risiko einer Totgeburt, einer Frühgeburt, einem geringen Geburtsgewicht und SGA-Babies bei Frauen mit Anorexia nervosa in der Schwangerschaft feststellen. Eine Assoziation zwischen vorzeitigen Wehen, akutem Leberversagen und einer Aufnahme auf die Intensivstation konnte gezeigt werden. Zur Signifikanz der Ergebnisse äußerten sich die StudienautorInnen nicht.

Ante et al. konnten anhand der sehr großen Kohorte eine hohe Fallzahl an Patientinnen generieren und somit grundsätzlich statistisch sehr tragfähige Erkenntnisse gewinnen. Das Studiendesign ist retrospektiv und die Daten stammen aus einer (großen) Region in Kanada – lt. StudienautorInnen sollte die Stichprobe repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sein. Die AutorInnen kritisieren, dass durch die retrospektive Datenerhebung aus einem Patientenregister möglicherweise einige Anorexia nervosa Fälle nicht erfasst wurden, da nur hospitalisierte Patientinnen berücksichtigt wurden und somit selbst-berichtete Fälle und Frauen, die an einer anderen Stelle betreut wurden, nicht aufschienen. Dies könnte auch als Stärke der Studie gesehen werden, da somit ausschließlich klar diagnostizierte Fälle einfließen.

Reviews

Die studierte Literatur der AutorInnen in diesem Kapitel überschneidet sich teilweise mit der Literatur aus dieser Diplomarbeit. Allerdings sind es größtenteils nicht die großen o.g. Studien, die auch zitiert werden, sondern Publikationen mit geringeren Stichzahlen. Publikationen der Forschungsgruppe um Bulik C. waren auch Teil der Reviews.

Fogarty et al. untersuchten im Jahr 2018 mittels einer meta-ethnografischen Studie die Erfahrungen von Frauen mit Essstörungen in der perinatalen Periode. (33) Meta-Ethnografie ist lt. Fogarty et al. ein interpretativer Ansatz, welcher die Erkenntnisse von qualitativen Studien kombiniert. Eine qualitative Studie hat das Ziel, Forschungsthemen von „innen“ heraus zu verstehen und zu beschreiben, was der Generierung von theoretischen Erkenntnissen kaum erforschter Phänomene dient. (52)

Nach einer systematischen Online-Recherche kombinierten die AutorInnen qualitative Studien, die zwischen 1986 und 2015 erschienen waren und gewisse Kriterien erfüllten. 11 Publikationen wurden letztendlich ausgewählt, in denen in Summe 94 Frauen mit aktiven Essstörungen oder mit vergangenen Essstörungen in der perinatalen Periode und in den zwei Jahren nach der Geburt untersucht worden waren (die einzelnen Studien hatten Stichprobengrößen zwischen 3 und 20). Die untersuchten Erkrankungen waren Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung, PICA, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder oder Other Specified or Unspecified Feeding or Eating Disorder (OSFED, früher: EDNOS). Die teilnehmenden Frauen waren zwischen 21 und 45 Jahren alt. 22 Frauen waren während der Interviews schwanger und 72 brachten ihre Kinder bereits zur Welt. Der Großteil der Studien war aus den USA (12 Publikationen) und dem Vereinigten Königreich (9 Publikationen), die restlichen Studien waren aus Australien und Südafrika. Die wesentlichen Erkenntnisse der AutorInnen sollen folgend kurz erläutert werden.

In der Schwangerschaft erlebten die betroffenen Frauen ihre Essstörung als „neue“ Essstörung, begleitet von einem grotesken Gefühl und dem Gefühl, die Kontrolle zu

verlieren - im Zwiespalt zwischen dem Wunsch, die Essstörung zu besiegen und gleichzeitig weiter beizubehalten. Einige der zuvor an einer Essstörung leidenden Frauen erlebten ihren Körper in der Schwangerschaft auch in einem positiveren Kontext, v.a. im mittleren und letzten Trimenon. Das Verstecken oder das Nicht-Mitteilen der Essstörung gegenüber Familie, Freunden und auch Gesundheitspersonal begleitete viele Frauen.

Für Frauen, die auch nach der Geburt weiter an ihrer Essstörung litten, fühlte sich dies an als würden sie zu ihrer „alten“ (d.h. dass die Symptome ähnlich waren wie vor der Schwangerschaft, obwohl eine Milderung der Symptome während der Schwangerschaft auftrat) Essstörung zurückkehren. Die Mehrheit der Frauen hatte in kurzer Zeit wieder dasselbe Gewicht wie vor der Schwangerschaft und zeigte dasselbe gestörte Essverhalten.

Die AutorInnen nutzten ein standardisiertes Tool (Critical Appraisal Skills Programme = CASP) zur Eruiierung der Qualität der Studien (bezüglich der Vertrauenswürdigkeit und der Relevanz der Ergebnisse). Lt. Fogarty et al. herrscht keine Einigkeit in der wissenschaftlichen Forschung darüber, welches Tool zur Beurteilung der Qualität der Studien herangezogen werden soll, oder ob die Bewertung der Qualität überhaupt ein Teil Meta-Ethnografischer Studien sein soll.

Die AutorInnen sind der Meinung, dass die Mehrheit der Studien von guter Qualität sei, obwohl keine der Studien alle Qualitätskriterien des CASP erfüllte. Da sich die Fallzahlen in den einzelnen Studien zwischen 3 und 20 bewegen, ist die Aussagekraft der Erkenntnisse insgesamt aber meiner Meinung nach als eher gering einzustufen. Trotzdem sind die Erfahrungen der Frauen interessant und zeigen einen tiefen Einblick, der mit Fragebögen in der Form wohl kaum gewonnen werden kann und mit den durch sie gewonnen Erkenntnissen daher nicht vergleichbar ist.

Der Einfluss von mütterlichen Essstörungen auf das Essverhalten in der Schwangerschaft wurde in einer Studie von Dörsam et al. untersucht. (53) Ein

systematisches Review wurde durchgeführt und die AutorInnen gewannen Erkenntnisse aus 13 Studien (welche zwischen 1987 und 2018 publiziert wurden).

Die Teilnehmerinnen waren schwangere Frauen jeden Alters mit einer gegenwärtigen oder vergangenen Essstörung. Die untersuchten Essstörungen waren Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder und OSFED.

Die Erkenntnisse der AutorInnen sollen folgend kurz zusammengefasst werden:

- Schwangere Frauen mit Essstörungen in der Anamnese zeigen ein ähnliches Ernährungsverhalten wie gesunde schwangere Frauen; auszunehmen davon sind Frauen mit Binge Eating Disorder, da sie übermäßig viel Energie und Fett zu sich nehmen
- Schwangere Frauen mit Anorexia nervosa und Anorexia nervosa + Bulimia nervosa (hier beschreiben die AutorInnen gemischte Symptome beider Erkrankungen) nehmen sehr viel Koffein zu sich; künstliche gesüßte Getränke wurden vermehrt von Frauen mit Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder getrunken
- Ein höheres Risiko für eine Eisenmangelanämie wurde v.a. bei schwangeren Frauen mit Anorexia nervosa beobachtet
- Dysfunktionales Essverhalten verbesserte sich wesentlich in der Schwangerschaft

In den Limitationen nennen die AutorInnen die wesentlichen Stärken und Schwächen ihrer Studie. Die Methoden der Studie wurden von Dörsam et al. sehr detailliert erläutert und der Rechercheprozess folgte einem standardisierten Schema (PRISMA = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Die bereits bekannte Schwäche vieler Studien der Diagnosestellung mittels Eigenberichts durch die Patientinnen selbst stellt auch hier einen Kritikpunkt der AutorInnen dar. Die AutorInnen sprechen von sehr heterogenen Studien, welche für das Review herangezogen wurden. Dies ermöglichte ihnen keine Reihung nach Qualität und keine Meta-Analyse der Daten.

Die Erkenntnisse der Studien wurden übersichtlich dargestellt und liefern interessante Informationen zum Thema. Die fehlende Vergleichbarkeit der

Ergebnisse stellt einen Kritikpunkt dar, allerdings bringt das das gewählte Studiendesign mit sich. Es wurden unterschiedliche Ethnien untersucht, allerdings wurden die Ergebnisse nicht differenziert dargestellt.

Martini, Barona-Martinez und Micali untersuchten im Jahr 2020 den Einfluss mütterlicher Essstörungen auf ihren Nachwuchs und studierten zu diesem Zweck die Literatur zwischen 1980 und 2018. (54)

Es wurden Frauen mit aktiver oder vergangener Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge Eating Störung in die Studie eingeschlossen. Die Entwicklung der Kinder wurde von der Geburt bis zum 12. Geburtstag beobachtet.

Die Studien setzten sich zusammen aus Fall-Kontrollstudien (n = 17) und Kohortenstudien (n = 16) und einer Studie ohne Kontrollgruppe (34 untersuchte Studien).

Möglicherweise stellt das Ernähren des Kindes von Anfang an ein Problem für Mütter mit Essstörungen dar. Bezogen auf die Stillzeit fanden die AutorInnen sehr unterschiedliche Ergebnisse. Manche Studien besagten, dass Frauen mit Essstörungen eher und länger stillten, andere wiederum, dass sie genauso oft mit dem Stillen beginnen aber eher früher damit aufhören. In der Studie von Martini et al. (49) konnte kein Unterschied beim Stillen von Müttern mit Essstörungen und gesunden Müttern festgestellt werden.

Die AutorInnen fanden in ihrer Literaturrecherche heraus, dass Mütter mit Essstörungen mehr Schwierigkeiten mit der Ernährung ihrer Kinder haben: langsames Füttern, kleine Mengen und fehlende Routine bei den Mahlzeiten werden in der von den AutorInnen studierten Literatur genannt. Auch ein möglicher negativer Einfluss auf die kognitive und psychologische Entwicklung des Kindes wird in der Literatur diskutiert und von den AutorInnen erwähnt.

Der Publikationszeitraum der für die Literaturrecherche untersuchten Literatur erstreckt sich über eine lange Zeitspanne (38 Jahre) und die Recherche wurde von zwei AutorInnen unabhängig voneinander nach gewissen vordefinierten Kriterien

durchgeführt (sie nutzten die Newcastle-Ottawa Scale (NOS) um die Qualität nicht-randomisierter Studien in Metaanalysen zu beurteilen). Die Qualität der untersuchten Studien wurde von den AutorInnen mit über 90% als „strong“ bewertet. 4 Studien wurden als „moderate“ eingestuft, da sie nicht klar definierte Kontrollgruppen hatten und wenig repräsentative Fälle beinhielten, kein Vergleich zwischen den Betroffenen und der Kontrollgruppe aufgrund des Studiendesigns oder der Analyse möglich war, weil eine Studie unkontrolliert war und weil keine Beschreibung der Kontrollgruppe stattfand. Die Stichprobenzahl war für die AutorInnen kein Kriterium um eine Studie als „strong“ einzuordnen, somit wurden auch Studien mit einer Stichzahl unter 10 als „strong“ eingestuft. Die StudienautorInnen weisen darauf hin, dass die Ergebnisse und deren Interpretation mit Vorsicht erfolgen sollten.

Im Hinblick auf die im Methodenteil formulierten Qualitätskriterien dieser Diplomarbeit, muss für die Beurteilung der Reviews davon abgewichen werden. Die Stichprobengröße ist hier scheinbar stark schwankend, da z.T. große Kohortenstudien verwendet wurden und auch kleinere Studien mit Stichzahlen unter 10. Die Diagnosestellung erfolgte in den unterschiedlichen Publikationen auf verschiedene Art und Weise, größtenteils durch selbst berichtete Fragebögen, teilweise durch strukturierte Interviews. Positiv fällt mir auf, dass die AutorInnen auch die Rolle des Vaters ansprechen und auch die zukünftige Forschung (v.a. genetische und Umweltfaktoren betreffend) in diese Richtung lenken wollen.

Martínez-Olcina et al. erfassten in einem systematischen Review von 19 Publikationen die Prävalenz von Frauen mit Essstörungen in der Schwangerschaft und geburtshilfliche Probleme und Ernährungsprobleme, die mit einer Essstörung in der Schwangerschaft und Stillzeit der Mutter einhergehen. Auch die Konsequenzen für die Nachkommen wurden erfasst. (29)

Untersucht wurden schwangere oder stillende Frauen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung und EDNOS), welche Teil von Studien zwischen 2009 und Februar 2019 waren.

Aus den herangezogenen Studien ergab sich lt. AutorInnen eine Prävalenz von Essstörungen bei schwangeren Frauen zwischen 5,1-7,5%. Essstörungen in der Schwangerschaft seien assoziiert mit Angststörungen und depressiven Symptomen. Ungewollte Schwangerschaften träten häufiger auf als bei Frauen ohne Essstörungen.

Frauen mit Anorexia nervosa zeigten Komplikationen wie Hypothermie, Hypotension, Ödeme, Bluthochdruck, Fehlgeburt, Kaiserschnitt, Frühgeburt und vermindertes intrauterines Wachstum.

Bulimia nervosa Patientinnen zeigten vermehrt induzierte Schwangerschaftsabbrüche, Hyperemesis, Mikrozephalie der Kinder und SGA-Babies.

Andere Studien, welche im Review von Martínez-Olcina et al. behandelt wurden, beschreiben ein höheres Risiko eines Kaiserschnitts, LGA-Babies und höheres Gewicht bei Frauen mit Essstörungen.

Die AutorInnen kritisierten selbst die fehlende Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse und erwähnen in diesem Zusammenhang die MoBa Kohorte. Martínez-Olcina et al. beschäftigten sich u.a. mit der Analyse der Ergebnisse von 8 MoBa Studien und kritisieren die geringe Beteiligung der eingeladenen Personen zur Studie (40%) und sprechen von einem möglichen Bias der Ergebnisse und davon, dass möglicherweise Frauen mit weniger schweren Ausprägungen von Essstörungen teilnahmen. Die unterschiedliche Diagnosestellung der Essstörungen innerhalb der Studien wird von den AutorInnen bemängelt.

Die Präsentation der Ergebnisse der Arbeit von Martínez-Olcina et al. war für mich nicht besonders übersichtlich gestaltet. Die Kritik an der MoBa Kohorte erscheint eine sinnvolle Ergänzung für diese Diplomarbeit zu sein. Die möglicherweise geringere Ausprägung der Essstörung und die Prävalenzzahlen von 5,1-7,5% werden hier genannt und wurden bereits an einer anderen Stelle der Diplomarbeit diskutiert.

Martínez-Olcina et al. versuchten in ihrer Arbeit viele Fragestellungen rund um den Komplex Essstörungen und Schwangerschaft zu beantworten, auf keine jedoch wurde besonders detailliert eingegangen.

Diskussion

1993 galt das Thema dieser Diplomarbeit als wenig untersucht. (8) Auch 2021 wird immer noch – beispielsweise von Janas-Kozik et al - behauptet, dass es wenig Literatur zum Thema Schwangerschaft und Essstörungen gäbe. (15)

Die Qualität der von mir gefundenen Studien ist sehr unterschiedlich und eine Studie, die allen im Methodenteil dieser Diplomarbeit definierten Qualitätskriterien gerecht wird, konnte nicht gefunden werden. Die Konsequenz der medizinischen Forschung sollte meiner Meinung nach sein, dass sich die Umstände bezüglich Diagnostik, Therapie und Begleitung für Patientinnen mit Essstörungen bessern. Konkrete Ansätze, um dies zu bewirken, konnten meines Erachtens nach kaum gefunden werden.

Die Literaturrecherche zu dieser Diplomarbeit wurde anhand einer Datenbank (PubMed) durchgeführt. Da bei der Suche nach den im Methodenteil genannten Stichworten nur mäßig viele Quellen, die tatsächlich das Thema behandeln, gefunden wurden, wurden auch Studien berücksichtigt, die beim Aufruf einer relevanten Studie in PubMed am Ende der Studie vorgeschlagen wurden. Dies waren entweder Studien von denselben AutorInnen oder Studien, die thematisch sehr nahe verwandt waren.

So kam es dazu, dass schon relativ früh beim Lesen der Literatur auffällig wurde, dass eine Autorin (Bulik C.) sehr häufig zitiert wurde. Sie bzw. ihr Team liefern einige Studien zum Thema, allerdings sollten folgende mögliche Kritikpunkte angeführt werden:

- Die Ergebnisse beziehen sich auf die oben bereits beschriebene MoBa Studie/Kohorte aus Norwegen (eine große Kohortenstudie an schwangeren Frauen, die aber primär nicht für die Erforschung von Essstörungen konzipiert wurde und die daher eine „echte“ prospektive Erforschung der Hauptzielgröße Essstörungen in der Schwangerschaft aus meiner Sicht nicht möglich macht)

- Essstörungen wurden kaum durch eine psychiatrisch/ärztlich gestellte Diagnose erfasst, sondern primär mittels Fragebogen retrospektiv ermittelt
- Als Zeitpunkt der Befragung sollten aus meiner Sicht serielle Befragungen (z.B. 1x pro Trimenon) und nicht nur die 18. SSW gewählt werden, da diese einmalige Befragung Fehler verursachen kann (z.B. ändern sich Essgewohnheiten und Lebensstil eventuell im Laufe der Schwangerschaft und eine Befragung über die Zeit vor der Schwangerschaft – insbesondere zur Diagnose einer damals vorhandenen Essstörung aus dem Gedächtnis der Befragten - erscheint mir mit Unsicherheit behaftet)

Trotz der sorgfältigen und grundsätzlich strukturierten Literatursuche für die Erstellung dieser Diplomarbeit könnte die Häufung an Studien von Bulik et al. in dieser Diplomarbeit auch auf die oben beschriebene erweiterte Literatursuche mittels Suchvorschlägen durch den Algorithmus für themenverwandte Studien in PubMed herrühren. Dennoch finden sich auch in anderen Publikationen zum Thema häufig Zitate von Studien, die durch Bulik et al. durchgeführt worden waren. (17, 19, 20, 23, 29, 54) Somit dürften die Arbeiten dieser Forschungsgruppe dennoch einen wesentlichen Beitrag zur vorhandenen Literatur über Essstörungen in der Schwangerschaft geleistet haben, allerdings – wie bereits erwähnt – mit den oben erwähnten Bedenken hinsichtlich der Qualitätskriterien bei der Studiendurchführung.

Die Forschung zum Thema Essstörungen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft ist eine multinationale - es wurden Publikationen aus Japan, USA, Brasilien, Italien, Norwegen, Schweden, Australien, Dänemark, Israel, China und England gefunden. (1, 3, 16, 17, 22, 31, 32, 35, 37, 38, 50)

Meist wurden die Probandinnen nur an einzelnen Zentren rekrutiert. In manchen Studien wurden Patientinnen sowohl aus einem öffentlichen als auch aus einem privaten Krankenhaus akquiriert. Die Artikel, in denen die Daten von Longitudinalstudien Verwendung fanden, beschäftigen sich in der Regel nur mit Probandinnen aus einem Gebiet eines einzelnen Landes. „Echte“ Multicenterstudien oder auch multiethnische Studien wurden von mir nicht gefunden. Aus meiner Sicht erstrebenswert wären daher Studien, in denen die

ProbandInnen entweder länderübergreifend an unterschiedlichen Spitälern oder zumindest an mehr als drei unterschiedlichen Spitälern in unterschiedlichen Regionen eines Landes akquiriert werden. Derartige Studien – die ja meist auch über einen längeren Zeitraum laufen müssen - erfordern allerdings mitunter erhebliche organisatorische und daher auch finanzielle Voraussetzungen, was möglicherweise der Hauptgrund dafür ist, dass eine solche Studie bis dato nicht existiert.

Ein Großteil der AutorInnen arbeitet mit geringen Fallzahlen und versucht, trotzdem Aussagen über die einzelnen Krankheitsbilder und deren Einfluss auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Kind zu tätigen. (1, 24, 31, 32, 37) Dies erscheint mir allerdings nur bedingt geeignet, da aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nicht von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden kann.

Einigkeit herrscht über die Relevanz des Erkennens einer Essstörung für die Mutter und ihr Kind und über die Notwendigkeit einer intensiveren Überwachung der Betroffenen in der Schwangerschaft. (19, 22, 47) Es sollte erhöhtes Augenmerk auf die psychische Gesundheit der Mutter und den Umgang mit ihrem Kind in der postpartalen Phase gelegt werden (dies würde dann grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Hebammen und der Pädiatrie fallen). (55)

Alle als von mir als relevant empfundenen Studien der Literatur bis Anfang 2022 wurden in dieser Diplomarbeit berücksichtigt. Ich habe versucht, die Anzahl der Publikationen pro Jahr zum Thema in der folgenden Abbildung übersichtlich darzustellen, um so einen Überblick über die Relevanz des Themas in der wissenschaftlichen Forschung der letzten Dekaden zu geben:

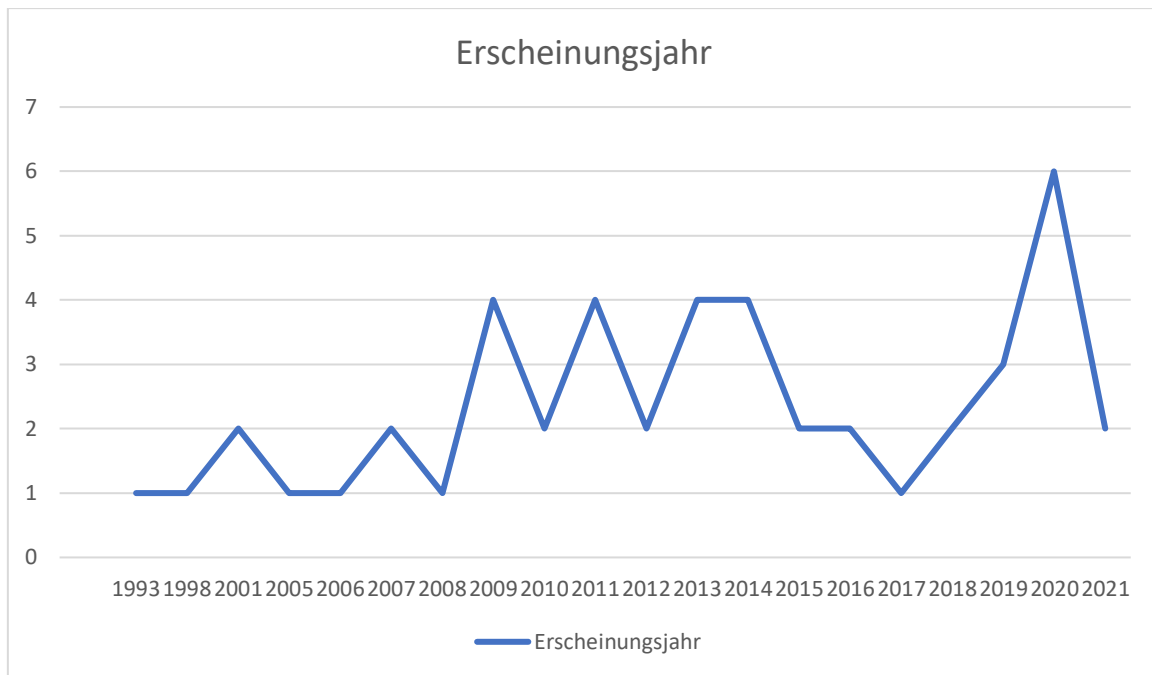


Abb.1: Darstellung der Literatur geordnet nach Erscheinungsjahr in einem Liniendiagramm

Wie in Abbildung 1 dargestellt, erschienen die meisten Artikel zwischen den Jahren 2009 und 2014. Danach ebte das Interesse am Thema ein wenig ab, bis es im Jahr 2020 einen Höhepunkt erreichte. Berücksichtigt wurden nur die Studien aus der Diplomarbeit, welche auch wirklich den Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Essstörungen untersuchen.

Ein interessanter Aspekt, der in der Recherche heraussticht, sind die unterschiedlichen Prävalenzzahlen der einzelnen Studien. Je nach Diagnosestellung der Essstörung sind die Prävalenzzahlen näher bei ca. 7-10% (selbst-berichtete Diagnosen mittels Fragebogen) oder näher bei ca. 1% (medizinische Aufzeichnungen hospitalisierter Patientinnen mit tatsächlich ärztlich gestellter Diagnose). (1, 3, 16, 23-29) Dies legt nahe, dass es eine große Dunkelziffer an undiagnostizierten, nicht hospitalisierten (schwangeren) Frauen mit Essstörungen gibt.

Es scheint, als würde sich die Forschung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Schwangerschaften und Essstörungen im Kreis drehen. Je mehr Studien publiziert werden, desto lauter wird der Apell der AutorInnen etwas für die Betroffenen

(Schwangere und deren Nachkommen) zu verbessern. In fast jeder in dieser Diplomarbeit zitierten Studie wird in der Conclusio gefordert, dass es eine Art von Screening für Essstörungen bei Schwangeren geben sollte oder ein multidisziplinäres Team betroffene Schwangere begleiten sollte. Wie die Umsetzung konkret aussehen soll oder in wessen Zuständigkeitsbereich das Screening fallen soll, wurde ausschließlich von Hoffman et al. diskutiert. (12) Sie empfehlen standardisierte Instrumente wie den Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) und den SCOFF Fragebogen zur Unterstützung von Gynäkologinnen und GeburtshelferInnen um den Verdacht einer Essstörung zu bestätigen und die Zuweisung zu einer Spezialistin anzuordnen.

Der EDE-Q (entwickelt von Fairburn und Beglin (1994, 2008)) (56) erfasst das Vorhandensein von gezügeltem Essverhalten und Sorgen das Essen, das Gewicht und die Figur betreffend. Die Bearbeitung bedarf ca. 15 Minuten. Der SCOFF Fragebogen (entwickelt von Morgan et al. (1999)) (57) besteht aus fünf kurzen Ja/Nein Fragen zu Symptomen einer möglichen Essstörung.

Um tatsächlich ein Screening zu implementieren, sollte die Basis der Forschungserkenntnisse mit ausreichend großen Stichzahlen und qualitativ hochwertigen Studien bestätigt werden. Da es letztendlich um gesundheitspolitische Entscheidungen geht, welche Forschungsergebnisse umgesetzt werden und v.a. auch die Tragweite der Implementation diverser Screenings von Relevanz ist, muss auch die Zahl der Betroffenen groß genug sein, um verwertbare bzw. belastbare Ergebnisse zu liefern.

Da die Prävalenzzahlen der gelesenen Studien von einer Betroffenheit schwangerer Frauen mit Essstörungen zwischen 0,6-10,7% (1, 3, 16, 23-29) schwanken und für die gesundheitspolitische Entscheidung für die Implementation eines Screenings eine größere Reichweite vorteilhaft wäre, könnte man in Betracht ziehen, eine Implementation eines Screenings nach psychiatrischen Erkrankungen in der Schwangerschaft anzustreben. Etwas derartiges existiert in Österreich aktuell nicht. Eine Studie von Howard et al. zu Prävalenzzahlen von psychiatrischen Erkrankungen in der Schwangerschaft brachte zutage, dass 1 von 3 Frauen in der

Schwangerschaft an einer psychiatrischen Erkrankung leidet. (58) Essstörungen betrafen in derselben Studie nur 0,3% der schwangeren Frauen.

Psychiatrische Erkrankungen treten v.a. bei Frauen im gebärfähigen Alter auf. (59) und unterliegen meist einer multifaktoriellen Genese. Ein life event wie eine Schwangerschaft oder Geburt ist als kritische Zeitspanne für das Auftreten einer solchen Erkrankung zu sehen. (9)

Junge Frauen haben insbesondere zu GynäkologInnen regelmäßig ärztlichen Kontakt (9), somit wäre eine Möglichkeit, die GynäkologInnen mit entsprechenden Fragebögen und Schulungen auszustatten, um psychische Erkrankungen zu detektieren. Ein Screening nach Essstörungen in der Schwangerschaft durch GynäkologInnen wurde auch von Leddy et al. als sinnvoll erachtet. (22)

Die Umsetzung könnte in Zusammenarbeit mit AllgemeinmedizinerInnen geschehen, da diese die PatientInnen zur internistischen Untersuchung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes zwischen der 17.-20. SSW sehen.

Im Moment beinhaltet die internistische Untersuchung durch AllgemeinmedizinerInnen, die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes durchgeführt werden muss, den Unterpunkt „Psyche“, allerdings gibt es auch viele weitere Unterpunkte bei der Untersuchung und die für diese Exploration bemessene Zeit kann in einer Kassenordination nicht ausreichen, um die psychische Gesundheit im Detail zu explorieren.

Die Aushändigung eines Fragebogens zur psychischen Gesundheit (von PsychiaterInnen entwickelt) bei der Ausstellung des MKP durch GynäkologInnen und eine Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands anhand des Fragebogens durch HausärztInnen wäre eine Möglichkeit, psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft zu erkennen. Nach Durchsicht dieses Fragebogens ist der Punkt in der MKP-Untersuchung „Psychische Gesundheit“ detaillierter erfasst und die AllgemeinmedizinerInnen können gezielt Probleme ansprechen und bei Bedarf an PsychiaterInnen überweisen, um den schwangeren Frauen die Betreuung zukommen zu lassen, die sie benötigen.

Die Erstellung der Screeningfragen sollte aus meiner Sicht jedenfalls durch PsychiaterInnen erfolgen. Welche Schwerpunkte relevant sind und ob Essstörungen einen größeren Platz im Fragebogen einnehmen sollten, sollte meines Erachtens nach durch PsychiaterInnen mit entsprechender Expertise in der Behandlung von Essstörungen und Schwangeren beurteilt werden.

Die weitere Begleitung in der postpartalen Phase und das konkrete Ansprechen von möglichen psychischen Problemen, Problemen bei der Fütterung des Kindes und Probleme mit der „Rückkehr der alten Essstörung“ (33) sollte durch GynäkologInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen, PädiaterInnen und Hebammen durchgeführt werden. (37)

Bezogen auf Essstörungen stellt allerdings v.a. die frühe Schwangerschaft eine kritische Zeit für die Versorgung des Kindes dar. (53) Da die internistische Untersuchung erst in der 17.-20. Schwangerschaftswoche stattfindet, wäre es meiner Ansicht nach wünschenswert schon vor Eintreten der Schwangerschaft das Bewusstsein der Frauen für die möglichen Probleme zu schärfen und die Wichtigkeit zu vermitteln, sich rechtzeitig begleitend (wieder) in Behandlung zu begeben.

Außerdem erscheint ein Screening nach psychischen Erkrankungen im Allgemeinen nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer sinnvoll. Der „best point of service“ im erstmaligen Erkennen derartiger Erkrankungen wären hier wahrscheinlich die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, da sie mit den psychosozialen Gegebenheiten ihrer PatientInnen am besten vertraut sind.

Da es in Österreich ab dem 18. Lebensjahr jedes Jahr die Möglichkeit (für Frauen und Männer) gibt eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen, wäre dies eine relativ einfach umzusetzende Maßnahme die psychische Gesundheit in die Erhebung des Gesundheitszustandes zu integrieren. Es werden bereits Fragebögen zu Alkoholkonsum und Lebensgewohnheiten bei der Blutabnahme mitgegeben, die von den PatientInnen zuhause in Ruhe ausgefüllt werden und bei der Untersuchung zur AllgemeinmedizinerIn mitgebracht werden. Eventuell gibt es

bereits bestehende Fragebögen zur Erhebung der psychischen Gesundheit in Österreich oder in anderen Ländern, welche den HausärztInnen zur Verfügung gestellt werden könnten. Ein Score zur Orientierung wäre hilfreich, um den Handlungsbedarf besser einzustufen zu können. Bei Bedarf können die PatientInnen dann auf die jeweiligen Unterpunkte angesprochen, bei Unklarheiten wiederbestellt und/oder für die weitere Diagnostik und Therapie an PsychiaterInnen zugewiesen werden.

Ich habe vergeblich versucht, ein bereits in der praktischen Versorgungslandschaft in Österreich etabliertes Screening auf psychiatrische Erkrankungen zu finden, allerdings gibt es in anderen Ländern Bemühungen, etwas Ähnliches zu implementieren:

Eine japanische Gruppe entwickelte ein Interventionsprogramm für mentale Gesundheit von Frauen in der Schwangerschaft und in der postpartalen Periode. In einer Studie wurde die Effektivität dieses Programms untersucht. (60) 349 Frauen waren Teil der Studie, davon waren 210 in der Interventionsgruppe und 139 wurden der Kontrollgruppe zugeordnet.

Der Status der mentalen Gesundheit wurde mittels Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) 3 Monate nach der Geburt ermittelt. Die sog. Suzaka Studie bestand aus der Beratung durch eine öffentliche Krankenschwester, dem Besuchen von Seminaren für werdende Mütter, Hausbesuchen von öffentlichen Krankenschwestern und weiteren Angeboten, die von den Frauen genutzt werden konnten. Eine Kontrollgruppe ohne ähnliche Leistungen wurde zur Verdeutlichung der Ergebnisse herangezogen.

Die Conclusio der Autorinnen und Autoren war, dass eine kontinuierliche Unterstützung durch integrierte mentale Gesundheitsversorgung zur Besserung der mentalen Gesundheit von Frauen in der postpartalen Periode beiträgt.

Dies ist eine der wenigen Studien mit einem konkreten Ansatz zur Umsetzung einer Integration der mentalen Gesundheitsförderung in die Versorgung von

schwangeren Frauen und dem besonderen Augenmerk auf die Psyche in der postpartalen Phase.

Die Stichzahl der Studie ist meiner Meinung nach geeignet groß, um eine erste Tendenz der Ergebnisse des Interventionsprogramms festzustellen.

In Australien wurde ein psychosocial assessment and depression screening zu Beginn der Schwangerschaft und 6-8 Wochen nach der Geburt implementiert. In einer Studie reagierten Frauen darauf unterschiedlich und das Einfühlungsvermögen der Interviewer spielte eine große Rolle. (61) Die Studie von Rollans et al. macht darauf aufmerksam, dass geschultes Personal und laufende Trainings notwendig sind, um empathisch und sensibel die sehr persönlichen Fragen zu stellen und ehrliche Antworten zu bekommen. Möglicherweise eignen sich dafür wiederum die betreuenden HausärztInnen gut, da hier eine teils jahrelang gewachsene Vertrauensbasis bestehen kann.

In Dänemark gibt es ein Pilotprojekt für die Erfassung psychiatrischer Erkrankungen im niedergelassenen Bereich. (62) In der als prospektiv randomisiert und kontrolliert konzipierten Studie wurden in 28 allgemeinmedizinischen Ordinationen Fragebögen an 18-65-jährige PatientInnen im Rahmen der Erstkonsultation ausgegeben. 1.785 Personen nahmen an der Studie teil. Kurze Screeningfragen zu Somatisierung, Angstzuständen, Depression und Alkoholmissbrauch wurden von den Patientinnen und Patienten bereits vor der ärztlichen Konsultation ausgefüllt. Christensen et al. konnten allerdings nur einen begrenzten Nutzen eines Routinescreenings für häufige psychiatrische Krankheiten feststellen.

Ein Problem dieser Studie ist die Tatsache, dass nur PatientInnen mit Erstkonsultation berücksichtigt wurden. Da dies in einer Praxis für Allgemeinmedizin oft Vertretungspatientinnen und -patienten sind, wird die Bereitschaft Fragen zur psychischen Gesundheit zu beantworten, eher gering sein.

Ein ähnliches Pilotprojekt in Österreich mit anderen Screeningfragen könnte möglicherweise interessante Ergebnisse mit sich bringen. Dafür wäre eine

Zusammenarbeit zwischen PsychiaterInnen, GynäkologInnen und AllgemeinmedizinerInnen notwendig. Ein Screening in der Allgemeinmedizin macht aus meiner Sicht mehr Sinn, wenn alle betreuten PatientInnen und nicht nur wie in der o.g. dänischen Studie die Erstkonsultationen berücksichtigt werden. Die PatientInnen könnten bereit sein, mehr von sich preiszugeben, wenn bereits ein Vertrauensverhältnis besteht.

Auch 2022 ist der Zusammenhang zwischen Essstörungen und einer Schwangerschaft in der wissenschaftlichen Literatur, insbesondere in qualitativer Hinsicht, nicht optimal erforscht. Große, prospektive, randomisiert-kontrollierte Studien mit dieser Fragestellung als Hauptzielgröße wären wünschenswert, um insbesondere folgende Kernaussagen der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur auf einem guten Evidenzniveau abzusichern: Essstörungen im Rahmen einer Schwangerschaft sind für Mutter und Kind hochrelevante Entitäten, deren Auswirkungen auf beide durch die Betreuung eines multidisziplinären Teams positiv beeinflusst werden können. Sowohl die Schwangerschaft als auch die postpartale Phase stellen sehr vulnerable Phasen im Leben einer Frau dar, die aber grundsätzlich ein günstiges Zeitfenster für therapeutische Bemühungen darzustellen scheinen. In diesem Zusammenhang ist auch die postpartale Depression ein relevantes und assoziiertes Krankheitsbild, die auch eine Brücke zu einer weiteren Erkenntnis dieser Diplomarbeit darstellt: Die aktive Suche nach psychiatrischen Erkrankungen (im Sinn eines Screenings) ist in Österreich weder im Rahmen der Schwangerschaftsuntersuchungen noch im Rahmen der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in adäquater Form implementiert.

Abschließend soll ein Zitat aus einer Schweizer Elternbroschüre zur Unterstützung der psychischen Gesundheit die genannten Vorschläge unterstreichen:

„Wenn ich von meiner Hebamme, meiner Gynäkologin oder meiner Hausärztin jemals einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit erhalten hätte, wäre ich vermutlich nie so tief in die Krise nach der Geburt gerutscht und hätte nicht erst auf der Mutter-Kind-Station von meiner Diagnose „Postpartale Depression“ erfahren.“

(63)

Literaturverzeichnis

1. Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(12):1407-13.
2. Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Behav.* 2014;15(3):453-9.
3. Mantel A, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(3):285-93.
4. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):507-15.
5. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg C, et al. Eating Disorders, Pregnancy, and the Postpartum Period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Nor Epidemiol.* 2014;24(1-2):51-62.
6. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* 2007;63(3):297-303.
7. Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 3):615-8.
8. Franko DL, Walton BE. Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord.* 1993;13(1):41-7.
9. Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1353-67.
10. Knoph Berg C, Torgersen L, Von Holle A, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *Int J Eat Disord.* 2011;44(2):124-33.

11. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1136-40.
12. Hoffman ER, Zerwas SC, Bulik CM. Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2011;6(4):403-14.
13. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG.* 2011;118(12):1491-8.
14. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2016;49(3):260-75.
15. Janas-Kozik M, Zmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichon L, Siwiec A, et al. Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry.* 2021;12:777529.
16. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health (Larchmt).* 2012;21(1):61-5.
17. Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12):2132-42.
18. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr.* 2009;154(1):55-60 e1.
19. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(4):392 e1-8.
20. Ante Z, Luu TM, Healy-Profitos J, He S, Taddeo D, Lo E, et al. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020;53(5):403-12.
21. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating

- disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009;42(1):9-18.
22. Leddy MA, Jones C, Morgan MA, Schulkin J. Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(9):1395-401.
23. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(4):340-4.
24. Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(2):141-55.
25. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*. 2007;37(8):1109-18.
26. Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(5):552-64.
27. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*. 2013;46(4):355-68.
28. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr*. 2010;6(3):243-52.
29. Martinez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-Garcia C, Leyva-Vela B, Hernandez-Garcia M, Hernandez-Morante JJ, et al. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(7).
30. London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology*. 2017;100(3-4):161-71.

31. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):323.
32. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res*. 2005;59(3):175-9.
33. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):121.
34. Golding J, Pembrey M, Jones R, Team AS. ALSPAC--the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. I. Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(1):74-87.
35. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):425-32.
36. Keski-Rahkonen A, Sihvola E, Raevuori A, Kaukoranta J, Bulik CM, Hoek HW, et al. Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *Int J Eat Disord*. 2006;39(8):754-62.
37. Eik-Nes TT, Horn J, Strohmaier S, Holmen TL, Micali N, Bjornelv S. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *Int J Eat Disord*. 2018;51(10):1134-43.
38. Lai BP, Tang CS, Tse WK. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord*. 2006;39(4):303-11.
39. NIPH Norwegen: Norwegian Institute of Public Health. What is the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study? Internethomepage. 2016. [aufgerufen am 21.02.2022.] Verfügbar unter: <https://www.fhi.no/en/studies/moba/what-is-the-norwegian-mother-and-child-cohort-study/>
40. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, et al. Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder. Internethomepage.

Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Dec (Comparative Effectiveness Reviews, No. 160.) Table 1, DSM-IV and DSM-5 diagnostic criteria for binge-eating disorder. [aufgerufen am 29.04.2022] Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338301/table/introduction.t1/>

41. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, et al. Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(5):396-404.

42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. Internethomepage. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 2016 Jun; Table 20, DSM-IV to DSM-5 Bulimia Nervosa Comparison. [aufgerufen am 29.04.2022] Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t16/>

43. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int J Eat Disord*. 2011;44(5):428-34.

44. Verfügbar unter: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/studier/den-norske-mor-far-og-barn--undersokelsenmoba/protokoll/moba-protocol.pdf> [aufgerufen am 26.02.2022]

45. Brockmeyer T, Cuntz U, Ehrlich S, Fichter MM, Friedrich H-C, Greetfeld M, et al. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Internethomepage. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). 2018. [aufgerufen am 22.06.2022] Verfügbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstorerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

46. Taborelli E, Easter A, Keefe R, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Transition to motherhood in women with eating

- disorders: A qualitative study. *Psychol Psychother.* 2016;89(3):308-23.
47. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158(9):1461-6.
48. Blechman EA, Brownell KD. Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook. Guilford Press. 1998.
49. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(2):137-46.
50. Nunes MA, Pinheiro AP, Camey SA, Schmidt MI. Binge eating during pregnancy and birth outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Int J Eat Disord.* 2012;45(7):827-31.
51. Price CS, Glenn LL. Statistical significance of eating disorders and adverse perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):110.
52. Kuhlmann N, Scheytt C. Qualitative Erhebungsmethoden. Methodenzentrum der Ruhr-Universität Bochum. Internethomepage. [aufgerufen am 11.07.2022] Verfügbar unter: <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-erhebungsmethoden/#sl-hidden-anchor-2036>
53. Dorsam AF, Preissl H, Micali N, Lorcher SB, Zipfel S, Giel KE. The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. *Nutrients.* 2019;11(4).
54. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(4):449-67.
55. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery.* 2013;29(5):542-9.

56. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Eating Disorder Examination - Questionnaire Deutschsprachige Übersetzung. dgvt-Verlag. 2016;2.
57. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-8.
58. Pawlby S, Sharp D, Hay DF. Prevalence of maternal psychiatric disorder in pregnancy: 1986 and 2016. Br J Psychiatry. 2019;214(2):116.
59. Yonkers KA. Treatment of Psychiatric Conditions in Pregnancy Starts With Planning. Am J Psychiatry. 2021;178(3):213-4.
60. Tachibana Y, Koizumi N, Akanuma C, Tarui H, Ishii E, Hoshina T, et al. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):58.
61. Rollans M, Schmied V, Kemp L, Meade T. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. BMC Womens Health. 2013;13:18.
62. Christensen KS, Toft T, Frostholt L, Ornbol E, Fink P, Olesen F. The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. Br J Gen Pract. 2003;53(495):758-63.
63. Forster F. Die psychische Gesundheit von werdenden Eltern unterstützen. Gesundheitsförderung Schweiz. Broschüre. 2021. [aufgerufen am 24.03.2022.] Verfügbar unter:
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/empfehlungen/kinder-und-jugendliche/Broschuere_GFCH_2021_08_-_Die_psychische_Gesundheit_von_Eltern_unterstuetzen.pdf.