

Essattacken

Von W. Köpp

Eine 18-jährige, leicht übergewichtig wirkende Frau berichtet, dass sie seit dem Auszug aus der elterlichen Wohnung vor fünf Monaten unter wiederkehrenden Essanfällen leidet. Im angegebenen Zeitraum sei es zu einem kontinuierlichen Gewichtsanstieg um 9 kg gekommen.



Foto: Superbild

Zunächst stellen sich drei Fragen:

- 1 Wie waren Essgewohnheiten und Gewichtsverlauf im letzten halben Jahr?
- 2 Einstellung zu Figur und Gewicht?
- 3 Gab es einschneidende Lebensereignisse vor Beginn der Essattacken?

Worauf ist bei Essanfällen zu achten?

- In der Regel findet bei den Essanfällen ein Kontrollverlust statt; in einzelnen Fällen – häufiger bei der Bulimia nervosa als bei der einfachen Esssucht – werden Vorbereitungen für Essattacken getroffen.
- Oft gehen den Essanfällen Heißhungerattacken voran (DD: Hypoglykämie, Hyperthyreose, Zustand nach Hirnoperation oder andere neurologische Prozesse im Zwischenhirn, seltene angeborene Syndrome, z. B. Kleine-Levin-Syndrom).
- Im Gegensatz zur Bulimia nervosa werden nach dem Essen keine gewichtsregulierenden Maßnahmen ergriffen.
- Auch bei depressiven Verstimmungszuständen kommt es häufig zu gestörtem Essverhalten (sowohl hypo- als auch hyperphag). Manchmal treten in diesem Zusammenhang auch Essattacken auf.
- Ängstigende Schwellensituationen oder belastende Lebensereignisse sind oft Auslöser für rezidivierende Essattacken. Die ichgerechte Impulssteuerung ist dann psychogen beeinträchtigt.
- Insbesondere Frauen neigen im Übermaß dazu, sich mit Figur und Gewicht zu beschäftigen. Meistens liegt dann eine deutliche Selbstwertstörung vor (z. B. Ekel vor dem eigenen Körper).
- Essanfälle im Sinne einer Binge-Eating-Störung (s. u.) sind häufig – bei Männern und Frauen gleichermaßen: 2% der Normalbevölkerung sind betroffen. Unter den Adipösen leiden darunter sogar 5–10%.

Was ist zu tun?

- Regelmäßige hausärztliche Kontakte (anfangs 1x/Woche, dann 2x/Monat) mit Wiegen und stützenden Gesprächen, die die Selbstkontrolle stärken (keine moralisierenden Ermahnungen!).
- Schuldgefühle und Selbstvorwürfe sind nach Essanfällen häufig. Das ärztliche Gespräch muss hier entlasten und seelisch stabilisieren.
- Bei der körperlichen Untersuchung sollten Körpergröße, Gewicht, Blutdruck besonders beachtet und bei weiteren Arztbesuchen überprüft werden.
- Labor: evtl. Elektrolytstörungen, Fett- und Glukosestoffwechselstörung sowie eine Hyperthyreose ausschließen.
- Selbsthilfegruppe, psychosomatische Beratung vermitteln. Mittelfristig muss die soziale Isolierung verhindert werden.

- Regelmäßige Teilnahme an einem Sportprogramm, v. a. bei Adipositas. Sport hilft bei der Gewichtsregulation und wirkt außerdem antidepressiv sowie selbstwertstabilisierend.
- Bei Depression fachpsychotherapeutische Behandlung, ggf. kombiniert mit antidepressiver Medikation.
- Anhalten zur regelmäßigen Einnahme der Mahlzeiten. Wer Mahlzeiten ausfallen lässt, programmiert den nächsten Essanfall! Evtl. Ernährungsberatung.
- Stationäre Einweisung zur psychosomatischen Behandlung, wenn außer der Essstörung eine Komorbidität vorliegt (z. B. Diabetes oder Asthma), eine schwere Lebenskrise eingetreten ist oder suizidale Tendenzen bestehen.

▪ Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp, Berlin

Leitlinien

Kriterien für den Essanfall*

- 1 Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in zwei Stunden), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 - 2 Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
 - 3 Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich nicht hungrig fühlt,
 - 4 Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
 - 5 Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- Für eine Binge-Eating-Störung sollen außerdem folgende Kriterien erfüllt sein:
- 1 Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
 - 2 Die Anfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen/Woche während mindestens sechs Monaten auf.
 - 3 Sie stehen nicht in Zusammenhang mit einer Anorexia/Bulimia nervosa.
- * Nach den Leitlinien der Dt. Ges. für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)