

# Esssucht

Jörg Petry

Dipl.-Psych. Dr. phil.

( [joerg.petry@googlemail.com](mailto:joerg.petry@googlemail.com) )

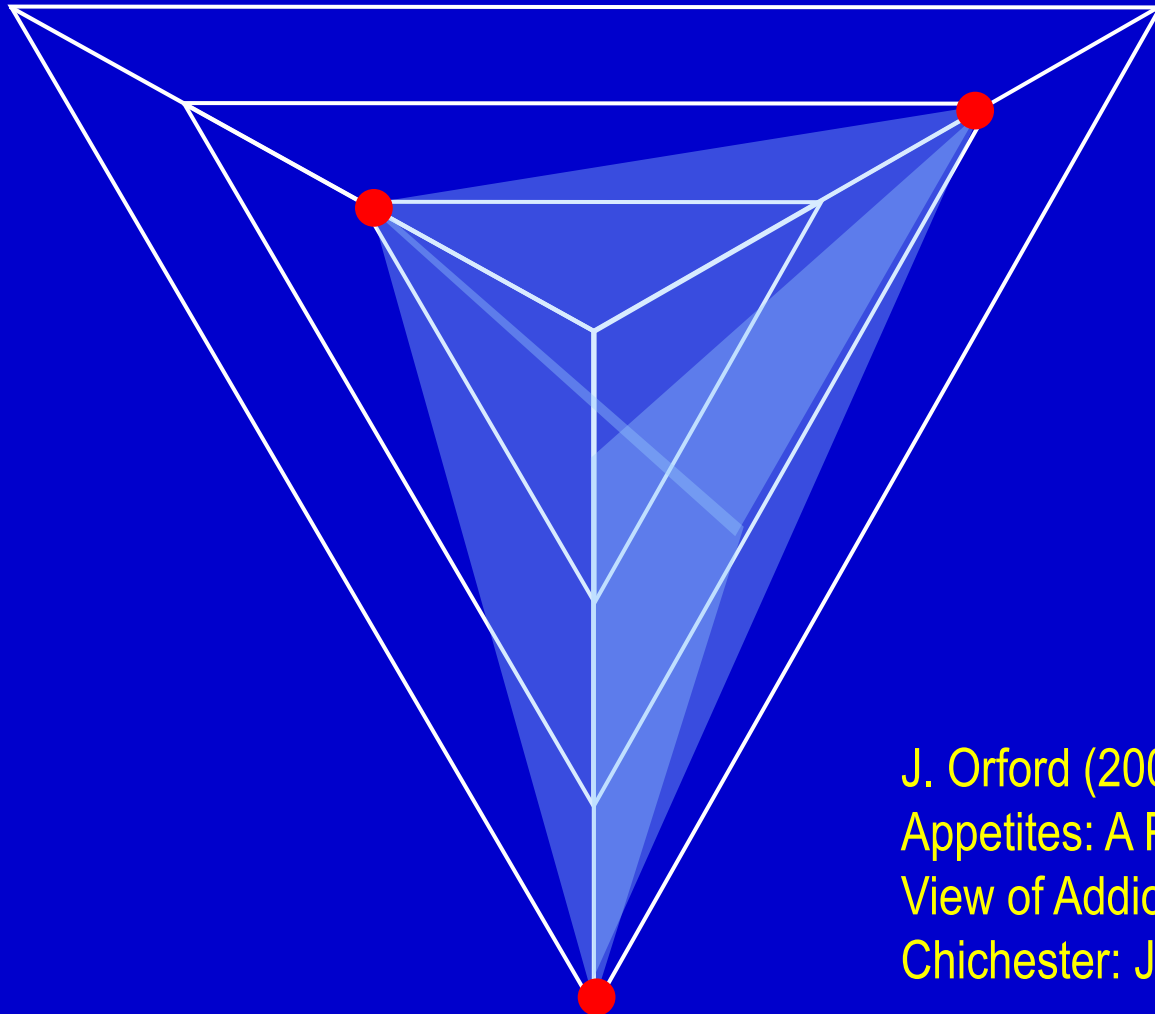


Beth Ditto Frontfrau der Band Gossip.

# Esssucht

Erregung

Handlung



Soziale Normen

J. Orford (2001<sup>2</sup>). Excessive  
Appetites: A Psychological  
View of Addictions.  
Chichester: J Wiley.

# Kultur und Politik

Bei der Esssucht handelt sich um kein neues Phänomen, da Fressanfälle und künstliches Erbrechen seit der Antike beschrieben werden (Stolberg, 2012).

Dicksein passt nicht mehr in das neoliberale Idealbild der tüchtigen Angestellten. Die Angst vor dem Fettwerden ist gesellschaftliche Normalität geworden.

Das negative Stereotyp des Dickseins (dumm, faul, krank) dient den Interessen der milliardenschweren Diät-Industrie und führt zur Stigmatisierung einer sozialen Gruppe (Albrecht, 2014).

Albrecht, M. (2014). Die politische Dimension von Fett. AK Analyse & Kritik, 600/16.12. 2014 .

Stolberg, M. (2012). Experiencing Illness and the Sick Body inn Early Modern Europe. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 43, 370 – 378.

# Selbstdokumentation

Im Rahmen der Selbstoptimierung (Wagner, 2017) durch „Human Enhancement“ (Nagel, 2018) verbreiten sich auch absurde Formen des Schlankeitsideals.

Dazu gehören Body-Challenges mit entsprechenden Körperbildern:

Knochige Schlüsselbeine	(# collarbonechallenge)
Hervorstehende Beckenknochen	(# bikinibridge)
Lücke zwischen den Oberschenkeln	(# thighgab)
Din-A4-Taille	(# paperwaist)
Mit dem Arm um die Taille den Bauchnabel erreichen	(#bellybutton)

Nagel, S. K. (2018). Human Enhancement: Technische Optimierung von der Wiege bis zur Bahre. SuchtMagazin, 44(1), 6 – 10.

Wagner, G. (2017). Selbstoptimierung: Praxis und Kritik von Neuro-Enhancement. Frankfurt/M.: Campus.

# Gegenmilieus

Bei **Fat Acceptance** handelt es sich um eine Laienbewegung, die sich bei einem „Fat In“ 1967 im New Yorker Central Park gegründet haben soll und sich für die gesellschaftliche Akzeptanz dicker Menschen einsetzt.

Das von Experten/Expertinnen vertretene Konzept **Health at Every Size** empfiehlt, mit seinem Körper Frieden zu schließen, sich ausgewogen zu ernähren und sich entsprechend seiner körperlichen Möglichkeiten zu bewegen.

Als Gegenpol zum Adipositas-Epidemie-Narrativ, das sich einseitig gegen die adipogene Umwelt richtet, wird einseitig von einer biologisch determinierten Gewichtsvielfalt ausgegangen.

# Diskriminierung

Die Riesendame der Oktoberwiese  
Joachim Ringelnatz

·  
·

Nacht war es worden. Emmy ließ sich dort,  
Wo sie gestanden, dumpf zum Nachtmahl nieder.  
Sie schlang mit Gier, doch regte kaum die Glieder.  
„Sag Emmy, würdest du ein gutes Wort,  
Das keinen Witz und keine Neugier hat,  
Von einem, der dich tief betrauert hören?“  
Sie sah nicht auf. Sie nickte kurz und matt:  
„Nur zu! Beim Essen kann mich gar nichts stören.“

·  
·

# Diskriminierung

„Der ekeligste Moment, an den ich mich immer wieder schmerzhaft erinnere ... ist in Berlin passiert, im Zug nach Hamburg. Ich ... versuchte, den Gang entlangzukommen, um in den nächsten Waggon zu gehen. Ich ... konnte es aber trotzdem nicht verhindern, einer Frau zu nahe zu kommen, als wir uns aneinander vorbeiquetschten.

Sie hätte sagen können: „He, pass doch auf!“ ... Das hat sie aber nicht gesagt. Stattdessen zischte sie mir im Vorbeigehen etwas ins Gesicht, mit dem ich überhaupt nicht gerechnet habe ... Sie sagte nur: „Fette Sau.“

# Nosologie

Die Diskussion wird aktuell auf die Anorexie und Bulimie sowie neuerdings die Essanfallsstörung (binge eating disorder) eingeeengt, wobei die größte Gruppe der übergewichtigen Überesser (mit und ohne Essanfällen) ausgeklammert wird.

Die psychogene Essstörung lässt sich als eigenständiges Störungsbild weder unter den Suchterkrankungen noch den Essstörungen in den internationalen Klassifikationssystemen finden (Davis & Claridge, 1998).

Die nosologische Einordnung kann im ICD-10 nur unter der Restkategorie als „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (F50.9) erfolgen.

Es erfolgt eine Einordnung als „Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr“ unter den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E66.01 bis 66.09).



# Nosologie

Weder im DSM-5 (APA, 2013) noch in der ICD-11 (WHO, 2018) gibt es eine spezielle Kategorie für die Esssucht.

In beiden Klassifikationssystemen kommen lediglich zwei Restkategorien in Betracht: Im ICD-11 unter „Other specified feeding or eating disorder (6B8Y)“ oder „Feeding or eating disorders, unspecified (6B8Z)“.

Die Untergruppen von Esssüchtigen mit Essanfällen lässt sich in beiden Systemen hilfsweise nur unter „Binge eating disorder“ einordnen. Im DSM-5 wird unter den „Anderen Näher Bezeichneten Essstörungen“ das „Night eating syndrome“ aufgeführt.

American Psychiatric Association (Ed.) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing (Dt. 2015).

WHO (2018). ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision.

# Verhaltenssucht

Die Diskussion über die nosologische Einordnung der Esssucht wird durch das aktuell vertretene Verhaltenssuchtkonzept wiederbelebt (Kiefer et al., 2014; Kiefer & Grosshans, 2014).

Der Verhaltensexzess wird in Anlehnung an die Kriterien für das substanzgebundene Abhängigkeitssyndrom operationalisiert.

Es besteht der theoretische Bezug zum organischen Krankheitskonzept von Jellinek, zur behavioristischen Lerntheorie und zur aktuellen Neurobiologie der Sucht.

Kiefer, F. & Grosshans, M. (2014). Suchtaspekte der Adipositas. In K. Mann (Hrsg.): Verhaltenssuchte (S. 97 – 105). Berlin: Springer.

Kiefer, F.; Löber, S. & Großhans, M. (2014). Adipositas und Binge-Eeatin-Störung. In O. Bilke-Hentsch, Wölfling, K. & Batra, A. (2014). Praxisbuch Verhaltenssucht (S.228-232).

# Das Störungsbild

Es handelt sich um ein Störungsbild, mit einer ausgeprägten biologischen Vulnerabilität. Es bestehen große individuelle Unterschiede der komplexen hormonell-neuronalen Regulation von Sättigung und Hunger (Hilbert et al., 2008) und Besonderheiten bei der Kalorienauswertung im Darm (Fleck, A., 2018).

Es besteht eine hohe Kulturspezifität durch ein industrialisiertes Nahrungsangebot ohne sozial-emotionale Einbindung (Rose, 2005).

Klinisch bedeutsam sind der geringe Selbstwert, Sorgen über das Gewicht/Aussehen, gezügeltes Essen/Diäthalten und deutliche Abwehrmechanismen.

Fleck, A. (2018). Schlank und gesund mit der Doc Fleck Methode. Hilden: Becker Joest Volk Verlag.

Hilbert, A.; Dabrock, P. & Rief, W. (2008). Gewichtige Gene: Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung. Bern: Huber.

Rose, L. (2005). „Überfressende Kinder – Nachdenklichkeiten zur Ernährungs- und Gesundheitserziehung. Neue Praxis, 35(1), 19-34.

# Störungshypothesen

Die **Bilanztheorie** postuliert als Ursache des Übergewichts ein positives Ungleichgewicht von Nahrungsaufnahme und Energieverbrauch. (Schutz, 2003<sup>2</sup>). Eine künstlich erhöhte Energieaufnahme führt zwar zu einer Gewichtserhöhung, dies aber innerhalb genetisch bedingter Grenzen und mit drastischen individuellen Unterschieden (Rief & Hilbert, 2008).

Nach der **Sollwerttheorie** wird das Hungergefühl durch einen Blutzucker-Sollwert und einen Körperfett-Sollwert gesteuert. Das Essverhalten wird jedoch durch eine **Vielzahl von Faktoren** (kulturelle Normen, Arbeitszeiten, Familienbräuche, Geselligkeit, Nahrungspräferenzen, finanziellen Mitteln usw.), d. h. durch den **positiven Anreiz** der Nahrungsaufnahme beeinflusst. Auch nach einer üppigen Hauptmahlzeit wird noch der Lieblingsnachtisch im Freundeskreis konsumiert (Pinel, 2012, Kap. 12).

Pinel, J. P. J. (2012<sup>2</sup>). Biopsychologie (Kap. 12). Heidelberg. Spektrum Akademischer Verlag.

Rief, W. & Hilbert, A. (2008). Ist Adipositas eine Krankheit? In A. Hilbert; P. Dabrock & W. Rief (Hrsg.): Gewichtige Gene (S. 123 – 133). Bern: Huber.

Schutz, Y. (2003<sup>2</sup>). Der Energiestoffwechsel von Patienten mit Adipositas. In J. G. Wechsler (Hrsg.). Adipositas (S. 201 – 211). Berlin: Blackwell.

# Störungshypothesen

Nach der **Set-Point-Theorie** schwankt das Körpergewicht um einen natürlichen Bezugspunkt. Es wird ein Gleichgewicht zwischen gewichtsfördernden und gewichtsreduzierenden Faktoren erreicht, wenn diese keine langfristigen Veränderungen aufweisen. Das komplexe Feedback-System limitiert lediglich weitergehende Veränderungen in dieselbe Richtung. So lässt sich erklären, dass das Gewicht mit dem Alter zunimmt. Gleichzeitig kann durch eine Ernährungsumstellung eine dauerhafte Gewichtsreduktion erzielt werden (Pinel, 2012, Kap. 12).

# Störungshypothesen

Die **Restraint-Eater-These** postuliert bei Personen, die zu Übergewicht oder zum Schlankheitsideal neigen, eine Tendenz, die Nahrungsaufnahme kognitiv zu kontrollieren (Herman & Polivy, 1990). Bei einem rigiden (statt flexiblen) Kontrollstil bricht die Selbstkontrolle bei kleinen Verstößen zusammen.

Die **Externalitätshypothese** geht davon aus, dass die Nahrungsaufnahme bei Übergewichtigen stärker durch äußere nahrungsbezogene Signale und weniger durch innere physiologische Zustände wie Hunger und Sättigung gesteuert wird (Cuntz & Hillert, 2008).

Unter **emotionalem Essen** wird eine Stressbewältigungsstrategie gefasst, die bei Übergewichtigen vorherrscht. Bei der normalgewichtigen Mehrheit, führt Stress zu einer verminderten Nahrungsaufnahme (Cuntz & Hillert, 2008).

Herman, C.P. & Polivy, J. (1990). From Dietary Restraint to Binge Eating, Attaching Causes to Effects. *Appetites*, 14, 123 – 125.

Cuntz, U. & Hillert, A. (2008<sup>4</sup>). *Essstörungen: Ursache, Symptome, Therapie*. München: Verlag C. H. Beck.

# Störungshypothesen

Obwohl das Gehirn nur 2 % des Körpergewichtes ausmacht, verbraucht es 50 % und bei Stress bis 90 % des täglichen Glukose-Bedarfs.

Die **Selfisch-Brain-Theorie** (Peters, 2011) geht von einem komplexen hierarchischem Regelungssystem aus: Dem durch den Hypothalamus gesteuerten Blutzuckerregelkreis und Fettregelkreis ist ein kortikales Steuerungssystem übergeordnet. Dieses System organisiert die Energieversorgung so, dass seine Bedürfnisse als größtem Endverbraucher befriedigt werden. Es handelt egoistisch.

# Störungshypothesen

Bei der Adipositas liegt ein Teufelskreis in Form eines Staus der Energie-Lieferkette vor. Die Befehle des kortikalen Steuerungssystems werden von den untergeordneten Systemen nicht mehr befolgt.

Es gelangt ein zu geringer Teil der Energie zum Gehirn, während sich der überwiegende Teil im Fett- und Muskelgewebe anhäuft. Die Nahrungsaufnahme wird verstärkt, obwohl der Körper schon satt ist. Die Fettpolster füllen sich weiter.

Das für die Esssucht zentrale „emotionale Essen“, d. h. die Nahrungsaufnahme als Stressbewältigung, schwächt das Stresssystem, so dass die Energie vermehrt falsch allokiert wird.



# Vergleichende Wirkungsforschung

Aktivität Zustand	Glücksspielen		Alkoholkonsum		Überessen	
	Patienten	Normale	Patienten	Normale	Patienten	Normale
Trancezustand	79%	5%	62%	17%	41%	5%
Als andere Person	79%	21%	73%	36%	44%	21%
Außerhalb des Selbst	50%	8%	34%	12%	30%	7%
Gedächtnislücke	38%	4%	73%	15%	14%	4%
Dissoziativer Gesamtwert	64%	6%	67%	16%	35%	6%

D.F. Jabobs (1988). Evidence for a Common Dissociative-Like Reaction among Addicts. *Journal of Gambling Studies*, 4, 27-37.

# Vergleichende Rückfallforschung

Rückfall-Situationen \ Patienten- gruppe	Alkoholiker (N=70)	Raucher (N=64)	Heroinabh. (N=129)	Glückssp. (N=19)	Überesser (N=29)
Negative Gefühle	38%	37%	19%	47%	33%
Negative Körperempfindung	3%	2%	9%	-	-
Positive Gefühle	-	6%	10%	-	3%
Test der Eigenkontrolle	9%	-	2%	16%	-
Drang und Versuchungen	11%	5%	5%	16%	10%
Soziale Konflikte	18%	15%	14%	16%	14%
Sozialer Druck	18%	32%	36%	5%	10%
Soziale Einsamkeit	3%	3%	5%	-	28%

Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A.: Relapse: Prevention and Prediction. In W.R. Miller (Ed.): The Addictive Behaviors (pp. 291-321). Oxford, U.K.: Pergamon, 1980.

# Körpermassenzahlen

- Broca-Index  
Größe - 100 = Idealgewicht
- Body-Mass-Index (BMI)\*  
Körpergewicht/Größe (Kg/m<sup>2</sup> : NG: 18,5 - 25)
- Waist-to-Height-Ratio (WtHR)  
0,5 Taillenumfang/Größe (kritisch: über 0,5 unter 40 Jahren)
- Bauchumfang Frauen (kritisch über 88) Männer  
(kritisch über 102)

\* Im Jahr 1998 wurde der BMI vom US National Institute of Health auf die heutigen Schwellenwerte herabgesetzt. Über Nacht waren über 30 Millionen Amerikaner übergewichtig, ohne dass sie an Gewicht zugenommen hatten. Fast alle der Experten waren mit der Pharmaindustrie verbunden (Monaghan et al., 2010).

Monaghan, L. F. et al. (2010). Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests. *Body & Society*, 16(2), 37 – 71.

Wirth, A. (2003). *Adipositas-Fibel*. Berlin: Springer. (Im Internet finden sich Rechner für die Indizes

# Begleit- und Folgeerkrankungen

Gelenkbeschwerden

hoher Blutdruck

Herzinsuffizienz

Ermüdbarkeit

Atemnot

Venenleiden

Krebs

Diabetes

Fettstoffwechselstörungen

Herzinfarkt

Schlaganfall

Gallensteine

Gicht

Hinsichtlich der körperlichen Folgeerkrankungen (Diabetes, Infarktisiko) gibt es zwei extreme Untergruppen: Die „happy obese“ (ca. 25 %), die trotz Übergewicht keine gesundheitlichen Risiken aufweisen (Ardelt-Gattinger et al., 2015) und die Lifestyle-Nonresponder, die von Trainingsmaßnahmen (Ernährungsreduktion und Bewegung) kaum profitieren.

# Kritik am Ernährungskreis

Dr. Johannes Scholl, Vorsitzender der Akademie für Präventivmedizin kritisiert *„Die Fokussierung der DGE auf die bösen Fette, auf die gesättigten Fette, war ebenfalls nicht richtig. Wir haben ganz andere Probleme, die mehr in die Richtung einer zu hohen Zuckerbelastung gehen.“*

Prof. Peter Nawroth, Direktor der Heidelberger Klinik für Stoffwechselkrankheiten: *„Es ist nicht richtig, dass der Nahrungskorridor so eng ist und dass ich anders im Kehrsatz weiß, welches für Sie genau die richtige Ernährung ist. Wir Menschen unterscheiden uns mehr als Kostformen...“*

In Bezug auf korrelative Beobachtungsstudien verweist er auf die *„Korrelation zwischen Scheidungsrate und Margarine-Konsum... zwischen Motorradunfällen und dem Konsum von saurer Sahne finden.“*

Fragwürdige Ernährungsrichtlinien : <http://www.swr.de/odyosso/fragwuerdige-ernaehrungsleitlinien/-/id=1046894/did=17349798/nid=1046894/apg32b/index.html>. Internetzugriff am 5.4.2017.

# Modifizierte Ernährungsregeln

1. Lebensmittelvielfalt genießen
2. Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“
3. Vollkorn wählen
4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen
6. Zucker und Salz einsparen
7. Am besten Wasser trinken
8. Schonend zubereiten
9. Achtsam essen und genießen
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

# Aktueller Ernährungskreis

## Der SCHLANK!-Teller

### Trinken Sie vor dem Essen!

Ein großes Glas Wasser oder Tee vor dem Essen dehnt den Magen und signalisiert dem Gehirn so schneller ein Sättigungsgefühl.

### Qualitativ hochwertige

**Lebensmittel** Kaufen Sie frische und abwechslungsreiche Lebensmittel aus guter Herkunft ein. Wer vieles selbst kocht, weiß, was auf seinem Teller landet.

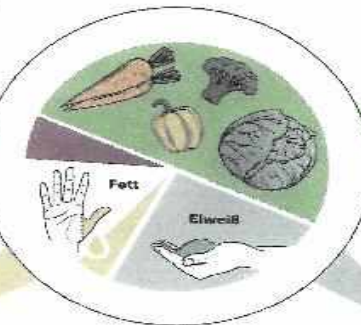
### Kohlenhydrate muss sich ihr Teller verdienen.

Essen Sie Kohlenhydrate nur, wenn Ihr Körper sich diese verdient hat, zum Beispiel zwei bis drei Stunden vor dem Sport. Kohlenhydrate mit Vorsicht genießen!

### Gemüse als Magenfüller

Die Hälfte des Tellers beim Mittag- und Abendessen füllen Sie mit Gemüse. In den letzten Stunden vor dem Schlafengehen sollte nicht als Rohkost.

6



2

5

### Ausgewählte Fette

Versuchen Sie, bei jeder Mahlzeit immer möglichst hochwertige Öle zu verwenden. Etwa eine Daumengröße.

3

### Eiweiß als Sattmacher

Optimalerweise nehmen Sie Ihre Hand als grobe individuelle Portionseinheit (siehe Seite 90).

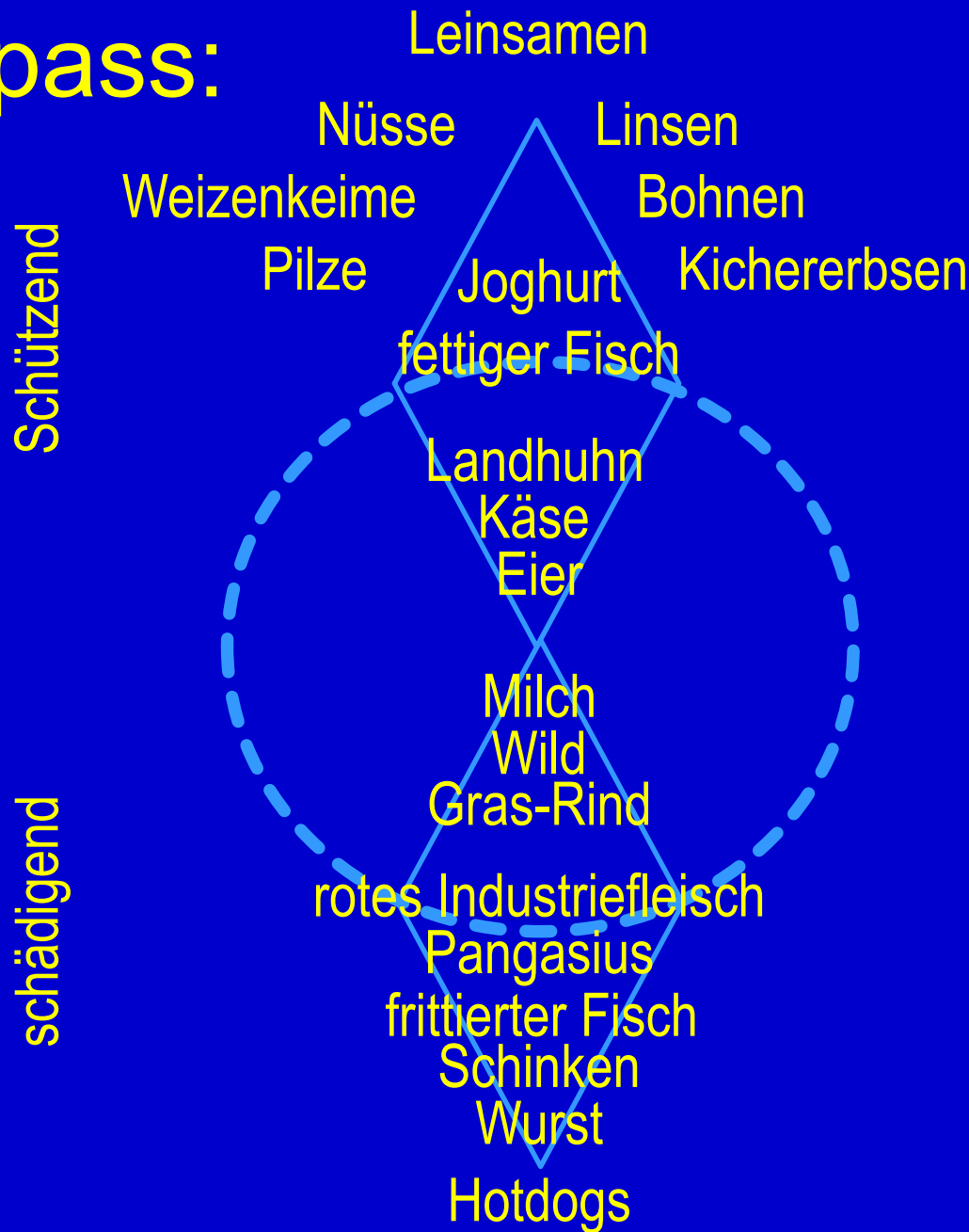
4

### Gewürze und Kräuter geben nicht nur Pepp.

Sie sind wertvolle Lieferanten für essenzielle sekundäre Pflanzenstoffe.

Fleck, A. (2018). Schlank und gesund mit der Doc Fleck Methode. Hilden: Becker Joest Volk Verlag.

# Ernährungskompass: Proteine





# Ernährungskompass: Kohlenhydrate

Schützend

schädigend



# Ernährungskompass: Fette

Schützend

Leinsamen

Nüsse

Avocado

Olivenöl

Rapsöl

Fettiger Fisch

Dunkle Schokolade

Käse Kokosöl

Eier Butter

schädigend

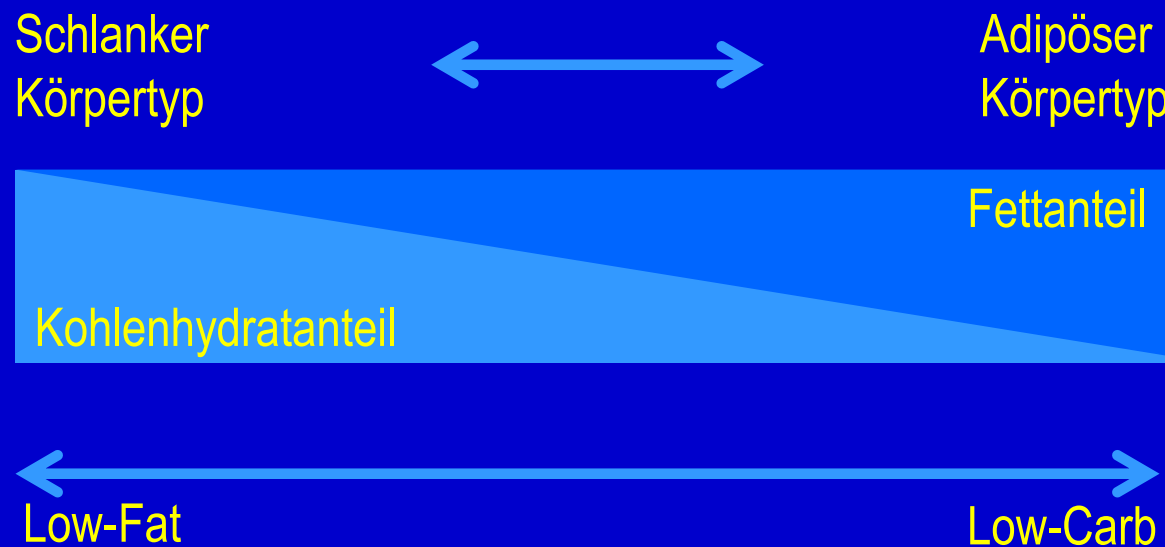
Wurst

Transfette



# Diät: Low-Carb oder Low-Fat?

„Insulinempfindliche (eher schlanke) Menschen, die Gewicht verlieren wollen, kommen besser mit einer fettarmen Diät klar. Insulinresistente (eher adipöse) Menschen dagegen fahren besser mit einer kohlenhydratarmen Kost.“ (a. a. O.: S. 143f.)



# Symptomatische Behandlung

Symptomatisch steht die „radikale Gewichtsregulation nicht mehr im Mittelpunkt (außer bei gravierenden Folgeerkrankungen / lebensbedrohlichen Zuständen).

Es kommt vielmehr auf die realistische Zielsetzung bei der Gewichtreduktion an und die längerfristige Stabilisierung des erreichten Körpergewichtes.

Dabei gilt eine langfristige Gewichtabnahme von 5% (bei BMI bis 35) und von 10 % (bei BMI über 35) des Ausgangsgewichtes als Erfolg.

Benecke, A. (2003). Adipositas – eine therapeutische Herausforderung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 35, 729-742.

Cooper, Z.; Fairburn, C.G. & Hawker, D.M. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Adipositas*. Stuttgart: Schattauer.

Shaw, R. (2001). Essstörungen. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.): *Psychologische Therapie der Sucht* (S.487-502). Göttingen: Hogrefe.

# Symptomatische Behandlung

Bei der symptomatischen Behandlung wird eine leicht negative Energiebilanz durch Ernährungsumstellung und Bewegungsaktivierung angestrebt (Hilbert et al., 2017). Aufgrund großer individueller Unterschiede lässt sich dies nicht generell, sondern nur auf den Einzelfall bezogen festzulegen.

Die Normalisierung des Essverhaltens erfolgt durch Selbstmanagement-Methoden (Essprotokolle, Verhaltensanalyse, Reizkontrolle u. kognitive Umstrukturierung) Dazu gehört die suchtherapeutische Bearbeitung von Abwehrmechanismen und die Rückfallprävention (Vogelgesang et al., 2016).

Hilbert, A.; Brauhardt, A. & Munch, S. (2017). Ratgeber Übergewicht und Adipositas. Göttingen: Hogrefe.  
Vogelgesang, M.; Gortner, M. & Ott, E. (2016). Adipositasbehandlung unter Beachtung suchtherapeutischer Aspekte. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht (S. 443 – 461).

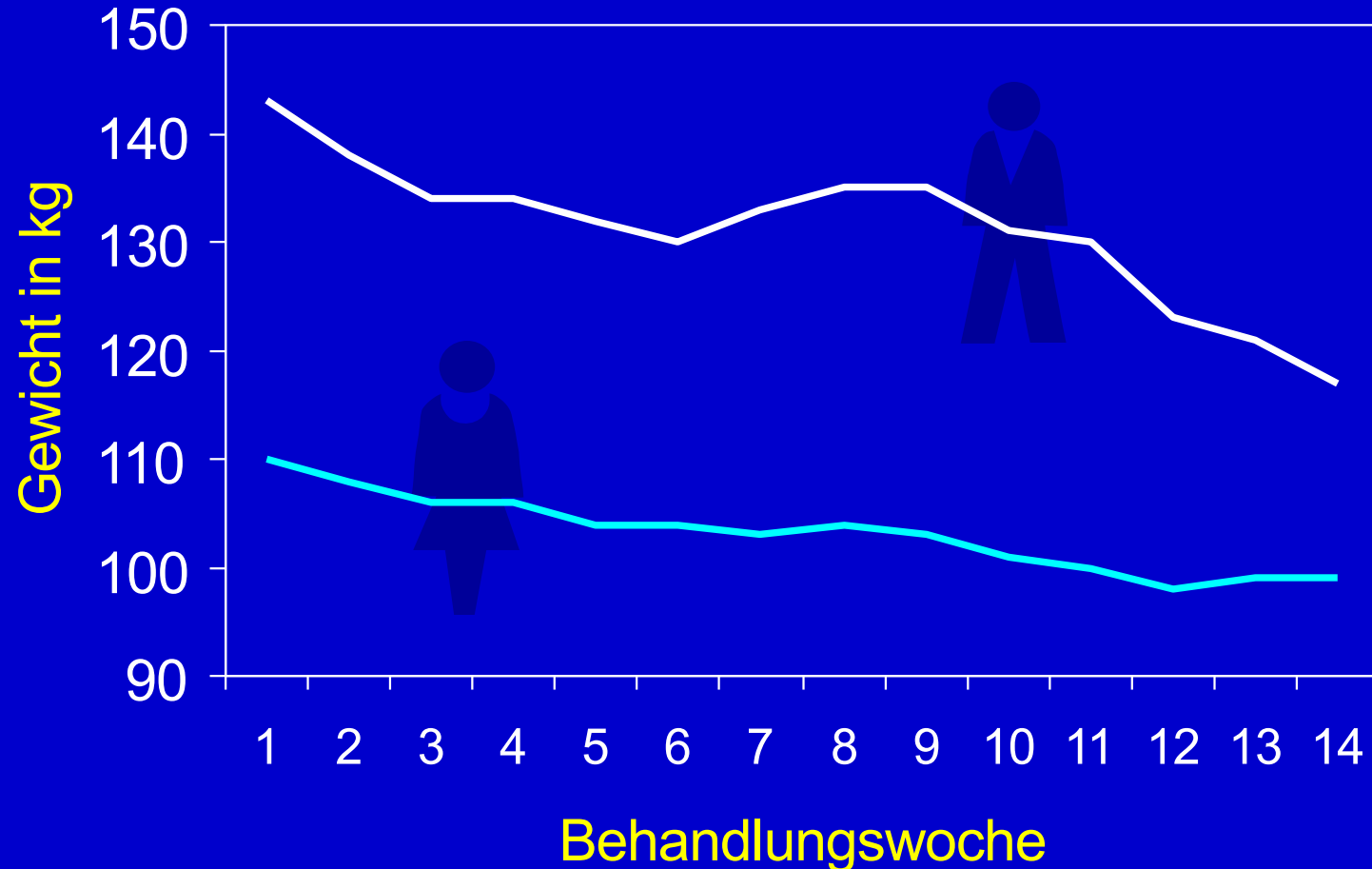
# Bewegungstraining

Viele Esssüchtige scheuen sich vor Bewegung, so dass spezielle Sportgruppen für Übergewichtige förderlich sind.

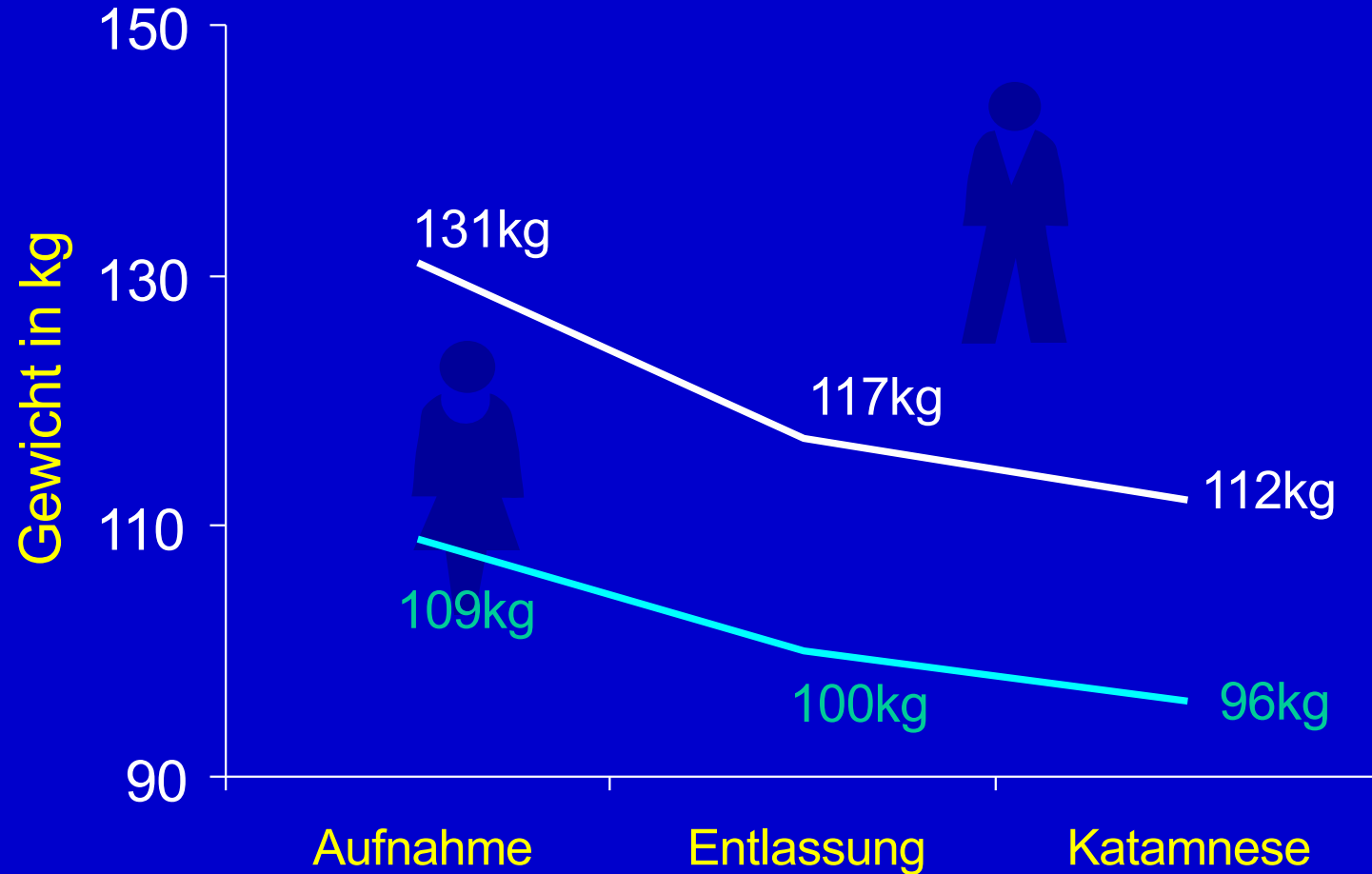
Es sollten angemessene Ziele (30 Min. pro Tag) vereinbart und die Alltagsbewegung (Schrittzähler) gefördert werden.

Die Steigerung der Bewegung trägt weniger zur Gewichtsreduktion, dafür aber stärker zur Gewichtstabilisierung bei.

# Gewichtsabnahme im Verlauf



# Einjahreskatamnese (N=84)





# Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Behandlung sollte nur bei einem BMI über 30 und/oder bei körperlichen Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2) begleitend zu einer angeleiteten Gewichtsreduktion u. Bewegungssteigerung erfolgen.

Es gibt Medikamente zur Verminderung der Fettaufnahme im Darm (Orlistat), zur Dämpfung des Hungergefühls (Mysimba) und Förderung des Sättigungsgefühls durch Verzögerung der Magenentleerung (Liraglutid).

Nach Hilbert et al. (2017: S. 29) „... ist einschränkend festzuhalten, dass Langzeituntersuchungen zur Wirksamkeit aller Medikamente noch ausstehen und es nach dem Absetzen häufig erneut zu einer Gewichtszunahme kommt.“

# Chirurgische Behandlung

Eine chirurgische Behandlung (Hilbert et al., 2017) sollte nur bei einem BMI über 40 ( über 35 bei Folgeerkrankungen) sowie nach gescheiterten Vorbehandlungen erfolgen, da es sich um einen gravierenden Eingriff handelt. Eine medizinisch-psychotherapeutische Begutachtung ist erforderlich (Ausschluss einer unbehandelten Essstörung (insbesondere Bing-Eating-Störung) und stoffgebundener Sucht, insbesondere Alkoholproblematik).

Als Verfahren stehen u. a. anpassbare Magenbänder, der Magen-Bypass und der Schlauchmagen zur Verfügung. In der Folge ist die plastisch-chirurgische Entfernung überschüssiger Hautlappen sinnvoll.

# Chirurgische Behandlung

Im ersten Jahr (und darüber hinaus) kann eine sehr deutliche Gewichtreduktion mit einer Verbesserung der körperlichen Folgeerkrankungen erzielt werden. Es kann jedoch zu verstärktem Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum kommen. Bei einer vorliegenden Essstörung besteht die Gefahr der Nichteinhaltung der gebotenen kontrollierten Nahrungseinnahme (Schaefer & Sammet, 2016)

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen fehlt es an der psychotherapeutischen Begleitung (Ried, 2013).

Ried, J. (2013). Adipositaschirurgie: Diskussion um Chancen und Risiken. Deutsches Ärzteblatt, 110 ( 29/30), 1429 – 1431.

Schaefer, A. & Sammet, I. (2016). Psychosomatische Aspekte Adipöser vor und nach Adipositaschirurgie. In I. Sammet; G. Dammann; P. Wiesli & M.K. Müller (Hrsg.): Adipositas (S.109 – 119). Stuttgart: Kohlhammer.

# Ursächliche Behandlung

Zentrales Merkmal aller Erscheinungsformen des psychogenen Überessens ist der dauerhafte / exzessive Einsatz des Essens zur Gefühlsregulation (Frustration, Einsamkeit, Trost, Behaglichkeit und im Verlauf Schuld- und Schamgefühle).

In Bezug auf dieses „**Emotionales Essen**“ (Taizt, 2013) kommt der verbesserte Gefühlsregulierung deshalb besondere Bedeutung zu (Sipos & Schweiger, 2012).

Darüber hinaus ist eine Verbesserung des Selbstwertes, des Körperbildes, der sozialen Kompetenzen und der Lebensqualität erforderlich.

Sipos, V. & Schweiger, U. (2012). Therapie der Essstörung durch Emotionsregulierung. Göttingen: Hogrefe.

Taizt, J. (2013). Wenn Essen nicht satt macht: Emotionales Essverhalten erkennen und überwinden. Köln: Balance.

Das alles und noch viele mehr:

[www.joerg-petry.de](http://www.joerg-petry.de)