



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

## Bachelorthesis

Vor- und Zuname: Anna Theresa Lückehe      geb. am: [REDACTED]      in: [REDACTED]      Matr.-Nr.: [REDACTED]

Titel:

„Orthorexia nervosa als psychisches Störungsbild:  
Der aktuelle Stand der Wissenschaft zur Pathologie orthorektischen  
Ernährungsverhaltens unter Berücksichtigung klinischer Merkmale und  
diagnostischer Kriterien“

Abgabedatum: 22.02.2018

Betreuender Professor: Herr Prof. Dr. Westenhöfer

Zweite Prüfende: Frau Dr. Buchcik

Fakultät Life Sciences

Department Ökotrophologie

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	3
Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis .....	4
1. Einleitung .....	5
1.1 Hintergrund .....	5
1.2 Relevanz .....	6
1.3 Fragestellung und Zielformulierung .....	7
2. Methodik .....	8
3. Der wissenschaftliche Stand zu Orthorexia nervosa .....	11
3.1 Diagnostik .....	11
3.1.1 Bratman-Test .....	11
3.1.2 ORTO-15 .....	12
3.1.3 Länderspezifische Adaptionen .....	12
3.1.4 Kritik und Empfehlungen .....	13
3.2 Pathologie .....	16
3.2.1 Soziale und psychologische Aspekte .....	17
3.2.2 Physische Konsequenzen .....	18
3.3 Prävalenz .....	19
3.4 Prädiktoren und Risikogruppen .....	20
3.4.1 Geschlecht, BMI und Persönlichkeitsmerkmale .....	20
3.4.2 Essstörungen .....	21
3.4.3 Risikogruppen .....	23
4. Orthorexia nervosa als klinisches Störungsbild .....	24
4.1 Abgrenzung zu gesundem Essverhalten .....	25
4.2 Parallelen und Unterschiede zu anerkannten Störungen .....	26
4.2.1 Anorexia nervosa und Bulimia nervosa .....	26
4.2.2 Zwangsstörungen .....	30
5. Diskussion .....	31
5.1 Ist ON eine psychische Erkrankung? .....	32
5.2 Nosologische Einordnung orthorektischen Ernährungsverhaltens .....	35
5.3 Limitationen und Ausblick .....	39
6. Fazit .....	40
Literaturverzeichnis .....	42
Zusammenfassung .....	47
Abstract .....	48
Eidesstattliche Erklärung .....	49

## Abkürzungsverzeichnis

<i>AN</i> .....	<i>Anorexia nervosa</i>
<i>BN</i> .....	<i>Bulimia nervosa</i>
<i>DSM</i> .....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<i>ICD</i> .....	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
<i>OCD</i> .....	<i>Obsessive-compulsive disorder (Zwangsstörung)</i>
<i>ON</i> .....	<i>Orthorexia nervosa</i>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Fragen des Bratman-Tests.....</i>	<i>11</i>
<i>Abbildung 2: Mögliche Merkmale von ON .....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3: Venn-Diagramm: ON und AN .....</i>	<i>29</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht relevanter Publikationen: Reviews.....</i>	<i>9</i>
<i>Tabelle 2: Übersicht relevanter Publikationen: Studien .....</i>	<i>10</i>
<i>Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach Dunn &amp; Bratman.....</i>	<i>15</i>

# 1. Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Ungesunde Ernährung ist einer der Hauptrisikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes. Diese sind jedes Jahr für den Tod von 40 Millionen Menschen verantwortlich und damit ursächlich für 70 Prozent aller Todesfälle weltweit (World Health Organization, 2017). Laut der *Global Burden of Disease Study* können in Deutschland insgesamt knapp 31 Prozent der Krankheitslast auf durch den Lebensstil mitbedingte Risikofaktoren wie Übergewicht oder Bluthochdruck zurückgeführt werden, über 11 Prozent auf eine ungesunde Ernährungsweise (Plass u. a., 2014).

Das Schaffen gesundheitsförderlicher Ernährungsumfelder und die Prävention und Reduktion von Übergewicht gehören somit zu den derzeit größten Herausforderungen des Gesundheitswesens. Ihnen widmet sich beispielsweise der *Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015-2020)*. Eine qualitäts- und gesundheitsorientierte Ernährung und eine bewusste Lebensmittelauswahl stellen in diesem Zusammenhang wichtige Ziele dar (World Health Organization, 2014).

Dass ein rigides Verfolgen eben dieser Ziele beim Einzelnen jedoch auch pathologische Züge annehmen kann, berichtete erstmals der amerikanische Alternativmediziner Steven Bratman in den späten neunziger Jahren. Er schuf den Begriff Orthorexia nervosa (ON). Die Bezeichnung setzt sich aus den griechischen Worten „orhtós“ (=richtig, gerade) und „órexis“ (=Appetit) zusammen und beschreibt die krankhafte Fixierung auf ein gesundheitsbewusstes Essverhalten.

Bratmans Schilderungen zufolge beginnt ON häufig aus der Intention heraus, einer Krankheit vorzubeugen oder ein bestehendes Leiden wie Arthritis oder Diabetes zu lindern. Auch der Wunsch, in der westlichen Welt verbreitete Ernährungsgewohnheiten wie hohen Zucker- und Fettkonsum abzulegen, kann der Grund für ein verändertes Essverhalten sein. Folgt hieraus eine permanente gedankliche Beschäftigung mit Lebensmitteln und deren Zubereitung sowie das Einhalten strenger, selbst auferlegter Ernährungsregeln, sind das Kennzeichen orthorektischen Verhaltens (Bratman, 1997).

Häufig wird zudem die gesundheitsförderliche Wirkung bestimmter Lebensmittel überschätzt. Auf der anderen Seite schließen manche Betroffene ganze Lebensmittelgruppen aus, da sie ihnen krankmachende Eigenschaften attestieren (Koven & Abry, 2015). Im Mittelpunkt einer orthorektischen Störung stehen der Gesundheitsaspekt und die Qualität der Lebensmittel, nicht jedoch eine verminderte Nahrungsaufnahme und die daraus resultierende Gewichtsreduktion. In diesem Punkt unterscheidet sich ON von vermeidenden Essstörungen wie restriktiver Anorexie (Bratman & Knight, 2000).

Die Anzahl der Fallberichte von Klienten mit orthorektischen Tendenzen mehren sich und häufig berichten Diätassistenten und Therapeuten, dass die beobachteten Verhaltensweisen schwere psychische Belastungen verursachen (Missbach & Barthels, 2017). Dennoch wird ON zum jetzigen Zeitpunkt in keinem etablierten Klassifikationssystem psychischer Störungen wie dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) oder der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) als eigenständige Diagnosekategorie aufgeführt. Die subjektive Definition gesunder Ernährung und die Heterogenität der Störung erschweren eine Abgrenzung von ungestörtem Essverhalten sowie das Definieren klinischer und diagnostischer Merkmale (Barthels, Meyer, & Pietrowsky, 2015).

## 1.2 Relevanz

Der Gesundheitsaspekt der Ernährung rückt immer mehr in den Mittelpunkt. In einer Umfrage zum Thema „Ernährungstypen in Deutschland“ aus dem Jahr 2016 stufen sich die meisten (45 Prozent) der 1.200 Befragten als Typ „Hauptsache gesund“ ein (TK, n.d.). Eine Befragung zum Einkaufsverhalten ergab im gleichen Jahr, dass über die Hälfte der 210 Befragten die Produkte stärker nach ihrem Nutzen für Gesundheit und Wohlbefinden aussuchen als noch vor fünf Jahren (Forschungsgruppe g/d/p, n.d.).

Zudem haben selbst attestierte Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten in den letzten Jahrzehnten zugenommen. In diesem Kontext werden Lebensmittel

häufig in Hinblick auf vermeintlich gesundheitsförderliche oder -schädliche Aspekte ausgewählt und das Essverhalten angepasst (Rona, Keil, Summers, & Gislason, 2007). Diese Entwicklung wird auch durch die sozialen Medien beschleunigt. Die hohe Präsenz von Ernährungsthemen in sozialen Netzwerken kann auf der einen Seite durchaus positiv bewertet werden, da ihr in der Regel eine vermehrte Beschäftigung mit gesundheitsförderlicher Ernährung zugrunde liegt. Viele Social-Media-Profile mit Ernährungsschwerpunkt möchten zudem eine besonders ausgewogene, frische Ernährung abbilden, die viel Obst und Gemüse und weniger verarbeitete Lebensmittel beinhaltet (Turner & Lefevre, 2017). Auf der anderen Seite können Vorstellungen und Meinungen über Lebensmittel- und Essverhalten ungefiltert verbreitet werden, auch wenn ihnen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde liegen.

Die genannten Aspekte können eine pathologische Fixierung auf eine gesunde Ernährung, wie sie bei ON vorliegt, begünstigen. Die Relevanz des Themas spiegelt sich auch am zunehmenden wissenschaftlichen Interesse wieder: Innerhalb von 5 Jahren (2011-2016) hat sich die Anzahl der Pubmed-Artikel mit dem Wort „Orthorexia“ im Titel mehr als verdoppelt (Cuzzolaro & Donini, 2016).

### 1.3 Fragestellung und Zielformulierung

Auf Basis einer strukturierten Literaturrecherche wird im Folgenden der aktuelle wissenschaftliche Stand zu ON erörtert. Es soll die Frage beantwortet werden, inwieweit sich orthorektisches Ernährungsverhalten von gesundem abgrenzen lässt. In diesem Zusammenhang wird auch die Pathologie und Diagnostik kritisch betrachtet. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Erkenntnisse wird diskutiert, ob ON ein eigenständiges, klinisch relevantes Krankheitsbild oder eine Variante bereits anerkannter Störungen darstellt. Hierzu werden Parallelen und Unterschiede zu Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sowie zu Zwangsstörungen (englisch: obsessive-compulsive disorder; OCD) aufgezeigt.

## 2. Methodik

Im Zeitraum von Dezember 2017 bis Januar 2018 wurde in den Datenbanken Pubmed und ScienceDirect unter Nutzung der Suchbegriffe „Orthorexia“, „Orthorexia nervosa“ und “pathologically healthy eating” eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturanalyse sollte die unter 1.3 genannten Fragestellungen beantworten und im Speziellen Informationen über Symptomatik, klinische Merkmale, Diagnostik und Symptomüberschneidungen mit anerkannten Störungen liefern.

Um dem Ziel der Recherche, den aktuellen wissenschaftlichen Stand abzubilden, gerecht zu werden, wurde als Einschlusskriterium eine Veröffentlichung innerhalb der letzten 5 Jahre definiert. Weitere Einschlusskriterien waren, dass die Ergebnisse in deutscher oder englischer Sprache vorhanden und in peer-reviewed journals erschienen sind. Die Suche ergab unter Berücksichtigungen der Einschlusskriterien ein Resultat von insgesamt n=193 Publikationen. Da die Suchbegriffe „Orthorexia“ und „Orthorexia nervosa“ in der Regel die gleichen Ergebnisse erzielten und mehrere Publikationen in beiden Datenbanken aufgeführt wurden, wurden n=96 Duplikate entfernt. Die übrigen n=97 Ergebnisse wurden anhand des Titels und Abstracts gesichtet. Daraufhin wurden n=84 Publikationen ausgeschlossen. Ausschlusskriterien waren:

- Publikationen fokussieren sich nicht oder nicht vorrangig auf ON, sondern auf andere psychische und physische Erkrankungen oder spezielle Ernährungsformen
- Studien konzentrieren sich ausschließlich auf die Prävalenz in spezifischen Gruppen (z.B. Prävalenz von ON bei Medizinstudenten in der Türkei) oder vergleichen die Prävalenz in zwei unterschiedlichen Gruppen (z.B. zwischen italienischen und polnischen Frauen)
- Individuelle Fallberichte oder Kommentare

Somit stellen die übrigen 13 Publikationen die Grundlage für die folgenden Erörterungen dar. Eine Übersicht über die ausgewählten Reviews und Studien liefern Tabelle 1 und 2. Die in den Reviews betrachteten Studien werden nicht separat aufgeführt, daher werden die übergeordneten Erkenntnisse der Reviews in Tabelle 1 zusammengefasst. Im Fließtext werden gegebenenfalls die Originalstudien zitiert. Es liegen zum Teil Doppelungen mit den ausgewählten Studien vor, für die Ergebnisbeschreibung der einzelnen Studien wird in Tabelle 2 auf die dazugehörigen Kapitel verwiesen.

Autoren, Jahr	Zweck	Design	Übergeordnete Erkenntnisse
Costa u. a., 2017	Abgrenzung von ON-spezifischen Aspekten der Diagnose und des Essverhaltens; Identifizierung von Symptomüberschneidungen mit OCD, AN und BN	Review	Hinweise auf Parallelen zu AN, BN und OCD; Diagnostik uneinheitlich; weitere Forschung nötig, um Prävalenz zu bestimmen und Klassifizierung als psychische Störung zu untersuchen
Dunn & Bratman, 2016	Prüfung von Prävalenzstudien und Diagnoseinstrumenten; Ermittlung und Entwicklung diagnostischer Kriterien; Identifizierung des Forschungsbedarfs	Review	Uneinheitliche Diagnostik führt zu ungültigen Prävalenzzahlen; Diagnostik sollte grundlegende Merkmale und klinische Beeinträchtigungen ermitteln; Hinweise für ON als distinkte Essstörung; mehr Forschung zur Behandlung benötigt
Koven & Abry, 2015	Ermittlung von Symptomen, Prävalenz und neuropsychologischem Profil von ON; Prüfung von Symptomüberschneidungen mit AN und OCD	Review	Symptomatik geprägt von restriktiver Ernährungsweise und ritualisierte Essgewohnheiten; Überschneidungen mit AN und OCD festgestellt; psychometrische Entwicklung eines validen Diagnoseinstruments für nachfolgende Forschung notwendig
Varga u. a., 2013	Prüfung der Literatur zu Prävalenz, Risikogruppen und Risikofaktoren von ON	Review	Prävalenzraten weisen große Spannen auf; bestehende Zwangs- und Essstörungen können Risikofaktoren darstellen; Ernährungsberater und andere medizinische Fachkräfte sind Hochrisikogruppen; Definition und Diagnosekriterien bleiben unklar; weitere Studien erforderlich

Tabelle 1: Übersicht relevanter Publikationen: Reviews

Autoren, Jahr	Zweck	Design	Beschreibung der Ergebnisse
Barnes & Caltabiano, 2017	Untersuchung von Perfektionismus, Körperbild, Bindungsstil und Selbstwertgefühl als Prädiktoren für ON/ Vergleich mit AN, BN	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 3.4.1
Barthels u. a., 2017	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen anorektischem und orthorektischem Essverhalten	Quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppe	Kapitel 4.2.1
Brytek-Matera u. a., 2015a	Untersuchung der Beziehung zwischen ON und Einstellungen zu Körperbild, Fitness und Gesundheit	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 4.2.1 Kapitel 5.2
Brytek-Matera u. a., 2015b	Identifizierung möglicher Prädiktoren für Orthorexia nervosa unter Essgestörten	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 3.4.1 Kapitel 3.4.2 Kapitel 4.2.1
Dunn u. a., 2017	Untersuchung der Prävalenz von ON und der Zuverlässigkeit des ORTO-15 anhand einer US-Stichprobe	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 3.3
Oberle, Samaghadi, & Hughes, 2017	Untersuchung der Vorhersagbarkeit von ON aus den demografischen Variablen Geschlecht, BMI sowie aus definierten Persönlichkeitsvariablen	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 3.4.1
Segura-Garcia u. a., 2015	Untersuchung der Häufigkeit von ON bei Frauen mit Essstörungen vor und nach der Behandlung	Quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppe	Kapitel 3.4.2 Kapitel 4.2.1 Kapitel 4.2.2
Simpson & Mazzeo, 2017	Untersuchung möglicher Stigmatisierung von ON im Vergleich zu DSM-5 Essstörungsdiagnosen	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 5.1
Varga u. a., 2014	Untersuchung eines länderspezifischen ON-Diagnoseinstruments, um eine Beschreibung der Pathologie von ON abzuleiten	Korrelative, quantitative Studie	Kapitel 3.1.4 Kapitel 3.4.1

Tabelle 2: Übersicht relevanter Publikationen: Studien

## 3. Der wissenschaftliche Stand zu Orthorexia nervosa

### 3.1 Diagnostik

Es wurden bereits unterschiedliche Fragebögen entwickelt, um ON zu diagnostizieren. Ein einheitliches Messinstrument gibt es derzeit nicht. Die ersten diagnostischen Kriterien für ON schlug Bratman 1997 mittels des Bratman-Tests vor. Auf dessen Basis wurde anschließend der ORTO-15-Fragebogen generiert, der den Bratman-Test erweitert und explizitere Fragestellungen verwendet. Zudem gibt es länderspezifische Adaptionen und Weiterentwicklungen (Varga, Dukay-Szabó, Túry, & van Furth Eric, 2013). Die unterschiedlichen Instrumente zur Diagnostik werden im Folgenden in chronischer Reihenfolge beschrieben.

#### 3.1.1 Bratman-Test

Der Bratman-Test enthält 10 Fragen zur Identifikation des Risikos für ON. Die Fragen basieren auf von dem Autor in der Praxis beobachteten Kriterien (s. Abb. 1). Sie können ausschließlich mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Beantwortet man zwei oder drei Fragen mit „ja“, soll das eine Tendenz zu ON implizieren, mehr als vier „ja“-Antworten bedeuten eine ON-Gefahr. Werden alle Fragen bejaht, soll dringend die Hilfe eines Experten aufgesucht werden. Der Bratman-Test wurde nicht statistisch geprüft oder wissenschaftlich validiert (Bratman 1997).

Bratman-Test

- Denken Sie mehr als 3 Stunden am Tag über Ihre Ernährung nach? (Für vier Stunden am Tag geben Sie sich zwei Punkte)
- Planen Sie heute, was Sie morgen essen werden?
- Ist Ihnen der gesundheitliche Wert der Mahlzeiten wichtiger als die Freude an deren Verzehr?
- Hat die Steigerung der Lebensmittelqualität zu einer Minderung Ihrer Lebensqualität geführt?
- Werden Sie immer strenger mit sich selbst?
- Verzichten Sie auf frühere Genüsse, um nun die Lebensmittel zu essen, die Sie für richtig halten?
- Steigert es Ihr Selbstwertgefühl, wenn Sie sich gesund ernähren? Schauen Sie auf andere herab, die das nicht tun?
- Fühlen Sie Schuldgefühle oder Selbsthass, wenn Sie von Ihrer Diät abweichen?
- Sind Sie durch Ihre Essensgewohnheiten sozial isoliert?
- Sind Sie glücklich und zufrieden über Ihre Selbstkontrolle, wenn Sie sich gesund ernähren?

Abbildung 1: Fragen des Bratman-Tests  
(eigene Darstellung und Übersetzung nach Bratman & Knight, 2000, S. 48–52)

### 3.1.2 ORTO-15

Auf Basis des Bratman-Tests entwickelten Donini u. a. 2005 den ORTO-15-Fragebogen. Dieser besteht aus 15 Multiple-Choice-Fragen. Sechs davon basieren auf Fragen aus dem Bratman-Test, neun wurden ergänzt. Die zusätzlichen Fragen beziehen sich vorrangig auf die Gedanken bei Auswahl und Kauf von Lebensmitteln und auf emotionale Aspekte. Beispiele für diese Fragen sind: „*Fühlen Sie sich verunsichert, wenn Sie in ein Lebensmittelgeschäft gehen?*“, „*Sind Sie bereit, für gesünderes Essen mehr Geld auszugeben?*“ oder „*Bestimmt die Sorge um Ihren Gesundheitszustand Ihre Essgewohnheiten?*“. Das dichotome Antwortschema des Bratman-Tests wurde durch eine Vier-Punkte-Skala ersetzt; die möglichen Antworten sind „immer“, „oft“, „manchmal“ und „nie“. Höhere Werte entsprechen weniger extremen Diätpraktiken. Antworten, die auf ON hinweisen, erhalten somit eine niedrige Punktzahl. Das Endergebnis ergibt sich aus der Summe der Punkte mit einem Minimum von 15 und maximal 60 Punkten. Ein Grenzwert von 40 wurde festgelegt. Somit impliziert ein Ergebnis von weniger als 40 Punkten, dass eine ON vorliegt. Der ORTO-15 ist das erste wissenschaftliche Messinstrument zur Diagnostik von ON, zudem wurde der Grenzwert validiert.

Die Autoren stellten jedoch fest, dass der Fragebogen zur Bestimmung obsessiver Merkmale nicht ausreichend effizient ist.

Daher bezeichneten Sie einen Studienteilnehmer nur dann als orthorektisch, wenn er den ORTO-15-Grenzwert unterschritt und zusätzlich einen pathologisch veränderten Wert auf der Skala 7 des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) aufzeigte. Diese dient zur Ermittlung obsessiven Verhaltens (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2005).

### 3.1.3 Länderspezifische Adaptionen

Nach der Entwicklung des ORTO-15-Tests wurden zusätzliche Versionen in anderen Sprachen veröffentlicht. Zum einen gibt es Ableger, die lediglich übersetzt wurden und den Test und die Bewertung unverändert ließen. Derzeit liegen diese in türkischer, spanischer, portugiesischer und polnischer Sprache vor (Dunn & Brat-

man, 2016). Da keine einheitlichen Diagnostik- und Bewertungsstandards existieren, gibt es zum anderen auch länderspezifische Adaptionen, die inhaltlich verändert wurden. Der italienische ORTO-15 enthält beispielsweise die gleichen Fragen wie der ursprüngliche Test, jedoch wurde der Grenzwert auf 35 statt auf 40 Punkte festgelegt (Costa, Hardan-Khalil, & Gibbs, 2017).

Andere Tests haben zusätzlich die Anzahl der Fragen reduziert. Der ORTO-11-Fragebogen ist eine türkische Version, bei deren Entwicklung die Faktorenanalyse ergab, dass nur 11 der 15 Originalfragen notwendig sind, um ON zu identifizieren. Ebenso verhält es sich mit der ungarischen Variante ORTO-11-Hu. In beiden Tests wurden vier unterschiedliche Fragen eliminiert. Nur neun Fragen enthalten eine polnischen ORTO-15-Adaption und der deutsche ORTO-9-GE-Fragebogen (Dunn & Bratman, 2016).

#### 3.1.4 Kritik und Empfehlungen

Das Fehlen allgemein anerkannter Diagnosekriterien für orthorektisches Ernährungsverhalten hat eine Inkonsistenz der Testfragen und Grenzwerte zur Folge, was wiederum den Vergleich von Forschungsergebnissen limitiert. Zudem erschwert es eine einheitliche Definition des Krankheitsbildes und das Ableiten von Empfehlungen. Auch die Ermittlung von Prävalenzzahlen gestaltet sich somit schwierig (vgl. Kapitel 3.3).

Die ungleiche Vorgehensweise bei der Diagnostik wird in der Literatur diskutiert und kritisiert. Varga u. a. (2014) vermuten, dass die unterschiedliche Anzahl und Art der Fragen durch kulturelle Unterschiede in der Darstellung von Essstörungen begründet werden können. Koven & Abry (2015) äußern Bedenken hinsichtlich der Genauigkeit der Forschung, wenn ORTO-15 als einziges Maß verwendet wurde, wie es bei einem Großteil der Studien der Fall ist. Sie kritisieren damit, dass der Hinweis der ORTO-15-Entwickler, den MMPI bei einer finalen Diagnose mit einzu beziehen, zu wenig Beachtung findet.

Basierend auf dieser Kritik sowie der Überprüfung bisher veröffentlichter Studien entwickelten Dunn & Bratman im Jahr 2016 neue Empfehlungen für diagnostische Kriterien. Diese sehen sie als Grundlage für die weitere ON-Forschung und Behandlungsrichtlinien. Sie nehmen an, dass einheitliche Kriterien helfen, gültige Prävalenzraten hervorzubringen, zur Validierung der Behandlungsmodalitäten beitragen und Risikofaktoren identifizierbar machen.

Ihre Vorschläge teilen sie in zwei Kategorien ein. Kriterium A beschreibt grundlegende Merkmale von ON, wie sie in der Praxis beobachtet werden. Das umfasst den obsessiven Fokus auf gesunde Ernährung und deren Definition durch eine Diättheorie oder eine Reihe von Überzeugungen. Ebenso sind erhöhter emotionaler Stress in Bezug auf als ungesund wahrgenommene Ernährungsentscheidungen und eine Steigerung der Restriktionen Diagnosekriterien. In Kriterium B werden klinische Beeinträchtigungen aufgeführt, die durch orthorektisches Essverhalten verursacht werden (Dunn & Bratman, 2016).

Die detaillierten Inhalte von Kriterium A und B sind in Tabelle 3 dargestellt.

Der Vorschlag wird als konstruktiver erster Schritt zur Vereinheitlichung und zum besseren Verständnis von ON gewertet, die Zuverlässigkeit und Gültigkeit wurde jedoch noch nicht ermittelt (Cuzzolaro & Donini, 2016).

Kriterium A	1. Zwanghaftes Verhalten und/ oder mentale Beschäftigung in Bezug auf selbst auferlegte, restriktive Ernährungspraktiken, die eine optimale Gesundheit fördern sollen (Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln oder gesteigerte, sportliche Aktivität als Indikator für eine gesunde Lebensweise möglich).
	2. Die Verletzung der selbst auferlegten Ernährungsregeln verursacht übertriebene Angst vor Krankheit, ein Gefühl der körperlichen Verunreinigung und/ oder negative körperliche Empfindungen, begleitet von Angst und Scham.
	3. Die Ernährungsrestriktionen steigern sich im Laufe der Zeit, können zur Eliminierung ganzer Nahrungsmittelgruppen führen und immer häufiger auftretende "Reinigungsprozesse", wie z. B. Teilfasten, einschließen. Das führt häufig zu Gewichtsverlust, aber der Wunsch, Gewicht zu verlieren, fehlt, ist versteckt oder dem Ziel der gesunden Ernährung untergeordnet.
Kriterium B	1. Mangelernährung, starker Gewichtsverlust oder andere medizinische Komplikationen durch eingeschränkte Ernährung
	2. Intrapersoneller Distress oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktion als Folge der strikten Ernährungsweise
	3. Körperbild, Selbstwertgefühl, Identität und/ oder Zufriedenheit sind zu stark von der Einhaltung des selbst definierten "gesunden" Essverhaltens abhängig

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach Dunn & Bratman, 2016

## 3.2 Pathologie

Die von Dunn & Bratman vorgeschlagenen Diagnosekriterien (vgl. Kapitel 3.1.4) ermöglichen bereits einen Einblick in die Symptomatik von ON. Auch wenn derzeit kein einheitlich definiertes Krankheitsbild existiert, wird der Begriff ON gemeinhin so verstanden, wie er 1997 von Bratman geprägt wurde: Als eine Obsession für gesunde, reine Ernährung, die sich durch restriktives Essverhalten, einen Fokus auf die Qualität von Lebensmitteln und stark ritualisierte Essgewohnheiten ausdrückt (Bratman, 1997). Charakteristisch für orthorektisches Verhalten ist, dass viel Zeit mit der Auswahl der aus Sicht des Betroffenen gesunden Lebensmittel verbracht wird. In diesem Zusammenhang findet eine intensive gedankliche Auseinandersetzung mit unterschiedlichsten Aspekten der Nahrung und ihres Gesundheitswertes statt. Diese kann die Lebensmittelherkunft betreffen (z. B. ob Gemüse Pestiziden ausgesetzt war), aber auch die Verarbeitung (z. B. ob sich der Nährstoffgehalt während des Kochens reduziert hat oder künstliche Aromastoffe hinzugefügt wurden) und Verpackung (z. B. ob eine Plastikverpackung kanzerogen ist). Die individuelle Lebensmittelqualität wird dabei durch die Kombination vom Nährwert der Lebensmittel und ihrer wahrgenommenen Reinheit definiert. Das Ziel der Ernährungsweise ist stets, die eigene körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden zu maximieren (Donini u. a., 2004; Koven & Abry, 2015). Darüber hinaus gibt es Merkmale, die in der Literatur häufig mit ON assoziiert werden und eine Diagnose bestätigen können. Abbildung 2 liefert eine Übersicht verschiedener Aspekte.

Mögliche Merkmale von ON		
Obsessives Verhalten	Ritualisierte Ernährung	Eingeschränkte Lebensmittelauswahl
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Fokus auf Planung, Einkauf, Zubereitung und Konsum von Lebensmitteln</li> <li>▪ Katalogisieren, Wiegen und Messen von Nahrungsmitteln bestimmt den Tagesablauf</li> <li>▪ Permanente gedankliche Beschäftigung mit Ernährung und gesundheitlichen Zusammenhängen (z. B. Verdauungsvorgänge und daraus abgeleitete Nahrungsreihenfolgen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Essgewohnheiten folgen komplexen Regeln (z. B. welche Nahrungsmittel zu bestimmten Tageszeiten kombiniert werden können)</li> <li>▪ Ernährungspraktiken werden trotz Anzeichen von Mangelernährung weiterhin als gesundheitsfördernd angesehen</li> <li>▪ Essen wird als Quelle der Gesundheit, nicht als Genuss angesehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsequente Vermeidung von Lebensmitteln, die mit Chemikalien, künstlichen Substanzen oder anderen unerwünschten Inhaltsstoffen behandelt werden</li> <li>▪ als ungesund bzw. verboten eingeordnete Lebensmittel lösen Bedrängnis, Ekel oder ein Gefühl physischer Unreinheit aus</li> <li>▪ Überschätzung der krankheits- oder gesundheitsfördernden Eigenschaften von Lebensmitteln</li> </ul>

Abbildung 2: Mögliche Merkmale von ON  
(eigene Darstellung, modifiziert nach Costa u. a., 2017; Dunn & Bratman, 2016; Koven & Abry, 2015)

### 3.2.1 Soziale und psychologische Aspekte

Orthorektisches Essverhalten kann sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Fühlen sich die Betroffenen in ihren Ernährungspraktiken gestört oder verurteilt, kann das ein Gefühl starker Frustration verursachen. Ebenso kann eine Verletzung der selbst auferlegten Ernährungsregeln Schuldgefühle und Selbsthass zur Folge haben. Aus diesen Gefühlen kann auch ein Wunsch nach Selbstbestrafung entstehen, der sich z. B. in einer noch strengeren Diät oder Reinigungsprozeduren durch vermeintlich reinigendes Fasten manifestiert. Oft belasten die Betroffenen chronische Sorgen vor Unvollkommenheit und nicht optimaler Gesundheit. Zudem können Nahrungsmittel, die in der selbst definierten Reinheit beeinträchtigt sind, Ekel auslösen (Mathieu, 2005).

Darüber hinaus besteht das Risiko sozialer Isolation, denn häufig vermuten Betroffene, dass sie nur gesund essen können, wenn sie allein und in der gewohnten, kontrollierbaren Umgebung sind (Mathieu, 2005). Auf Grundlage der selbst

konzipierten Ernährungsgewohnheiten kann außerdem das Gefühl einer moralischen Überlegenheit entstehen, sodass Betroffene nicht mehr mit Freunden oder Familie interagieren möchten, die ihren Ernährungsregeln nicht folgen (Donini u. a., 2004). Auch nimmt die Planung der Mahlzeiten oftmals viel Zeit ein, sodass andere Interessen und Aktivitäten in den Hintergrund rücken (Koven & Senbonmatsu, 2013). Zudem besteht die Möglichkeit, dass das orthorektische Verhalten auf andere Familienmitglieder übertragen wird. Insbesondere Kinder stellen hier eine gefährdete Gruppe dar, da sie die Essgewohnheiten ihrer Bezugspersonen natürlicherweise akzeptieren und nachahmen (Cuzzolaro & Donini, 2016).

### 3.2.2 Physische Konsequenzen

Die extremen Essgewohnheiten, die mit einer ON einhergehen, können Auswirkungen auf die physische Gesundheit haben. Durch einseitige Ernährung kann es beispielweise zu einer Unterversorgung mit essenziellen Nährstoffen kommen. Auch ein starker Gewichtsverlust und daraus resultierendes Untergewicht sind möglich. Langfristig kann die Vermeidung ganzer Nahrungsgruppen eine Mangelernährung zur Folge haben, die im schlimmsten Fall zum Tod führen kann (Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager, & Weintraub, 2015).

Aus Einzel- und Fallberichten gibt es Hinweise darauf, dass der diätetische Extremismus von ON zu ähnlichen medizinischen Komplikationen führen kann, wie man sie auch bei schwerer AN beobachtet. Hierzu gehören u. a. eine Minderung der Knochendichte, Elektrolytstörungen, Blutarmut und Testosteronmangel (Moroze u. a., 2015; Park u. a., 2011). Diese Vermutung muss allerdings noch durch Langzeitstudien geprüft werden.

### 3.3 Prävalenz

Obwohl sich die existierenden Studien zu ON zum Großteil auf die Prävalenzmessung in verschiedenen Ländern konzentrieren, kann keine klare Aussage zur Krankheitshäufigkeit getroffen werden.

Ursächlich sind wie bereits beschrieben die fehlenden einheitlichen Diagnosekriterien und die weitestgehend uneinheitliche Studienmethodik.

Die erhobenen Prävalenzzahlen weisen mit Ergebnissen von 6 % bis knapp 90 % große Spannen auf (Dunn & Bratman, 2016; Dunn, Gibbs, Whitney, & Starosta, 2017; Koven & Abry, 2015).

Eine aktuelle Prävalenzstudie aus den USA kam zu dem Ergebnis, dass der ORTO-15 kein geeignetes Instrument zur Bestimmung von ON ist, da mit ihm nicht deutlich genug zwischen gesunder und pathologisch gesunder Ernährung unterschieden werden kann. Die Forscher wendeten den ORTO-15 zusammen mit anderen Fragen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Gesundheit bei 275 Studenten an. Die Analyse der Ergebnisse zeigte, dass der ORTO-15 Teilnehmer mit einer gesundheitsbewussten Ernährung zuverlässig von denjenigen unterschied, die darauf keinen Wert legen. Jedoch war er unzuverlässig bei der Identifizierung von Personen, deren Ernährungsgewohnheiten bereits zu gesundheitlichen Problemen oder sozialen Konflikten geführt haben. Zudem wurde eine stark restriktive Ernährung nicht als tendenziell orthorektischer eingeordnet als eine Ernährung ohne Einschränkungen. Die Pathologie einer vermeintlich gesunden Ernährung wurde also nicht ausreichend erfasst. Dies unterstützt die bereits beschriebene Vermutung der Wissenschaftler, die den ORTO-15 ausgearbeitet haben (vgl. Kapitel 3.1.2). Des Weiteren relativiert das Resultat die durch Anwendung des ORTO-15 ermittelten, teilweise sehr hohen Prävalenzzahlen. Nach Schätzung der an der Studie beteiligten Wissenschaftler hat ON eine ähnliche Prävalenzrate wie AN und BN (nicht höher als 2 % in der Normalbevölkerung) und ist somit keine überdurchschnittlich häufige Erkrankung (Dunn u. a., 2017). Diese Hypothese muss jedoch durch weitere Forschung geprüft werden.

### 3.4 Prädiktoren und Risikogruppen

Die Ermittlung von Prädiktoren und Risikogruppen ist ein unerlässlicher Bestandteil der derzeitigen Forschung im Bereich ON. Vorrangig wird der Zusammenhang von ON und Geschlecht, Body-Maß-Index (BMI), bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Essstörungen erforscht. Im Folgenden wird anhand der ausgewerteten Studien der aktuelle Stand der Wissenschaft zu Risikofaktoren und -gruppen dargestellt.

#### 3.4.1 Geschlecht, BMI und Persönlichkeitsmerkmale

Bezüglich der Frage, ob Männer oder Frauen überrepräsentiert sind oder es keine Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit gibt, herrscht aufgrund der heterogenen Studienlage kein einheitliches Bild. Die Übersichtsarbeit von Koven & Abry (2015) zu den klinischen Grundlagen von ON kommt zu dem Ergebnis, dass ebenso viele Studien ein erhöhtes Vorkommen bei Frauen feststellten, wie es Studienergebnisse zur höheren Prävalenz bei Männern bzw. dem Nichtvorhandensein von Geschlechterunterschieden gibt.

Eine aktuelle Untersuchung aus den USA zur Vorhersagbarkeit von ON aus verschiedenen Variablen mit knapp 460 Teilnehmern kam zu dem Schluss, dass keine oder nur minimale Geschlechterunterschiede vorliegen. Unter Beachtung der uneinheitlichen Ergebnisse vorheriger Publikationen raten die Forscher jedoch zu weiteren Studien, um mögliche Unterschiede tatsächlich auszuschließen (Oberle, Samaghabadi, & Hughes, 2017).

Auch eine möglichen Korrelation von BMI und ON wird kontrovers diskutiert. Mehrere Untersuchungen ergaben, dass ein höherer BMI mit einer höheren ON-Symptomatik korrespondiert (Oberle u. a., 2017; Varga u. a., 2013; Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry, & van Furth, 2014). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass sich ON bei Personen mit erhöhtem BMI aus dem Versuch heraus entwickelt, Gewicht zu verlieren. Eine andere Erklärung ist, dass ein höherer BMI mit einer größeren Muskelmasse verbunden sein kann. Wie unter 3.1.4 beschrieben,

kann ON mit gesteigerter, sportlicher Aktivität als Indikator für eine gesunde Lebensweise einhergehen. Aus dem vermehrte Training resultiert dann möglicherweise eine Erhöhung der Muskelmasse und des BMIs (Oberle u. a., 2017). Jedoch ist auch hier die Studienlage nicht eindeutig, sodass es weiterer Forschung bedarf, bevor kausale Zusammenhänge festgestellt werden können.

Studien, die sich mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen als Prädiktoren für ON beschäftigen, kommen hingegen zu einheitlicheren Ergebnissen. Es herrscht der vorsichtige Konsens, dass ein erhöhter Perfektionismus mit höheren orthorektischen Tendenzen einhergeht. Die Einhaltung strikter Ernährungsregeln als eines der Hauptmerkmale von ON kann dabei eine Manifestation des Perfektionismus in Bezug auf die Nahrung darstellen (Barnes & Caltabiano, 2017; Oberle u. a., 2017). Auch perfektionistische Ansichten über das eigene Aussehen können Risikofaktoren darstellen. Zwei Studien zu Prädiktoren von ON ergaben in diesem Zusammenhang, dass eine erhöhte Beschäftigung mit Übergewicht bzw. eine gesteigerte Sorge, übergewichtig zu werden und ein starker Fokus auf Äußerlichkeiten prädiktive Merkmale für die Entwicklung von ON sein können (Barnes & Caltabiano, 2017; Brytek-Matera, Rogoza, Gramaglia, & Zeppegno, 2015b).

### 3.4.2 Essstörungen

Es wird außerdem die These diskutiert, ob eine bestehende Essstörung einen Prädiktor für ON darstellt. Diese Vermutung liegt nahe, da sich Patienten mit Essstörungen häufig auch in pathologischem Ausmaß mit ihrer Ernährung und ihrem Körper beschäftigen (Segura-Garcia u. a., 2015).

Die erste Längsschnittstudie, die ON bei essgestörten Patienten und einer Kontrollgruppe durch validierte, standardisierte Fragebögen untersuchte, erzielte in diesem Zusammenhang bemerkenswerte Ergebnisse. Eine Interventionsgruppe aus 32 Patienten mit diagnostizierter AN oder BN wurde vor und drei Jahre nach der Behandlung ihrer Essstörung auf orthorektische Tendenzen untersucht. Die Ergebnisse wurden mit einer Kontrollgruppe aus ebenso vielen gesunden Teilnehmern verglichen. Die Interventionsgruppe wies zum einen eine signifikant höhere Prävalenz als die Kontrollgruppe auf, was impliziert, dass ON eine Komorbidität

von Patienten mit AN und BN darstellen kann. Möglich ist auch die Interpretation, dass ON, definiert durch restriktives und zwanghaftes Essverhalten, der Essstörung bereits vorausging.

Zum anderen stieg die Häufigkeit von ON innerhalb der Interventionsgruppe im Laufe der Zeit um fast das Doppelte an. Die Behandlung der vorliegenden Essstörung hatte also nicht eine Reduktion des orthorektischen Verhaltens zur Folge, sondern dessen Vermehrung. Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass sich ON auch während der Remission oder Genesung einer Essstörung entwickeln kann. Möglicherweise lernten die Patienten in der Verhaltenstherapie, ihren Körper mehr zu respektieren, suchten aber gleichzeitig nach einem Kompromiss, der ihnen erlaubt, das Essen weiterhin zu kontrollieren und fanden diesen in orthorektischen Verhaltensweisen. Hier wird das Risiko deutlich, dass sich ON als Ersatzhandlung normalisiert, wenn essgestörte Patienten die Symptome ihrer Störung durch orthorektische Handlungen auf sozial erwünschte Weise ersetzen (Segura-Garcia u. a., 2015).

Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommt die Studie von Brytek-Matera u. a. (2015b). Hier wurde das Vorkommen von ON bei 52 Frauen mit diagnostizierter Essstörung (BN oder AN) untersucht, mit dem Ergebnis, dass höhere orthorektische Tendenzen vorlagen, wenn die Pathologie der Essstörung im niedrigeren Bereich lag. Die Autoren schließen, dass die Patienten in einem frühen oder späten Stadium ihrer Erkrankung weniger Essstörungssymptome und mehr orthorektische Merkmale aufwiesen. Sie vermuten, dass die Patienten in diesen Stadien sich selbst oder andere davon überzeugen möchten, dass ihr Essverhalten gesund ist und es entsprechend klassifizieren. So werden Symptome der Essstörung möglicherweise unter einem vermeintlich gesundem Essverhalten verborgen. Sie stützen damit die These, dass sich ON als Ersatzhandlung für Symptome einer Essstörung entwickeln kann (Brytek-Matera u. a., 2015b).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bestehende Essstörungen einen Prädiktor für ON darstellen können. Auf der anderen Seite kann ON ebenso ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung sein.

### 3.4.3 Risikogruppen

Die Auswertung der vorliegenden Übersichtsarbeiten zur Prävalenz von ON zeigt, dass es bestimmte Gruppen gibt, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, ON zu entwickeln. Dazu gehören Personen, die sich beruflich auf Ernährung und/ oder Gesundheit konzentrieren, wie beispielweise medizinisches Fachpersonal, Ernährungsberater oder Sportler. Das schließt auch Studierende oder Auszubildende in gesundheitsbezogenen Fächern wie Ernährungswissenschaften oder Medizin ein. Aufgrund der Tatsache, dass diese Personen wahrscheinlich besonders sensibel auf Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit und Ernährung reagieren, ein erhöhtes Fachwissen haben und Vorbilder in diesen Bereichen darstellen, ist die weitere Untersuchung der Prävalenz innerhalb dieser speziellen Populationen mittels einheitlicher Diagnoseinstrumente ein wichtiges Ziel im Rahmen der ON-Forschung (Dunn & Bratman, 2016; Koven & Abry, 2015; Varga u. a., 2013).

## 4. Orthorexia nervosa als klinisches Störungsbild

Zum gegenwertigen Zeitpunkt wird ON in keinem etablierten Klassifikationssystem psychischer Störungen wie dem DSM oder der ICD als eigenständige Diagnosekategorie aufgeführt. Somit ist ON nicht offiziell als psychische Störung anerkannt (Barthels, Meyer, & Pietrowsky, 2015; Segura-Garcia u. a., 2015).

Es stand zur Diskussion, ob ON in die aktuelle Ausgabe des DSM (DSM-5) aufgenommen werden sollte. Aufgrund des Mangels an soliden empirischen Daten, die für eine valide Diagnose erforderlich sind, wurde kein professioneller Konsens erreicht und ON nicht im Manual berücksichtigt (Costa u. a., 2017).

Moroze u. a. (2015) schlugen vor, Orthorexie als Untergruppe der DSM-5-Subkategorie „vermeidende/ restriktive Ernährungsstörung“ zu klassifizieren. Diese umfasst Störungen, die durch Vermeidung der Nahrungsaufnahme gekennzeichnet sind, hauptsächlich in der (frühen) Kindheit und typischerweise aufgrund sensorischer Eigenschaften von Lebensmitteln auftreten. Diese Beschreibung ist jedoch per se nicht repräsentativ für die Symptomatik von ON (Dunn & Bratman, 2016). Darüber hinaus gibt es in der Literatur eine anhaltende Debatte darüber, ob ON eine Variante der Essstörungen AN und BN oder eine OCD darstellt (Koven & Abry, 2015). Neben diesen Überlegungen wird auch diskutiert, ob sie als eigenständiges, abgegrenztes Krankheitsbild klassifiziert werden sollte oder überhaupt einer psychischen Störung entspricht (Dunn u. a., 2017).

Um sich der Antwort auf die Frage zu nähern, inwiefern sich ON als klinisches Störungsbild einordnen lässt, wird in den folgenden Kapiteln orthorektisches Essverhalten von gesundem differenziert. Zudem werden Überschneidungen sowie Unterschiede zu anerkannten psychischen Störungen aufgezeigt.

## 4.1 Abgrenzung zu gesundem Essverhalten

Eine Abgrenzung von ON zu gesundem Essverhalten ist ebenso notwendig wie schwierig. Denn selbstverständlich stellt der Wunsch, gesunde Nahrung zu konsumieren, keine Krankheit an sich dar. Tatsächlich besteht die primäre Strategie der öffentlichen Ernährungs- bzw. Gesundheitspolitik darin, gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern, um ernährungsbedingte Krankheiten wie Übergewicht und Adipositas zu verringern (Story, Kaphingst, Robinson-O'Brien, & Glanz, 2008). Somit ist die Auseinandersetzung des Einzelnen mit einer gesunden Ernährungsweise eine angestrebte und wünschenswerte Verhaltensweise. Entwickelt sich diese jedoch zu einer zwanghaften Beschäftigung mit Lebensmitteln und ihrer Herkunft und resultieren daraus Sorgen und Stress in Bezug auf die Nahrung, deutet das auf ein pathologisches Ausmaß hin (Koven & Abry, 2015).

Das Interesse an gesunder Ernährung ist also so lange nicht krankhaft, bis eine weitere Progression stattfindet, die durch zwanghaftes Denken und Verhalten, Selbstbestrafung und eskalierende Restriktion gekennzeichnet ist. Dabei bieten komplexe Theorien als Basis des Essverhaltens mehr Grundlagen für die Entwicklung einer ON, als es weniger komplexe Annahmen tun. Häufig sind das Theorien, die auf der Reinheit von Nahrung und Körper basieren. Resultiert aus ebendiesen das Gefühl einer persönlichen Unreinheit und Scham, kann das die Pathologie der Ernährungsweise aufzeigen. Je nach Theorie können unterschiedliche Merkmale darauf hinweisen, dass die Beschäftigung mit ihnen ungesunde Züge annimmt. Liegt der Lebensmittelauswahl beispielsweise die Überzeugung zugrunde, dass bestimmte Lebensmittel besonders krankheits- oder gesundheitsförderlich sind, kann das eine starke Angst vor „falscher“ Nahrung auslösen. Sind moralisch begründete Theorien ursächlich, können diese zu einem erhöhten Überlegenheitsgefühl gegenüber anderen führen, was wiederum soziale Isolation zur Folge haben kann. Es ist auch möglich, dass Betroffene von einer Theorie zu einer anderen wechseln, auch wenn die Prinzipien der neuen Theorie denen der vorherigen widersprechen. Dieser Wechsel der Überzeugungen kann den Unterschied zwischen der zugrundeliegenden Theorie und der daraus resultierenden Pathologie veranschaulichen (Bratman, 2017).

Die vorangegangenen Überlegungen machen deutlich, wie individuell sich ON äußern kann und wie komplex dadurch die Abgrenzung von ON und einer auf gesunde Weise achtsamen Ernährung ist. Übergeordnet lässt sich jedoch festhalten, dass ein gesundes Essverhalten pathologische Züge annimmt, wenn sich die Gedanken um die richtige Ernährung bzw. Nahrungsmittelauswahl zum Mittelpunkt des Lebens entwickeln und von Sorgen oder Ängsten begleitet werden. Auch daraus resultierende, immer strenger werdende Restriktionen bei der Lebensmittelauswahl sind Anzeichen für pathologisches Essverhalten. Diese können durch einen Nährstoffmangel bedingte, körperliche Beeinträchtigungen zur Folge haben. Darüber hinaus können Auswirkungen in wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens, wie eine Absonderung von Familie oder Freunden, zeigen, dass sich die vermeintlich gesunde Ernährungsweise in ein ungesundes Verhalten gewandelt hat (Bratman, 2017; Segura-Garcia u. a., 2015).

## 4.2 Parallelen und Unterschiede zu anerkannten Störungen

Um eine potenzielle klinische Einordnung von ON zu ermöglichen, werden häufig Gemeinsamkeiten zu bereits anerkannten Störungen aufgeführt. So gibt es beispielsweise die Auffassung, dass ON einen Subtyp oder eine Variante von AN darstellt (Barthels, Meyer, Huber, & Pietrowsky, 2017). Aufgrund einiger Symptomüberschneidungen wird auch die Nähe zu OCD diskutiert (Bratman & Knight, 2000). Die folgenden Kapitel liefern eine Übersicht über Parallelen und Unterschiede von ON zu bestehenden Ess- und Zwangsstörungen. Damit bilden sie die Grundlage für die anschließende Diskussion, ob ON als distinktes Krankheitsbild interpretiert werden kann.

### 4.2.1 Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Bereits die Namensgebung von ON impliziert eine Nähe zu den Essstörungen AN und BN. Jedoch lässt sich bulimisches Verhalten recht deutlich von orthorektischem abgrenzen. Denn auch wenn es Parallelen bezüglich der Obsession in Bezug auf die Nahrungsaufnahme, des Mangels am Vergnügen beim Essen (Brytek-Matera u. a., 2015b), des Kontrollaspekts in Bezug auf den Lebensmittelverzehr

und der übermäßigen Beschäftigung mit Essen gibt (Segura-Garcia u. a., 2015), umfasst ON nicht die charakteristischsten Bulimie-Symptome. Dazu gehören wiederholte Episoden von Essanfällen mit dem Gefühl des Kontrollverlusts, gefolgt von kompensierenden Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Arzneimitteln oder übermäßige körperliche Betätigung (American Psychiatric Association, 2013).

Dahingegen weist das Krankheitsbild AN einige Überschneidungen mit ON auf. Die Essstörung AN ist geprägt durch einen selbsterbeigeführten Gewichtsverlust. Aufgrund einer zu geringen Energiezufuhr ist das Körpergewicht unter dem für das jeweilige Geschlecht bzw. Alter zu erwartenden Gewicht. Hinter dem niedrigen Körpergewicht steht eine krankhafte Angst vor einer Gewichtszunahme und der Vorstellung, dick zu werden. Die Betroffenen haben eine Körperschemastörung sowie eine Störung in der Wahrnehmung ihres geringen Körpergewichts (American Psychiatric Association, 2013).

Es zeigen sich einige Ähnlichkeiten zu orthorektischem Essverhalten. Zum einen liegt eine Überbetonung der Ernährungsweise vor, die den Mittelpunkt des Lebens darstellt. Verhalten und Leben sind so arrangiert, dass sie den speziellen Essgewohnheiten dienen (Varga u. a., 2013).

Barthels u. a. (2017) stellten in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen anorektischem und orthorektischem Essverhalten weitere Parallelen fest. Hierfür verglichen sie Frauen mit diagnostizierter AN mit niedrigem und ausgeprägtem orthorektischen Essverhalten und eine gesunde Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass der Verzehr von Lebensmitteln sowohl bei AN als auch bei ON nicht mit Genuss oder Vergnügen assoziiert, sondern als Ausdruck von Selbstdisziplin und Kontrolle angesehen wird. Die starre Selektion und schrittweise Reduktion von erlaubten Nahrungsmitteln ist dabei sowohl bei AN als auch bei ON vorherrschend. Daher können auch die sozialen und gesundheitlichen Folgen, wie z. B. soziale Isolation und Mangelernährung, ähnlich ausfallen (Barthels u. a., 2017).

Auch bezüglich prädiktiver Persönlichkeitsmerkmale überschneiden sich ON und AN. Wie in Kapitel 3.4.1 beschrieben, gibt es Hinweise darauf, dass Personen mit orthorektischem Verhalten eine erhöhte Beschäftigung mit Übergewicht bzw. eine

gesteigerte Sorge, übergewichtig zu werden, aufweisen. Zudem wurde ein starker Fokus auf Äußerlichkeiten und ein gesteigerter Perfektionismus festgestellt. Diese Merkmale werden auch bei anorektischen Patienten beobachtet (Bardone-Cone u. a., 2007; Brown, Parman, Rudat, & Craighead, 2012). Häufig kommt es bei ON auch zu einer Gewichtsabnahme. Diese ist jedoch nicht auf eine bewusst eingeschränkte Energiezufuhr oder Manipulation des Gewichtes zurückführbar, wie es bei AN der Fall ist. Vielmehr ist die durch subjektive Überzeugungen stark eingeschränkte Nahrungsauswahl ursächlich (Bratman & Knight, 2000). Verfolgt man diesen Gedanken weiter, wird der grundlegende Unterschied von ON und AN deutlich: Die Motivation der Ernährungseinschränkung.

Bei AN steht der Gewichtsverlust im Zentrum, bei ON der Gesundheitsaspekt. Während anorektische Patienten nach einem idealen Körperbild streben, fokussieren Personen mit orthorektischem Essverhalten die Reinheit und Unversehrtheit ihres Körpers (Segura-Garcia u. a., 2015). Patienten mit AN wählen Lebensmittel daher hinsichtlich ihres Kaloriengehalts aus, orthorektische Personen entscheiden aufgrund mutmaßlicher positiver oder schädlicher Auswirkungen auf die Gesundheit. Auch die mit AN einhergehende gestörte Körperwahrnehmung ist nach jetzigen Erkenntnissen vermutlich nicht symptomatisch für orthorektisches Verhalten (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, & Hay, 2015a; Varga u. a., 2013). Jedoch ist es möglich, dass eine verschobene Wahrnehmung hinsichtlich eines gesunden Körpers vorliegt und die Ernährungsweise dadurch trotz körperlicher Beeinträchtigungen weiterhin als gesundheitsförderlich eingestuft bzw. fortgeführt wird (Barthels u. a., 2017).

Auf der anderen Seite kann es auch bei AN zu überbewerteten Ideen in Bezug auf Nahrungsmittel kommen (z. B. starke Ängste in Zusammenhang mit fetthaltigen Nahrungsmitteln), auch wenn diese kein Hauptsymptom der Erkrankung darstellen (Barthels u. a., 2017). Hier wird deutlich, dass, auch wenn bei ON und AN unterschiedliche Überzeugungen zugrunde liegen, die sichtbaren Symptome durchaus ähnlich sein können. Das Aufdecken der Motivation für die Ernährungseinschränkung ist daher essentiell für eine zuverlässige Diagnose.

Eine Zusammenfassung von Parallelen und Unterschieden liefert Abbildung 3.

Eine weitere Komplikation der Beziehung zwischen ON und AN ist deren mögliche Koexistenz oder Sukzession im Laufe der Zeit. Wie in Kapitel 3.4.2 beschrieben, kann ON dem Beginn einer Essstörung vorausgehen oder sich während der Remission und Genesung entwickeln (Segura-Garcia u. a., 2015). Das kann dazu führen, dass sich eine klare Trennung beider Phänomene schwierig gestaltet, was die enge Beziehung zwischen ON und AN verdeutlicht.

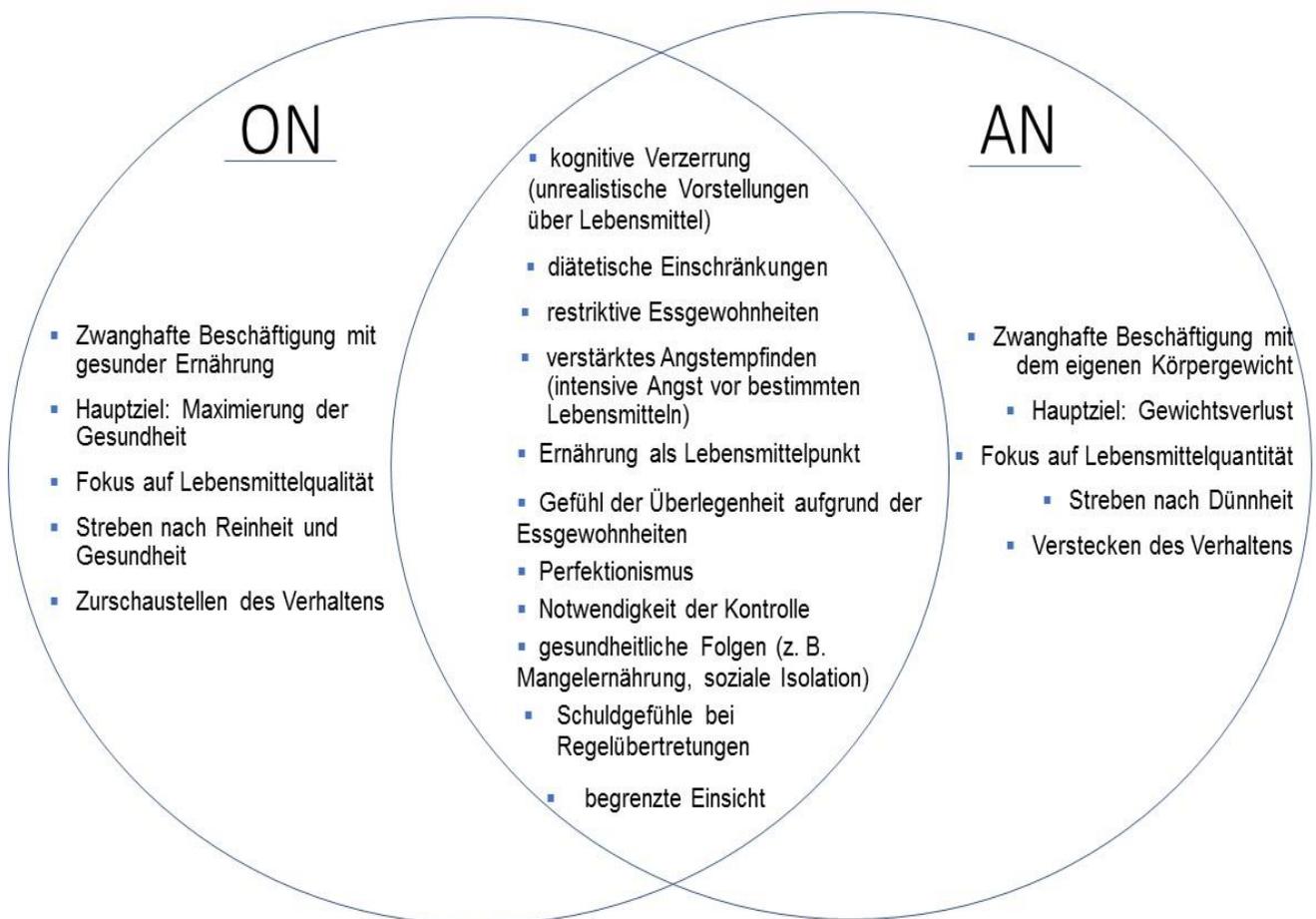


Abbildung 3: Venn-Diagramm: ON und AN  
(eigene Darstellung, modifiziert nach Brytek-Matera u. a., 2015b; Koven & Abry, 2015)

#### 4.2.2 Zwangsstörungen

Als Zwangsstörung (englisch: obsessive-compulsive disorder, OCD) werden psychische Störungen beschrieben, die durch Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder beides gekennzeichnet sind. Zwangsgedanken sind dabei wiederkehrende und anhaltende Gedanken oder Vorstellungen, die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen. Betroffene versuchen diese oftmals durch das Ausführen einer Zwangshandlung zu neutralisieren oder fühlen sich aufgrund eines Zwangsgedanken zur Ausübung einer Zwangshandlung gezwungen (z. B. wiederholtes Händewaschen). Die Handlung dient dazu, Angst oder Unwohlsein zu reduzieren oder vorzubeugen. Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen sind zeitaufwändig und/ oder verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden. Hinzu kommen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Betroffene empfinden ihr zwanghaftes Verhalten als ungewollt und versuchen daher, es zu unterdrücken (American Psychiatric Association, 2013).

Orthorektisches Verhalten zeigt insofern Überschneidungen mit einer OCD, als dass sich wiederkehrende, aufdringliche Gedanken über Ernährung und Gesundheit und eine intensive Angst (z. B. über Kontamination oder Unreinheit von Lebensmitteln) beobachten lassen. Darüber hinaus kann auch das Empfinden einer starken Notwendigkeit, die Mahlzeiten auf bestimmte Weise zu arrangieren und in ritualisierter Art zu sich zu nehmen, als zwanghaft beschrieben werden (Bratman & Knight, 2000). Ähnlich wie bei OCD bleibt auch bei ON wenig Zeit für andere Aktivitäten, da die Einhaltung der strikten Ernährungsweise den Tagesablauf bestimmt. Dabei können beispielsweise wiederholtes Wiegen und Messen der Lebensmittel sowie das Planen der Auswahl, Zubereitung und des Verzehrs viel Zeit in Anspruch nehmen. Der Wiederholungsaspekt sowie die Rigidität stellen in dem Zusammenhang ebenfalls Parallelen zu OCD dar (Donini u. a., 2004; Segura-Garcia u. a., 2015).

Die aufgeführten Überschneidungen werden jedoch von einem bedeutenden Unterschied relativiert. Denn der Inhalt der orthorektischen Obsessionen wird in der Regel als ich-synton wahrgenommen, der Betroffene identifiziert sich mit seinen Gedanken und Handlungen, empfindet sie als richtig und stimmig. Dahingegen ist

ein Hauptmerkmal der OCD, dass die Zwänge als ich-dyston empfunden werden, also als fremd, störend und nicht stimmig, auch wenn sich die Person zur Ausübung gezwungen fühlt. Bei einer OCD wird daher oft versucht, das ungewollte Verhalten zu unterdrücken, so wie es auch in der Definition der American Psychiatric Association beschrieben ist (vgl. vorherige Seite). Bei ON wird hingegen ein Zurschaustellen der Einstellungen und Handlungen beobachtet, das auf der Annahme basiert, dass das eigene Ernährungsverhalten auf vorbildhafte Weise gesund ist (Mathieu, 2005). Dieser bedeutende Unterschied zeigt, dass das subjektive Erleben der beiden Störungen ein grundsätzlich anderes ist.

## 5. Diskussion

In der westlichen Gesellschaft des 21. Jahrhundert werden kontroverse Inhalte vermittelt, wenn es um Ernährung und Essverhalten geht. Zum einen sind Lebensmittel von geringer Qualität zu niedrigen Preise erhältlich und die konsumorientierte Umwelt fördert das Kaufen und Verzehren ernährungsphysiologisch ungünstiger Lebensmittel (Golan & Crow, 2004). Das hat zur Folge, dass die Adipositasprävalenz rapide zunimmt und ernährungsbedingte Krankheiten wie Herz-Kreislauf- oder Stoffwechsel-Erkrankungen vermehrt auftreten (Story u. a., 2008). Auf der anderen Seite umfassen die kulturellen Ideale die Erwartungen, schlank und sportlich zu sein und gesund zu leben. Gleichzeitig wird ein Rückgang der familienbasierten Rituale und Werte in Bezug auf Lebensmittelzubereitung (z. B. selber kochen) und -verzehr (z. B. gemeinsame Mahlzeiten) beobachtet. Diese Widersprüchlichkeiten können die Basis für einen starken Wunsch nach gesunder Ernährung bilden, wie sie bei ON vorliegen (Varga u. a., 2013). Das Befolgen strenger, selbstauferlegter Ernährungsregeln stellt möglicherweise den Versuch dar, den öffentlichen Idealen einer gesunden Lebensweise zu entsprechen und gleichzeitig Kontrolle über das vielfältige Lebensmittelangebot zu erlangen. Außerdem kann somit eine Essstruktur geschaffen werden, die im familiären bzw. privaten Umfeld fehlt.

Wann sich die Verhaltensweisen vom gegebenenfalls gesundheitsförderlichen Leitfaden zum pathologischen Störungsbild entwickeln, galt es in dieser Ausarbeitung zu untersuchen. Unter Berücksichtigung der vorangegangenen Ausführungen zu Diagnostik, Pathologie und Überschneidungen mit anerkannten psychischen Störungen können die übergeordneten Fragestellungen diskutiert werden (vgl. Kapitel 1.3):

- Inwieweit lässt sich orthorektisches Ernährungsverhalten von gesundem abgrenzen: Ist ON eine psychische Erkrankung?
- Stellt ON gegebenenfalls ein eigenständiges, klinisch relevantes Krankheitsbild oder eine Variante bereits anerkannter Störungen dar?

### 5.1 Ist ON eine psychische Erkrankung?

Eine strikte Ernährungsweise mit dem Ziel, ausschließlich gesund zu essen, als psychische Störung einzustufen, bietet durchaus eine Grundlage für Diskussionen. Das unterstreichen auch die Ergebnisse einer Studie zur möglichen Stigmatisierung von ON im Vergleich zu anerkannten Essstörungen. Über 500 Teilnehmern wurde nach dem Zufallsprinzip die Beschreibung einer Frau mit DSM-5-Esstörung (z. B. AN oder BN) oder orthorektischen Symptomen vorgelegt, anschließend beantworteten sie Fragen zu der dargestellten Person. ON wurde als weniger schwerwiegend und eher erstrebenswert als die DSM-5-Esstörungen eingeordnet, außerdem wurden die Symptome häufiger als Ergebnis persönlicher Lebensentscheidungen angesehen (Simpson & Mazzeo, 2017).

Dahingegen häufen sich die Fallberichte aus der Praxis, die beschreiben, dass eine zwanghafte Beschäftigung mit gesunden Ernährungsweisen schwere psychische Belastungen verursachen kann. Eine Umfrage unter Psychologen, Psychiatern, Krankenschwestern und Sozialarbeitern ergab, dass zwei Drittel der Befragten in ihrer Praxis bereits Patienten mit klinisch signifikanten Orthorexiesymptomen beobachtet haben. Ebenso viele Kliniker gaben zudem an, dass das Syndrom mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit verdient (Vandereycken, 2011).

Um dieser Diskrepanz entgegenzutreten- zum einen eine gesunde Ernährung nicht vorschnell als krankhaft vorzuverurteilen, zum anderen aber mögliche pathologische Züge rechtzeitig zu erkennen- ist eine einheitliche Definition und eine daraus abgeleitete, differenzierte Diagnostik unabdingbar. Nur so kann orthorektisches Verhalten von gesundem abgegrenzt werden.

Ebendiese sind aber bei ON nicht gegeben: Die vorhandenen Diagnoseinstrumente sind inkonsistent und weisen erhebliche Schwächen auf. Zum einen liegen allen Fragebögen die subjektiven Kriterien von Bratman zugrunde, der die potenzielle Störung erstmals beschrieben hat. Der von ihm entwickelte Test zur Selbstdiagnose („Bratman-Test“) basiert ausschließlich auf seinen klinischen Erfahrungen, hat keinen klaren Grenzwert und wurde nicht wissenschaftlich geprüft (Varga u. a., 2013). Die Weiterentwicklung des Fragebogens, der ORTO-15, hatte zum Ziel, diese Schwächen auszubessern, indem seine Gültigkeit statistisch geprüft und ein Grenzwert validiert wurde. Jedoch stellten die Forscher selbst fest, dass auch dieser Fragebogen nicht ausreichend zwischen lediglich strikt gesunder und pathologisch gesunder Ernährung unterscheidet, da er in der Bestimmung obsessiver Merkmale nicht ausreichend effizient ist. Sie empfahlen daher, für eine Diagnose von ON zusätzlich das obsessive Verhalten zu ermitteln, z. B. mittels MMPI (Donini u. a., 2004). Obwohl diese Vermutung durch weitere Studien zur Gültigkeit des ORTO-15 gestützt wurde (z. B. Dunn u. a., 2017), findet der Hinweis in der Praxis wenig Beachtung, sodass der ORTO-15 in vielen Studien als alleiniges Instrument für Untersuchungen zu ON angewendet wurde. Zudem wurden zahlreiche Adaptionen entwickelt, die in ihrem Aufbau variieren: Die Auswahl und Anzahl der Fragen sind selektiv und daher anfällig für Verzerrungen. Auch die Cut-off-Werte sind nicht konsistent.

Die ungleichen Diagnoseinstrumente führen zu Schwierigkeiten bei der Prävalenzermittlung, außerdem wurden teilweise unwahrscheinlich hohe Prävalenzzahlen ermittelt. Die Möglichkeit des Datenvergleichs ist dadurch eingeschränkt und es können keine eindeutigen Aussagen zu Prädiktoren getroffen werden. Durch die unterschiedlichen Versionen des ORTO-15 verzögert sich eine Standardisierung maßgeblich (Costa u. a., 2017). Ebendiese Standardisierung in

der Diagnostik von ON ist jedoch notwendig, um eine einheitliche Definition formulieren sowie Prävalenzzahlen und Risikofaktoren untersuchen zu können.

Trotz der fehlerhaften Messinstrumente und der nicht vorhandenen offiziellen Definition besteht ein Konsens darüber, wie die Pathologie von ON beschrieben werden kann. Ursächlich hierfür ist, dass der Begriff ON in der Regel so aufgefasst wird, wie er von Bratman geprägt und anschließend durch diverse Fallberichte bestätigt wurde. Im Zentrum steht die zwanghafte Beschäftigung mit gesunder bzw. reiner Ernährung und ein starker Fokus auf die Lebensmittelqualität. Aus dieser Obsession werden dann individuelle Ernährungsregeln abgeleitet, deren striktes Befolgen eine restriktive Lebensmittelauswahl mit sich bringt (Bratman, 1997). Von einer nicht pathologischen Ernährungsweise lässt sich ON folglich durch die Symptomatik des zwanghaftes Denkens und Verhaltens abgrenzen. Diese kann sich durch den Tagesablauf bestimmende Rituale, Selbstbestrafung, Frust oder Angst äußern.

Gemäß DSM-5 ist eine psychische Störung *„definiert als Syndrom, welches durch klinisch signifikante Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten“* (Falkai, Wittchen, Döpfner, & American Psychiatric Association, 2015, S. 26–27). Untersucht man die Symptomatik von ON hinsichtlich dieser Kriterien, wird deutlich, dass es relevante Überschneidungen gibt.

Das Grundgerüst von ON bildet das zwanghafte Verhalten in Bezug auf Lebensmittel und deren Qualität. Diese Zwanghaftigkeit kann sich in einer permanenten gedanklichen Auseinandersetzung mit Nahrung und deren Gesundheitswert äußern, ebenso in stark ritualisiertem Ernährungsverhalten, das den Tagesablauf bestimmt (Donini u. a., 2004; Koven & Abry, 2015). Beides kann bedeutende Veränderungen der Kognition und des Verhaltens der betroffenen Person verursachen. Ebenso kann ein psychisches Leiden durch Angst oder Ekel vor Lebensmitteln oder das Gefühl der persönlichen Unreinheit entstehen.

Zeitaufwendige Ernährungsrituale und die andauernde kognitive Beschäftigung mit gesundheitsförderlicher Ernährung können zudem zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.

Inwiefern die beschriebenen Aspekte die vom DSM-5 geforderte, klinische Signifikanz aufweisen, muss im Einzelfall bestimmt werden. Hierzu ist es notwendig, dass ein Diagnoseinstrument mit validen psychometrischen Eigenschaften für die internationale Anwendung entwickelt wird, das nicht nur die Fixierung auf gesunde Ernährung ermittelt (die im Zweifelsfall nicht pathologisch sein muss), sondern auch das für eine ON-Diagnose obligatorische Zwangsverhalten.

Die Beschreibung von ON in der Literatur sowie die aktuelle Studienlage lassen jedoch den vorsichtigen Schluss zu, dass die aufgeführte Symptomatik in ihrem Ausmaß die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen bedeutsam beeinflussen und somit eine psychische Störung darstellen kann.

## 5.2 Nosologische Einordnung orthorektischen Ernährungsverhaltens

Neben der Frage, ob ON grundsätzlich eine psychische Störung darstellt, wird auch ihre nosologische Einordnung diskutiert. Bratman selbst bezeichnet ON als Essstörung, erwähnt jedoch auch große Überschneidungen mit zwanghaften Verhaltensweisen (Bratman & Knight, 2000). Die in Kapitel 4 durchgeführte Analyse des wissenschaftlichen Stands zu Überschneidungen von ON mit anerkannten psychischen Störungen zeigte Parallelen zu AN und OCD auf.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass AN und ON die kognitive Fixierung auf Ernährung, die starke Selektion der Nahrung und den Mangel am Vergnügen bzw. Genuss beim Essen teilen. Betroffene beider Phänomene nutzen ihre Ernährung als Ausdruck von Selbstdisziplin und Kontrolle. Zudem wurden bei beiden ähnliche prädiktive Persönlichkeitsmerkmale festgestellt. Diese umfassen einen hohen Perfektionismus, einen starken Fokus auf Äußerlichkeiten und eine erhöhte Beschäftigung mit Übergewicht (Barnes & Caltabiano, 2017; Brytek-Matera u. a., 2015a; Oberle u. a., 2017).

In einem maßgeblichen Kriterium unterscheiden sich ON und AN jedoch. Das Krankheitsbild der AN wird durch einen intendierten und selbst herbeigeführten Gewichtsverlust charakterisiert, der bei ON nicht gegeben ist. Zwar kann es im Rahmen orthorektischen Ernährungsverhaltens auch zu einer Gewichtsabnahme kommen. Dieser liegt aber nicht die Manipulation des eigenen Gewichtes, sondern die durch subjektive Überzeugungen stark eingeschränkte Nahrungsauswahl zugrunde (Bratman & Knight, 2000). Die Motivation der Ernährungseinschränkung ist also eine grundsätzlich andere. Möglicherweise lässt sich durch diese Erkenntnis auch die jeweils erhöhte Beschäftigung mit Übergewicht erklären: Während anorektische Patienten in diesem Zusammenhang Angst vor einer Gewichtszunahme haben, sorgen sich Personen mit orthorektischen Zügen vermutlich um die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht.

Auch die für Essstörungen charakteristische Körperschemastörung scheint bei ON nach jetzigen Erkenntnissen nicht vorhanden zu sein, zudem wird die Selbstwahrnehmung nicht übermäßig durch Gewicht und Körperform beeinflusst, wie es bei AN der Fall ist (Brytek-Matera u. a., 2015a; Dunn & Bratman, 2016; Varga u. a., 2013).

Die Gemeinsamkeiten von ON und OCD hingegen sind das Auftreten von Zwangsgedanken (z.B. wiederkehrende, intensive Gedanken über Ernährung und Gesundheit sowie eine intensive Angst bzgl. unreiner Lebensmittel) und Zwangshandlungen (z. B. das Empfinden einer starken Notwendigkeit, Lebensmittel auf bestimmte Weise zuzubereiten) (Bratman & Knight, 2000).

Doch auch bei ON und OCD gibt es einen maßgeblichen Unterschied in der Symptomatik. Während für eine OCD-Diagnose eine ich-dystone Wahrnehmung der Störung vorliegen muss, werden orthorektische Obsessionen als ich-syntone beschrieben. Dieses grundsätzlich unterschiedliche Erleben und Bewerten der Symptome führt auch dazu, dass orthorektische Verhaltensweisen oftmals zur Schau gestellt werden, wohingegen Zwangshandlungen bei OCD versteckt oder unterdrückt werden (Mathieu, 2005).

Dass obligatorische und charakteristische Diagnosekriterien nicht erfüllt werden, spricht gegen eine Einordnung von ON als Subtyp von AN oder OCD. Gegen eine Klassifizierung als OCD spricht außerdem, dass ein Auftreten zwanghafter Verhaltensweisen im Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten nicht selten ist. Eine hohe Komorbidität zwischen Ess- und Zwangsstörungen wurde in der Literatur schon mehrfach beobachtet (Swinbourne & Touyz, 2007; Varga u. a., 2013). Zudem ist die Zwanghaftigkeit von ON auf das Ernährungsverhalten begrenzt, was den Schluss zulässt, dass sie eher einer Essstörungsvariante als einer Zwangsstörung entspricht. Die Erkenntnis, dass eine bestehende Essstörung einen Prädiktor für ON darstellen und ON auf der anderen Seite ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung sein kann (vgl. Kapitel 3.4.2), unterstreicht diese Nähe noch einmal.

Sowohl im DSM als auch in der ICD gibt es den Bereich der „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ (englisch: Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS). Dieser umfasst Erkrankungen mit klinischem Schweregrad, die die diagnostischen Kriterien der anerkannten Essstörungen nicht vollständig erfüllen oder Mischformen darstellen (Fairburn & Bohn, 2005). Gemäß der Annahme, dass ON eine klinisch signifikante Essstörung darstellt, die sich jedoch bezüglich der nicht vorhandenen selbstinduzierten Gewichtsabnahme und Körperschemastörung von AN unterscheidet, wäre eine Einordnung in diese Kategorie denkbar.

Die Diagnose von EDNOS ist die häufigste, die in der klinischen Routinepraxis gestellt wird. Gleichzeitig steht der Bereich in der Kritik, eine Art „Restekategorie“ zu sein, die von Forschern eher vernachlässigt und nicht ausreichend untersucht wird. Daher gibt es Vorschläge, die Gruppe der EDNOS zu verringern und mehr Krankheitsbilder als eigenständig anzuerkennen (Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn & Cooper, 2011). Dass die Kategorie jedoch auch eine Vorstufe für die Anerkennung eines distinkten Störungsbildes darstellen kann, zeigt das Beispiel der Binge-Eating-Störung (BES). Diese wurde in der DSM-4-Version als EDNOS klassifiziert, ihre Definition war lange umstritten. Da die vorgeschlagenen Diagnose-Kriterien in der Praxis jedoch zunehmend akzeptiert und die Behandlungsbedürftigkeit dieser Störung durch zahlreiche Untersuchungen gestützt wurde, wurde BES in der darauffolgenden Ausgabe (DSM-5) als eigenständige Diagnosekategorie eingestuft.

Dieser Schritt ist insofern bemerkenswert, als dass die Symptomatik zahlreiche Ähnlichkeiten zu BN aufweist, nichtsdestotrotz wurden die Unterschiede als schwerwiegender betrachtet (Wilfley, Citrome, & Herman, 2016).

Die häufige Diagnose von EDNOS in der Praxis deutet darauf hin, dass Essstörungen weitaus vielfältiger und variabler sind, als es die derzeitigen Klassifizierungsschemata vermuten lassen.

Die Einordnung von BES als eigenständige Diagnose zeigt zudem, dass Essstörungsvarianten trotz Symptomüberschneidungen mit anerkannten Störungen als eigenständige Krankheitsbilder klassifiziert werden können.

Beide Erkenntnisse sind relevant für die Überlegungen zur nosologischen Einordnung von ON. Inwiefern eine Anerkennung in einem etablierten Klassifikationssystem psychischer Störungen realistisch ist, ist zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der heterogenen und qualitativ eingeschränkten Studienlage jedoch nicht absehbar.

Die Grundlage für eine Klassifizierung im Bereich EDNOS könnte die Anerkennung der von Dunn & Bratman vorgeschlagenen Kriterien darstellen (vgl. Kapitel 3.1.4). Denn das Definieren von Kriterien ist ein wesentlicher erster Schritt, um sie messen zu können (Kline, 1986).

Demnach könnten die Kriterien anschließend empirisch überprüft und ggf. angepasst werden, sodass einheitliche Diagnosekriterien entstehen. Basierend darauf müssten repräsentative empirische Untersuchungen zu Prävalenz, Pathologie und Prädiktoren folgen, um eine fundierte Diskussion über die Einordnung von ON als anerkanntes psychisches Störungsbild zu ermöglichen.

### 5.3 Limitationen und Ausblick

Die größte Limitation bei der Ermittlung des wissenschaftlichen Stands zur Pathologie orthorektischen Ernährungsverhaltens stellt die heterogene Studienlage dar. Die unterschiedlichen, statistisch teilweise nicht validierten Diagnoseinstrumente sowie überwiegend kleine, nicht repräsentative Stichproben und diverse Arten bzw. Qualitäten von Studiendesigns machen es schwierig, Ergebnisse zu verallgemeinern und übergeordnete Thesen zu formulieren. Es fehlen außerdem Interviews und andere qualitative Daten, die auf den vorwiegend quantitativen Studien aufbauen (Varga u. a., 2013). Zudem gibt es noch keine Langzeitstudien zu ON, sodass die mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit und die Progression noch nicht bekannt sind (Costa u. a., 2017).

Der Inhalt dieser Arbeit beschränkt sich auf Studien, die bereits veröffentlicht wurden. Aufgrund des steigenden wissenschaftlichen Interesses an ON ist es möglich, dass es wichtige Untersuchungen gibt, die zum jetzigen Zeitpunkt Thesen oder Dissertationen sind und noch nicht veröffentlicht wurden. Eine weitere Einschränkung stellt das Einschlusskriterium dar, dass die ausgewerteten Publikationen in deutscher oder englischer Sprache vorhanden sein müssen.

Um eine einheitliche Definition und Diagnostik für ON entwickeln und auf dieser Basis vergleichbare Studien durchführen zu können, müssen zukünftig breitere Daten in Hinblick auf Geschlechterunterschiede, Altersstufen und Symptomatik gesammelt werden. Die steigende Anzahl der Publikationen zu dem Thema lässt die Vermutung zu, dass zunehmend mehr Forschung betrieben wird und Daten für zukünftige Thesen und Erkenntnisse gesammelt werden (Costa u. a., 2017; Cuzolaro & Donini, 2016). Künftige Studien könnten die Fragen adressieren, wie bestehende ON-Skalen modifiziert werden können, um ihre psychometrischen Eigenschaften zu verbessern und welche zusätzlichen Diagnoseinstrumente für eine umfassende Sicht auf die Patientenpathologie angewendet werden sollten. Zudem sollten Komorbiditäten jenseits von AN und OCD, die kulturellen Faktoren und daraus resultierende Prävalenzraten sowie weitere psychologische, personale, biologische und psychosoziale Prädiktoren untersucht werden (Koven & Abry, 2015).

## 6. Fazit

Das Phänomen ON findet in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend Beachtung. Das Paradoxon, dass eine gesunde Ernährungsweise ein wünschenswertes Verhalten innerhalb der öffentlichen Gesundheitspolitik darstellt, die Zwanghaftigkeit von ON jedoch zu individuellen, psychischen Belastungen führen kann, unterstreicht die Notwendigkeit zur Erhebung evidenzbasierter Daten. Denn zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs und kein einheitliches, valides Diagnoseinstrument.

Die in der Praxis am häufigsten verwendeten Fragebögen zur Diagnostik, der Bratman-Test und der ORTO-15, sind nicht geeignet, um ON zu diagnostizieren. Beide unterscheiden nicht ausreichend zwischen gesunder Ernährung und gesunder Ernährung mit potenziell pathologischem Ausmaß. Die Validität und der Grenzwert des Bratman-Tests wurden nicht wissenschaftlich geprüft. Bei der Entwicklung des ORTO-15 wurden diese zwar eruiert, jedoch stellte sich heraus, dass der Fragebogen zur Bestimmung obsessiver Merkmale nicht ausreichend effizient ist. Der Hinweis der Autoren, eine ON-Diagnose nur dann auszusprechen, wenn zusätzlich zur Unterschreitung des ORTO-15-Grenzwerts auch ein pathologisch obsessives Verhalten gemessen wird (z.B. mittels MMPI), findet in der Praxis wenig Beachtung. Der ORTO-15 wird oft als alleiniges Diagnoseinstrument verwendet. Zudem existieren zahlreiche, länderspezifische Adaptionen mit unterschiedlicher Fragensauswahl und inkonsistenten Grenzwerten.

Die heterogene Diagnostik mindert die Vergleichbarkeit der bereits veröffentlichten Untersuchungen und erschwert es, gültige Aussagen über Prävalenz, Pathologie und Prädiktoren zu treffen.

Die von Dunn & Bratman im Jahr 2016 entwickelten Empfehlungen für einheitliche diagnostische Kriterien sind in diesem Kontext ein konstruktiver Schritt zur Vereinheitlichung und zum besseren Verständnis von ON. Jedoch steht die Prüfung ihrer Gültigkeit noch aus.

Die nicht vorhandene, einheitliche Definition und die erheblichen Schwächen in der Diagnostik lassen keinen endgültigen, wissenschaftlich fundierten Schluss zu, ob ON eine psychische Erkrankung darstellt. Jedoch weisen die in der ausgewerteten Literatur beschriebenen Symptome Überschneidungen zur Definition einer psychischen Störung gemäß DSM-5 auf. Diese zeigen sich primär in der deutlichen Veränderung der Kognitionen, Emotionen und des Verhaltens bei orthorektischen Tendenzen, bedingt durch eine ständige gedankliche Auseinandersetzung mit Lebensmitteln und deren Gesundheitswert. Das daraus abgeleitete, stark ritualisierte und restriktive Ernährungsverhalten kann den Tagesablauf bestimmen und zu einer Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen führen. Auch eine Form des psychischen Leidens, z. B. durch intensive Angst vor vermeintlich ungesunden Lebensmitteln oder Selbstbestrafungspraktiken, wird beobachtet. Die genannten Aspekte lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass ON die psychische Gesundheit beeinträchtigen und somit eine psychische Störung darstellen kann.

Die Analyse von Parallelen und Unterschieden zu anerkannten psychischen Störungen ergab, dass ON Symptomüberschneidungen mit AN und OCD aufzeigt. In beiden Fällen ist allerdings ein charakteristisches, für die Diagnose notwendiges Kriterium nicht gegeben: Bei AN der selbstinduzierte Gewichtsverlust, bei einer OCD das ich-dystone Empfinden der Störung. Aufgrund dessen ist eine mögliche Einordnung von ON als Subtyp fraglich. Die nosologische Nähe von ON zu Essstörungen wird in der Literatur jedoch deutlich. Zum einen manifestiert sich die beschriebene Symptomatik ausschließlich im Essverhalten, zum anderen gibt es eine enge Beziehung von ON und diagnostizierten Essstörungen. So kann ON dem Beginn einer Essstörung vorausgehen oder sich während der Remission und Genesung entwickeln. Daher liegt der Schluss nahe, ON potenziell als Essstörung einzuordnen. Aufgrund der Unterschiede zu bereits anerkannten Störungen wäre eine mögliche Klassifizierung als „nicht näher bezeichnete Essstörung“ denkbar.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung eines einheitlichen Diagnoseinstruments mit validen psychometrischen Eigenschaften und darauf basierend die Durchführung weiterer evidenzbasierter Studien mit qualitativ hochwertigem Design notwendig sind, um schließlich eine valide Bewertung und nosologische Einordnung von ON als potenzielles klinisches Störungsbild zuzulassen.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Upala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 384–405.
- Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(1), 177–184.
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorektisches Ernährungsverhalten. *Ernährungs Umschau, S.* 156-161.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(2), 269–276.
- Bratman, S. (1997). The health food eating disorder. *Yoga Journal, S.* 42-50.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating (1st ed). New York: Broadway Books.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(3), 381–385.
- Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A., & Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors, 13*(4), 347–353.
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015a). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders, 3*(1).
- Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2015b). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC Psychiatry, 15*(1).

- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K., & Gibbs, K. (2017). Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980–988.
- Cuzzolaro, M., & Donini, L. M. (2016). Orthorexia nervosa by proxy? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 549–551.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 9(2), 151–157.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28–e32.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185–192.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691–701.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(01), 8–10.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Forschungsgruppe g/d/p. (n.d.). Vergleichen Sie Ihr heutiges Einkaufsverhalten mit Ihrem Einkaufsverhalten vor 5 Jahren. Wie sehr stimmen Sie den Aussagen zu?. In Statista - Das Statistik-Portal, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588076/umfrage/veraenderung-einkaufsverhalten-deutschland/> abgerufen. Stand 17. Januar 2018.

- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39–50.
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. London: Methuen.
- Koven, N., & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 385–394.
- Koven, N., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 03(02), 214–222.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512.
- Missbach, B., & Barthels, F. (2017). Orthorexia Nervosa: moving forward in the field. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1).
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303–310.
- Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J., & Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia Nervosa with Hyponatremia, Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, Pneumothorax, and Pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure*, 9(1), 32.
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Krämer, A. (2014). Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(38), 629–638.

- Rona, R. J., Keil, T., Summers, C., Gislason, D., Zuidmeer, L., Sodergren, E., ... Madsen, C. (2007). The prevalence of food allergy: a meta-analysis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(3), 638–646.
- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161–166.
- Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM - 5 eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 781–792.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253–272.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 253–274.
- TK. (n.d.). Verteilung der Ernährungstypen in Deutschland im Jahr 2016. In Statista - Das Statistik-Portal, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/262648/umfrage/esstypen-in-deutschland/> abgerufen. Stand 17. Januar 2018.
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277–284.
- Vandereycken, W. (2011). Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145–155.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103–111.

- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1).
- Wilfley, D., Citrome, L., & Herman, B. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 2213–2223.
- World Health Organization. (2014). *Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015-2020)*. Von [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/255502/64wd14g\\_FoodNutAP\\_1\\_140426.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/255502/64wd14g_FoodNutAP_1_140426.pdf?ua=1) abgerufen. Stand 15.01.2018.
- World Health Organization. (2017). *Fact Sheet Noncommunicable diseases*. Von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> abgerufen. Stand 15.01.2018.

## Zusammenfassung

Hintergrund & Methodik: Das Phänomen *Orthorexia nervosa* (ON) findet in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend Beachtung. Es beschreibt die krankhafte Fixierung auf ein gesundheitsbewusstes Essverhalten. Derzeit wird diskutiert, ob ON ein psychisches Störungsbild darstellt. In der vorliegenden Ausarbeitung wird mittels einer strukturierten Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und ScienceDirect der aktuelle wissenschaftliche Stand zu ON erörtert.

Wesentliche Ergebnisse: Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es keine einheitliche Begriffsdefinition und kein einheitliches, valides Diagnoseinstrument. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Publikationen zum Thema ON limitiert.

Die in der ausgewerteten Literatur beschriebenen Symptome weisen Überschneidungen zur Definition einer psychischen Störung gemäß DSM-5 auf. Die permanente gedankliche Beschäftigung mit der Qualität von Lebensmitteln, ein stark ritualisiertes Essverhalten, strenge Restriktionen bei der Lebensmittelauswahl und Selbstbestrafungspraktiken können Abgrenzungen zu gesundem Essverhalten darstellen. Jedoch ermöglicht die heterogene Studienlage keinen wissenschaftlich fundierten Schluss, ob ON eine psychische Erkrankung darstellt.

Es wurden Symptomüberschneidungen mit Anorexia nervosa und Zwangsstörungen festgestellt, in beiden Fällen gibt es jedoch auch relevante Unterschiede hinsichtlich charakteristischer Diagnosekriterien.

Die Entwicklung eines einheitlichen Diagnoseinstruments mit validen psychometrischen Eigenschaften und die Durchführung weiterer evidenzbasierter Studien mit qualitativ hochwertigem Design sind notwendig, um schließlich eine wissenschaftliche Bewertung und nosologische Einordnung von ON als potenzielles klinisches Störungsbild zuzulassen.

## Abstract

Background & Methods: The phenomenon of Orthorexia nervosa (ON) gains increasing attention in the scientific literature. The term describes a pathological obsession with proper nutrition. Current discussions are focusing on whether ON represents a mental disorder. The present thesis discusses the scientific status of ON based on a literature research in the databases Pubmed and ScienceDirect.

Results: Until now, there is no uniform definition of ON and no consistent, valid diagnostic tool. This limits the comparability of publications.

Symptoms described in the literature overlap with the definition of a mental disorder according to DSM-5. ON differs from non-pathological healthy eating in terms of constant thoughts of food quality, ritualized patterns of eating, rigid avoidance of foods and self-punishment practices.

However, the heterogeneous study situation does not allow a scientifically sound conclusion as to whether ON is a mental illness.

Symptom overlaps with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder have been found, but in both cases there are also significant differences when it comes to characteristic diagnostic criteria.

The development of consistent diagnostic methods with valid psychometric properties and the implementation of further evidence-based studies with high-quality design are necessary to finally allow an evaluation and nosological classification of ON as a potential clinical disorder.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift