
Sonja M. Mannhardt

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Psyche unter besonderer Berücksichtigung des gestörten Essverhaltens

Zusammenfassung

Essen ist seit jeher kein rein rationaler Akt, sondern eine komplexe Handlung die sowohl physische, als auch psychische und soziale Aspekte aufweist. Wird dieses empfindliche Gleichgewicht durch selbst- oder fremdinduzierte Diäten gestört, so kann das veränderte Verhalten per se ein Gesundheitsrisiko in sich bergen. Nahrungsmittelunverträglichkeiten beeinträchtigen sowohl die Lebensqualität der Betroffenen, als auch der Familiensysteme, haben Einfluss auf die Gefühlslage und nicht zuletzt auf das Sozialverhalten von Betroffenen. In der Ernährungstherapie geht es darum, ein gestörtes Essverhalten in Verbindung mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten aufzudecken, ihm gezielt vorzubeugen bzw. bei Bestehen entgegenzuwirken. Da zu vermuten ist, dass es sich nicht um Einzelfälle, sondern um ein ernstzunehmendes Phänomen handeln könnte, sollte diesem deutlich mehr Beachtung geschenkt werden.

Schlüsselwörter: Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien, gestörtes Essverhalten, Psyche, Somatisierung

Abstract

Eating is a highly satisfying activity, far beyond the pure rationalized act of food choice, but a complex phenomenon, including physiological, psychological, social aspects. This balance of food intake can easily be disturbed by dieting. Behavior changes can lead not only to malnutrition as an additional health risk of persons with food allergies, but also tend to develop eating dysfunctions, feeding or eating disorders. Food allergies not only affect quality of life, but also have a negative impact on social life. The aim of nutritional counseling is to reveal, to avoid and to relieve eating disorders in association with food allergies and other adverse reactions to food. Correlations between food allergies, lack of life quality and raising anxiety are of great consequence and represent a very common phenomenon. All therapists dealing with patients should therefore be better trained in psychological aspects in order to avoid eating dysfunctions or eating disorders as a consequence from inappropriate diagnosis, nutrition counseling and therapeutic measures.

Key words: Food Allergy, adverse reactions to food, eating disorder, eating dysfunction, psychology, somatisation

Einführung

Bereits die Beobachtung eines Kindes an der Mutterbrust zeigt eindrücklich, dass Essen nicht nur Nahrungsaufnahme zur Deckung von körperlichen Bedarfen ist, sondern ein hoch komplexes Geschehen, was den ganzen Menschen nährt und auch die Nährenden mit einbindet. Jeder Mensch, der an seine letzte Mahlzeit denkt, verbindet damit automatisch auch emotionale und soziale Erinnerungen, seien sie angenehm oder unangenehm. Der Volksmund weiß, dass Essen und Trinken „Leib und Seele zusammenhält“ und dass Ereignisse oder Situationen uns den Appetit verderben oder „auf den Magen schlagen“ können. Essen und Psyche sind untrennbar miteinander verbunden (12). Auch Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten spielen sich nur scheinbar allein auf der Körperebene eines Menschen ab. Der betroffene Mensch und seine Angehörigen leiden nicht nur körperlich, sondern ganz. Da der Mensch ein ganzheitliches, soziales und emotionales Wesen ist (3,10), und Gesundheit sowie Krankheit nicht unabhängig vom betroffenen Menschen und seinen Bezugspersonen betrachtet werden kann (10, 21,18, 13), sollten Personen mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten immer auch im Hinblick auf diese Ganzheitlichkeit betrachtet werden, insbesondere dann, wenn sich – unabhängig von der notwendigen Meidung - ein auffälliges Essverhalten zeigt.

Fälle aus der Praxis

1. Auffälliges Essverhalten als Leitsymptom einer NMA:

Der kleine Sven (3 Jahre alt), verweigert seine Nahrung mehr und mehr. Die Mutter ist besorgt und kommt zur Beratung. In der Anamnese kommt zum Vorschein, dass es ihm einmal nach dem Essen „nicht gut ging“. Das auffällige Essverhalten war eines der ersten Symptome einer Erdnussallergie.

2. Gestörtes Essverhalten als Vermeidungsstrategie bei NMA.

Lena (5) leidet seit früher Kindheit unter schwerer AD mit multipler NMA. Die Grundnahrungsmittel Milch, Ei und Weizen sind betroffen. Während Lena mit 3 Jahren noch große Freude am Essen hatte, änderte sich das, als sie nach versehentlichem Konsum von Milch mit schweren gastrointestinalen Symptomen und Erbrechen konfrontiert war. Dieses einmalige Ereignis war so einschneidend, dass Lena immer mehr Zeichen einer Essverweigerung zeigte. Erst als Lenas Wachstumskurve einknickte, wurde die Familie in die Beratung geschickt.

3. **Auffälliges Essverhalten als Zeichen einer beginnenden Essstörung**

Der Arzt hat bei Frau S. eine Birkenpollenallergie festgestellt. Nun hat sie das Gefühl immer weniger „zu vertragen“. Sie liest im Internet über mögliche Kreuzreaktionen und verzichtet seither prophylaktisch seit Monaten auf Äpfel, Sellerie, Hülsenfrüchte, Sojaprodukte. Darüber hinaus lässt sie sämtliche Nüsse, Lebensmittel, die einen Warnhinweis in Richtung Nuss Spuren tragen, neuerdings auch Öle (aus Angst vor Kontamination mit Nussölen) und Fertignahrungsmittel aus Angst vor Sellerie weg. Seit ihrer selbst auferlegten Diät vor 4 Monaten hat sie 6 kg abgenommen. Sorgen bereiten ihr weder das sinkende Gewicht, noch ihr eingeschränkter Speiseplan, sondern dass es ihr nicht gelingt, Nüsse vollumfänglich vermeiden zu können. Sie fürchtet sich vor einem anaphylaktischen Schock und schwerwiegenden Folgen für ihre Gesundheit. Deshalb sucht sie Hilfe in der Beratung. Sie möchte keine Hilfe, um herauszubekommen, was sie nachweislich wirklich nicht verträgt, sondern Hilfe, ihre selbst auferlegte Diät zu perfektionieren.

4. **Gestörtes Essverhalten als Folge unprofessioneller Diagnostik/Beratung**

Herr F. kommt mit einer „Fructose- und Laktosemalabsorption“ zur Beratung, die jedoch nicht mittels H2 Tests diagnostiziert, sondern lediglich als Verdachtsdiagnose von einem Arzt in den Raum gestellt wurde. Er ist Rentner, war aufgrund obiger Verdachts-Diagnose bereits bei einer Beraterin und befolgt die mitgegebenen Listen bereitwillig. Aus Sorge, seine „Bauchschmerzen und Blähungen“ könnten sich verstärken, isst er nur noch wenige Lebensmittel wie Getreidebreie, wenig Fleisch bzw. Fisch und nur „erlaubtes“ Gemüse. Er hat innerhalb von 6 Wochen 4kg an Gewicht verloren. . Im Laufe der Beratung (eingehende Anamnese, Symptomtagebuch, Ernährungsanamnese VOR der Diagnose und aktuell, Beratungsgespräch zu Veränderungen während des Renterdaseins) stellt sich heraus, dass seine „Bauchschmerzen und das vertrage ich nicht“ eher auf Hunger, Frust über den Verlust seiner Aufgabe, einhergehenden häufigeren Streitereien mit seiner Frau, sowie auf seine veränderte Ernährungsweise zurückzuführen waren. Nach Weglassen von selbst geschroteten Getreidebreien, Reduktion der großen Mengen Vollkornbrots, Erhöhung der Fleischmengen zu Lasten der großen Mengen Kohlenhydraten ging es ihm bereits deutlich besser. Eine Fructose- und Laktosebelastung tolerierte Herr F. ohne Beschwerden. Er benötigt keine Diätvorschrift und sein gestörtes Essverhalten ist mit Rückkehr zu einer normalen Kost verschwunden. Nach Thematisierung des Themas „Lebenszufriedenheit und Konfliktlösungsstrategie“ waren die körperlichen Symptome verschwunden.

5. Diätinduziertes gestörtes Essverhalten

Herr B. lässt aufgrund diverser gastrointestinalen Beschwerden beim Arzt IgG-Tests machen. Mit dem Verbot von über 30 Lebensmitteln und einem bereits verringerten Gewicht von 10 kg kommt er zur Beratung. Seine Angst lähmt ihn völlig, Lebensmittel zu essen, die auf der IgG-Liste rot oder orange markiert waren, so dass er seinen Speiseplan drastisch reduziert und sein Essverhalten immer mehr zum Unguten verändert hat. Mit Hilfe einer qualifizierten Ernährungstherapie konnte die Ursache der Beschwerden ermittelt werden.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Psyche

Sobald ein Mensch aus Krankheitsgründen Diät halten muss (NMA, Pseudoallergie, Malabsorption, Neurodermitis), oder sich präventiv stark restriktive Diäten auferlegt (Prävention, oder Angst vor Lebensmitteln), läuft er Gefahr, sein physiologisches, psychosoziales und psychoemotionales Gleichgewicht zu stören. Bekannt ist, dass Menschen mit diagnostizierten Nahrungsmittelallergien ihre Lebensqualität häufig als eingeschränkt empfinden und darunter leiden, insbesondere wenn die Patienten auf mehr als ein Lebensmittel verzichten müssen, oder die Gefahr von Anaphylaxien besteht (7,19,23). Die Lebensqualität von Müttern betroffener Patienten ist dabei stärker beeinträchtigt als von Vätern (23,27). Kleine Kinder mit Nahrungsmittelallergien leiden stärker unter Trennungsangst, (23), Schüler mit Nahrungsmittelallergien zeigen geringere Selbstwertcores und empfinden stärkere soziale Einschränkungen, als Gesunde (32). Doch nicht nur die Betroffenen selbst zeigen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität, auch die sozialen Aktivitäten der betroffenen Familien sind beeinträchtigt, wenn die eingeschränkte Nahrungszufuhr durch akzeptable Alternativen nicht entsprechend kompensiert wird (9).

Dies alles ist nachvollziehbar, da Essen nicht von psychischem Wohlbefinden und sozialen Aspekten getrennt werden kann. Eine Einschränkung der Lebensmittelauswahl und -menge, eine Mehrbeschäftigung mit den Themen Nahrungseinkauf, Vorratshaltung und Mahlzeitenzubereitung wird einerseits leicht als zusätzlicher Stress empfunden, andererseits kann durch die veränderte Lebensmittelauswahl auch das Gefühl der Ausgrenzung steigen. Beide Faktoren tragen zur Minderung der empfundenen Lebensqualität bei, wenn diesen Aspekten nicht besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. In den aktuellen US Guidelines für die Behandlung von Nahrungsmittelallergien werden die Aspekte Lebensqualität und soziale

Aktivität im Expertenkonsens als signifikant eingestuft (14) und zeigen deren Bedeutung, auch wenn die Datenlage eher bescheiden ist.

Stress

Isolierte Untersuchungen zum Faktor Stress (8,11,25), lassen den Schluss zu, dass so genannte *daily-hassles* (kleinere alltägliche Unannehmlichkeiten z.B. aufgrund von eingeschränkter Nahrungsmittelauswahl) jeweils individuell sowohl eine Auslösung im Sinne der pathogenetischen Induktion von Neurodermitis wie auch umgekehrt eine emotionale Reaktion auf eine symptomatische Verschlechterung bewirken können. Augustin et. al (4) fand bei Nahrungsmittelallergikern deutlich höhere Stresswerte und das Bedürfnis nach stärkerer sozialen Unterstützung, als bei anderen Allergikern.

Stimmungen

Menschen mit Nahrungsmittelallergien und allergischer Rhinitis sind offenbar deutlich ängstlicher und weisen einen höheren Depressionsscore auf, als Menschen mit anderen Erkrankungen (1). Dies ist nachvollziehbar, da die Sorge „etwas Falsches,“ zu essen, tatsächlich berechtigt ist, da Fehler tatsächlich physische Folgen nach sich ziehen. Die Angst bezieht sich damit auf die Angst vor unangenehmen Konsequenzen, durch eigenes oder fremdes Fehlverhalten in Bezug auf die Nahrungsmittelauswahl. Die Angst ist damit im Sinne von „Vorsorge treffen“ zu verstehen. Auch vermehrte Angst bei NM-Allergikern wird beschrieben (35). Diese Angst kann so weit gehen, dass sich daraus ein übertriebenes protektives Verhalten der Bezugspersonen entwickelt, insbesondere bei drohender Anaphylaxie (2,19). Auch die unterschiedliche Ausprägung von Typ-1-Reaktionen unter dem Einfluss verschiedener Stimmungen ist inzwischen hinreichend dargestellt worden (26), so dass nicht auszuschließen ist, dass die Stimmungen, die beim Essen oder nicht essen ausgelöst werden, ebenfalls einen Einfluss haben (22,5).

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und gestörtes Essverhalten

Von gesundem Essverhalten kann gesprochen werden, wenn ein Mensch, der isst, seine körperlichen, psychosozialen und psychoemotionalen Bedürfnisse so achtet und respektiert, dass er zu seinem je individuellen gesundheitlichen Wohl und nicht zu seinem Schaden handelt. Wird

eine oder mehrere dieser Dimensionen (körperliche, soziale, emotionale Integrität) verletzt, so kann von einem gestörten Essverhalten gesprochen werden. Davon abzugrenzen sind die manifesten Essstörungen nach ICD 10 (Anorexie, Bulimie, BED). Als essgestört gelten dabei Menschen, für die das Essen die missbräuchliche Funktion hat, Probleme zu lösen, die ansonsten unlösbar erscheinen. Während Metaanalysen belegen, dass die Prävalenz des Vollbildes manifester Essstörungen persistiert, ist davon auszugehen, dass insbesondere diejenigen Formen gestörten Essverhaltens zunehmen, die im Diagnoseschlüssel unter F50.9 nicht näher bezeichnet werden (Eating Disorder not Otherwise Specified EDNOS). Insbesondere die Orthorexie (das krankhafte gesund essen wollen) und diejenigen, die zwar Störungen in einem der Bereiche aufweisen, für psychologische Experten aber keine klinische Relevanz haben, nehmen deutlich zu (36) und werden laut einer aktuellen Studie der Stanford University nicht ernst genug genommen (33), obwohl viele dieser Patienten ernsthaft krank sind (Malnutrition, erniedrigte Herzfrequenz, tiefes Kalium). In Fachkreisen wird daher die heutige Klassifikation der Essstörung kritisiert und vermehrt auf die Gemeinsamkeiten und die Kernpsychopathologie der Essstörungen hingewiesen. Zu dieser gehören die Fixierung auf Essthemen und die Überbewertung von Körperform und Gewicht (20).

**Tab. 1: Aspekte, die auf ein gestörtes Essverhalten hinweisen können
(modifiziert nach [30]*)**

- **Gedanken an Essen bestimmen das Gros des Tages**
- **Die Lebensmittelauswahl schränkt sich immer mehr ein**
- **Die Angst etwas „Falsches“ zu essen nimmt zu**
- **Gemeinsame Mahlzeiten werden vermieden**
- **Einschränkung der Lebensmittelmenge**
- **Starker Gewichtsverlust in den vergangenen 4 Monate**
- **Starke Einschränkung der Sozialkontakte**
- **Bewegungsradius schränkt sich ein**
- **Ängstlichkeit nimmt zu**
- **Häufige Beschäftigung mit Gewicht/Waage**
- **Unzufriedenheit mit dem Aussehen**

***Zur leichteren Demaskierung eines gestörten Essverhaltens wurde für qualifizierte Ernährungsexperten und Mediziner ein Fragebogen mit 18 Items entwickelt, der sowohl physiologische, emotionale, soziale Dimensionen und Fragen zum Essverhalten selbst berücksichtigt (29). Er kann bei der Autorin angefordert werden.**

Die prämorbid Präsens somatischer Störungen, die das Einhalten von Diäten erfordert (z.B. Diabetes mellitus, Zöliakie), kann die Entwicklung von Essstörungen begünstigen (20, 6), so dass Ähnliches auch für Nahrungsmittelunverträglichkeiten zutreffen dürfte. Bereits in den 90er Jahren konnte Westenhöfer und Pudel aufzeigen, dass restriktives Essverhalten, Essatacken auslösen kann (34-35). IgG – Tests werden heute bereits öffentlich dafür verantwortlich gemacht, zu erhöhtem Leidensdruck, eingeschränkter Lebensqualität, zur Verunsicherung oder sogar Gefährdung der betroffenen Personen beizutragen (24). Es ist ebenfalls nicht auszuschließen, dass hinter einer NM-Allergie, ursächlich eine Somatisierungsstörung oder eine latente Depression verborgen ist. (17).

Bei Kleinkindern konnte gezeigt werden, dass 88% eines Patientenkollektives mit frühkindlichen Fütterungsstörungen, auf mehrere Lebensmittel sensibilisiert waren (31). Haas weist darauf hin, dass Fütterungsstörungen häufig das erste Initialsymptom bei Nahrungsmittelallergien ist (15,16).

Risikofaktoren, für die Entstehung von Essstörungen können wie folgt zusammengefasst werden.

Tab. 2. Risikofaktoren für Essstörungen nach [20]

Allgemeine Faktoren

- Weibliches Geschlecht
- Adoleszenz

Positive Familienanamnese

- Essstörungen
- Depressionen
- Substanzabusus/-abhängigkeit, insbesondere Alkohol
- Übergewicht
- Diäten

Persönlichkeit

- Perfektionismus/Zwanghaftigkeit
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Soziale und emotionale Gehemmtheit
- Ängstlichkeit

Biologische Faktoren

- Genetische Prädisposition

– Frühe Pubertät

Intrapsychische Faktoren

– Psychische und körperliche Traumatisierung (auch Krankheiten)

– Diskrepanz körperlicher und psychischer Entwicklung

– Kritische Kommentare zu Essverhalten,

– Kritische Kommentare zu Körperform und Gewicht

– Ablösungskonflikte

Soziokulturelle Faktoren

– Lebensstil der westlichen Gesellschaft

– Schlankheitsideal

– Wert- und Rollenkonflikte

– Leistungsorientierung

Eine Befragung von Ernährungstherapeuten (28,30) lässt den Schluss zu, dass ein gestörtes Essverhalten in Zusammenhang mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten ein ernst zu nehmendes Phänomen darstellt. 80% der Kollegen gaben an, dass ihnen diese Koinzidenz aus der Praxis bekannt ist. Die Kolleginnen mit langer Berufserfahrung und/oder psychologischen Zusatzqualifikationen, vermuten ein gestörtes Essverhalten bei etwa 1/3 des Patientenkollektives und kennen entsprechende Maßnahmen, dem entgegenzuwirken. Folgende Hypothesen zur Entwicklung eines gestörten Essverhaltens wurden geäußert:

Tab. 3: Hypothesen zur Entstehung von gestörtem Essverhalten

- **Beobachtung von gestörtem Essverhalten zu Beginn der Ernährungstherapie:**
 - Unseriöse Diagnostik, ungeeignete Diagnostik, Selbstdiagnosen
 - Rigide Primärprävention
 - Kinder mit AD mit überprotektiven Müttern
 - EDNOD. Die Nahrungsmittelunverträglichkeit ist nur vorgeschoben
 - Unqualifizierte Ernährungsberatungen mit pauschalen Diättempfehlungen
- **Beobachtung von gestörtem Essverhaltens während der Ernährungstherapie:**
 - unqualifizierte Beratung von Betroffenen
 - rigide Diäten ohne Berücksichtigung der individuellen Vorlieben
 - zu Ernährungs-Fokussierte Beratung, ohne Berücksichtigung der psychoemotionalen und psychosozialen Aspekte

- zu wenig psychologische Kenntnisse

Diese Koinzidenz rechtfertigt die Forderung nach qualifizierter und spezialisierter Ernährungstherapie.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Jede Intervention rund um Essen, gleichgültig, ob Information, Beratung, Therapie greift in einen sehr intimen Lebensbereich von Menschen ein. Dies gilt gleichermaßen für Menschen mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten und andere. Ob daraus Nützliches, oder Schädliches entsteht, hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von den betreuenden Experten selbst.

Zwar ist nicht jedes auffällige Essverhalten eine manifeste Essstörung, doch nach Sichtung der Datenlage ist zu fordern, dass Patienten mit einer vermuteten Allergie- oder Unverträglichkeit auch im Hinblick auf gestörtes Essverhalten und andere psychosoziale, psychoemotionale Aspekte hin untersucht werden sollten. Bei 8% liegt eine eindeutige Indikation zur Psychotherapie vor (4).

Patienten mit einer bestehenden Allergie und damit einhergehenden notwendigen Eliminationsdiät, sollten von Zeit zu Zeit professionell über ihre Lebensqualität und ihr Essverhalten befragt werden, um ein Abdriften in ein gestörtes Essverhalten oder gar in eine Essstörung rechtzeitig aufzudecken.

Weiterhin ist zu fordern, dass sowohl Ärzte, als auch Ernährungstherapeuten intensiver psychologisch geschult werden, um sowohl gestörtes Essverhalten besser aufdecken zu können, als auch dafür Sorge zu tragen nicht selbst zum Auslöser eines solchen zu werden.

Literatur

1. Addolorato G, Ancona C, Capristo E, Graziosetto R, Di Rienzo L, Maurizi M, Gasbarrini G: State and Trait Anxiety in Women affected by allergic and vasomotor rhinitis. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46:283-289
2. Akeson N, Worth A, Sheikh A. The psychosocial impact of anaphylaxis on young people and their parents. *Clin Exp Allergy*. 2007;37(8):1213–1220
3. Ansbacher H.L. Alfred Adlers Individualpsychologie. Reinhardt Verlag, 2004

4. *Augustin M et al. Psychisches Befinden und Motivation zu psychosozialen Interventionen bei Patienten mit allergischen Erkrankungen. Hautarzt 1999; 50: 422-427*
5. *Babcock C: Food and its emotional significance. J Am Diet Assoc 1948; 24: 390-393*
6. *Bandemer-Greulich U. et al.: Problematisches Ernährungs- und Purgungsverhalten von Patientinnen mit Diabetes mellitus. Aktuelle Ernährungsmedizin; 2006;31 (5): 243-248*
7. *Berstad A: Food hypersensitivity—immunologic (peripheral) or cognitive (central) sensitisation? Psychoneuroendocrinology 2005; 30(10): 983-989*
8. *Bell IR, Jasnoski ML, Kagan J, King DS: Depression and Allergies: Survey of a Nonclinical Population. Psychotherapy & Psychosomatics 1991; 55:24-31*
9. *Bollinger ME, Dahlquist LM, Mudd K, Sonntag C, Dillinger L, McKenna K. The impact of food allergy on the daily activities of children and their families. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006; 96(3):415–421*
10. *Boss M. Grundriss der Medizin und Psychologie. Hans Huber Verlag,1999, 237f*
11. *Brown DG, Bettley FR : Psychiatric treatment of eczema: A controlled trial. Br Med J 1971; 2:729-734*
12. *Grunert-Beckmann S: Interaktion zwischen Essen und Psyche. EU 1996; 43: S67-S 70*
13. *Grondin J. Kleine Phänomenologie der menschlichen Gesundheit. In: Hrsg. Riedel M. et al. Zwischen Philosophie, Medizin und Psychologie. Böhlau Verlag.2003. 91f*
14. *Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010; 126 (6): S1-S58*
15. *Haas AM. Feeding Disorders in Food Allergic Children. Curr Allergy Asthma Rep DOI 10.1007/s11882-010-0111-5. Springer Science+Business Media 2010*
16. *Haas AM. Clinical presentation of feeding dysfunction in children with eosinophilic gastrointestinal disease. Immunol Allergy Clin North Am 2009;29: 6575*
17. *Hakimi R.: Statt teuer Therapien. Nahrungsmittelallergie? Psyche untersuchen. Allergologie 2005; 28:5*
18. *Helting H. Einführung in die philosophischen Dimensionen der psychotherapeutischen Daseinsanalyse. Shaker Verlag 1999, 86-97*
19. *Herbert LJ, Dahlquist LM. Perceived history of anaphylaxis and parental overprotection, autonomy, anxiety, and depression in food allergic young adults. J Clin Psychol Med Settings. 2008 ; 15(4):261–269*
20. *Hepp U. Essstörungen. Eine Einführung. Schweiz Med Forum 2010;10(48):834–840*

21. Holzhey-Kunz A: *Krankheit als Privations-Phänomen – Seelisches Leiden im Spannungsfeld von Hermeneutik und Psychiatrie* In: Hrsg. Riedel M. et al. *Zwischen Philosophie, Medizin und Psychologie*. Böhlau Verlag.2003, 53f
22. Jamar J.M. *InternationalTextbook ofAllergy*.C.C. Thomas Verlag, 1959
23. King RM, Knibb RC, Hourihane JO. *Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family*. *Allergy*. 2009;64(3):461–468
24. Kleine-Tebbe J., Reese I., Ballmer-Weber B. K. et al.: *Keine Empfehlung für IgG- und IgG4- Bestimmungen gegen Nahrungsmittel*. *Allergo J* 2009; 18: 267-73
25. Kupfer J, Gieler U, Braun A, Niemeier V, Huzler C, Renz H: *Stress and Atopic Eczema*. *International Archives of Allergy and Immunology* 2001; 124:353-355
26. Laidlaw TM, Booth RJ, Large RG: *The variability of type I-hypersensitivity reactions: the importance of mood*. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38: 51-61
27. LeBovidge JS. *Assesment of psychological distress among children and adolescents with food allergy*. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124: 1282-1288.
28. Mannhardt S. *Gestörtes Essverhalten und Nahrungsmittelallergie. Ergebnisse einer Befragung unter Ernährungswissenschaftlern und Diätassistenten*. *Allergo J* 2008; 17: S72
29. Mannhardt S. *Gestörtes Essverhalten und Nahrungsmittelallergie. Vorstellung eines Kurzfragebogens für Ernährungsfachkräfte*. *Allergo J* 2008; 17: S61
30. Mannhardt.S. *Gestörtes Essverhalten bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien – verbreiteter als vermutet?* *Diät & Information* 2008,6:170-171
31. Mukkada V.A. *Feeding Dysfunction in Children with eosinophilic gastrointestinal Diseases*. *Peadiatrics*. 2010; 126(3): 672-677
32. Ostblom E, Egmar AC, Gardulf A, Lilja G, Wickman M. *The impact of food hypersensitivity reported in 9-year-old children by their parents on health-related quality of life*. *Allergy* 2008; 63(2):211–218
33. Peebles R (noch unpubliziert) *Eating disorder cutoffs miss some of sickest patients*. <http://med.stanford.edu/ism/2010/april/ednos.html>
34. Rattner, Josef/ Danzer, Gerhard. *Medizinische Anthropologie - Ansätze einer personalen Heilkunde*. Fischer-TB, Frankfurt/M.1997
35. Schmidt-Traub S: *Vermehrte Angst und andere psychische Auffälligkeiten bei Allergikern?* *Allergologie* 1995; 18: 13-19
36. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. *Eating disorders*. *Lancet* 2010; 13;375(9714):583-93.

37. Pudiel V, Westenhöfer J: *Ernährungspsychologie*. Hogrefe, Göttingen, 1998
38. Westenhöfer J: *Psychische Befindlichkeit und Essverhalten*. 3. aid-FORUM: *Ernährung und Psyche - Essen zwischen Kopf und Bauch*. aid, Bonn, 2000

Autorin

Sonja M. Mannhardt, Diplom Oecotrophologin

Praxis für psychologische Ernährungstherapie

Akademie für Beratung und Philosophie

Eisenbahnstr. 49, 79418 Schliengen, Tel +49 7635 824847

Kontakt. info@gleichgewicht4you.de www.gleichgewicht4you.de