

HYPERPHAGE ANFÄLLE DES JUGENDLICHEN

Catherine Chamay Weber, Nadia Micali

Übersetzung Rudolf Schlaepfer

Fallbeispiel

Paul, 14-jährig, konsultiert uns wegen seines Übergewichtes, das seit dem Alter von 8 Jahren besteht. Seine Mutter ist sehr beunruhigt, da sie eine starke Gewichtszunahme feststellt, trotz den Anstrengungen der Familie, ein gesundes Leben zu führen.

Tatsächlich hat sein BMI im Verlaufe des letzten Jahres von 28 auf 32 zugenommen. Sein Mahlzeiten-Tagebuch ist unauffällig, mit regelmässigen Mahlzeiten und einer eher ausgeglichenen Ernährung. Sie erkundigen sich nach dem Vorhandensein eines zwanghaften Essbedürfnis.

Paul gibt an, in der Tat unzähmbare Essenslust zu verspüren, oft auf dem Heimweg von der Schule. Er begibt sich in den nahegelegenen Supermarkt, kauft Süßigkeiten (Danette, Schokoladebrötchen, ...), die er im Versteckten isst, schnell und mit dem Gefühl nicht aufhören zu können, selbst wenn er es wünscht. Dann geht er erleichtert, aber mit Schuldgefühlen und traurig, nach Hause. Er hat nie mit jemandem darüber gesprochen.

Einführung

Störungen des Essverhaltens (SEV) sind in der Allgemeinbevölkerung häufig, mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1 – 5 %¹⁾. Sie betreffen alle Gewichtskategorien, von extremer Magerkeit bis zur krankhaften Adipositas und verursachen zahlreiche somatische und psychologische Komplikationen (Abb. 1). Die Geschlechtsverteilung hängt von der Essstörung ab, wie in Abbildung 1 dargestellt.

Die SEV werden insbesondere im Diagnostischen und Statistischen Handbuch der Psychischen Störungen (DSM) beschrieben, dessen letzte 2013 publizierte

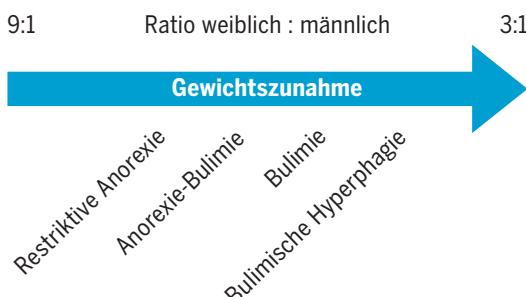


Abbildung 1: Gewichtsverlauf und Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit der Diagnose.

Version die bulimische Hyperphagie oder hyperphagen Anfälle (HA) als eine eigenständige SEV anerkennt²⁾.

Dieser Artikel geht ausschliesslich auf die HA ein, eine der insbesondere bei übergewichtigen Jugendlichen häufigsten Essstörungen. Die Betreuung dieser Jugendlichen erweist sich als besonders kompliziert.

Definition

Die diagnostischen Kriterien der HA nach DSM-5 sind in Tabelle 1 dargestellt. Es handelt sich vor allem um ein bulimisches Verhalten, d.h. die Einnahme grosser Nahrungsmengen im Verlaufe eines relativ kurzen Zeitabschnittes (<2 Std.), mit dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Diese Anfälle sind im Gegensatz zur nervösen Bulimie nicht von kompensatorischen Verhalten wie Erbrechen, übertriebene körperliche Aktivität oder Einnahme von Laxativen begleitet. (Tabelle 1)



Catherine Chamay Weber



Nadia Micali

Gemäss DSM-5 definierte HA treten in allen Altersklassen auf. Kinder und Jugendliche erfüllen die erwähnten Kriterien jedoch oft nur teilweise³⁾. Sie weisen eher Episoden des Kontrollverlustes in Bezug auf die Nahrungsaufnahme oder ein Gefühl des Kontrollverlustes auf, ohne Berücksichtigung der eingenommenen, oft schwer abzuschätzenden Nahrungsmenge⁴⁾. Um diesen entwicklungsbedingten Besonderheiten gerecht zu werden, haben verschiedene Autoren Kriterien zur Bestimmung des Kontrollverlustes über die Nahrungsaufnahme im Kindes- und Jugendalter vorgeschlagen⁵⁾. (Tabelle 2)

Der Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme im Kindes- und Jugendalter ist ein anerkannter Risikofaktor für die Entwicklung einer SEV vom HA-Typ und scheint dieselben Komorbiditäten aufzuweisen⁶⁾.

HA können in der Adoleszenz schwer von einem normalen Essverhalten zu unterscheiden sein, da Hyperphagie in diesem Alter oft normal ist. Der wesentliche Unterschied besteht im Gefühl des Kontrollverlustes und des mit diesem Verhalten zusammenhängenden psychologischen Leidens.

Ein übergewichtiger Jugendlicher weist somit nur dann eine SEV auf, wenn er die HA-Kriterien erfüllt (Tab. 1). Das Übergewicht kann Folge einfacher Hyperphagie sein, ohne Kontrollverlust.

Korrespondenz:
catherine.chamayweber
@hcuge.ch

- A.** Periodisch wiederkehrende Anfälle unkontrollierter Hyperphagie («binge eating»). Ein Anfall wird durch folgende Element charakterisiert:
- Einnahme, während einem begrenzten Zeitabschnitt (z.B. 2 Std.), einer weit grösseren Nahrungsmenge, als was die meisten Menschen während einem gleichlangen Zeitabschnitt und in vergleichbaren Umständen essen würden.
 - Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten während der Anfälle (z.B. Gefühl nicht mit Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was und wie viel man isst).
- B.** Die bulimischen Anfälle sind mit 3 (oder mehr) der folgenden Besonderheiten assoziiert:
1. Viel schneller als üblich essen.
 2. Essen bis man sich unangenehm voll fühlt.
 3. Grosse Nahrungsmengen ohne körperliches Hungergefühl zu sich nehmen.
 4. Alleine essen, weil man sich über die eingenommene Nahrungsmenge schämt.
 5. Sich vor sich selbst ekeln, deprimiert sein oder sich schuldig fühlen, nachdem man zu viel gegessen hat.
- C.** Das bulimische Verhalten ist Ursache ausgeprägten Leidens.
- D.** Das bulimische Verhalten tritt im Mittel mindestens einmal in der Woche und seit 3 Monaten auf.
- E.** Das bulimische Verhalten ist nicht mit wiederholten, unangebrachten kompensatorischen Gewohnheiten wie bei einer Bulimia nervosa verbunden, und tritt nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa auf.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der bulimischen Hyperphagie oder hyperphagen Anfälle nach DSM-5²⁾

- A.** Wiederkehrende Episoden des Kontrollverlustes über die Nahrungsaufnahme:
1. Suche nach Nahrungsmitteln ohne Hunger- und trotz Sättigungsgefühl.
 2. Gefühl des Kontrollverlustes über die Ernährung.
- B.** Mit drei oder mehr der folgenden Kriterien assoziiert:
1. Essen als Folge eines negativen Affektes.
 2. Geheimhaltung der Episode.
 3. Gefühl der Betäubung während dem Essen.
 4. Zu viel essen oder das Gefühl haben, mehr als die anderen zu essen.
 5. Negative Gefühle nach dem Essen (Scham, Schuldgefühle).
- C.** Diese Episoden des Kontrollverlustes kommen mindestens zwei Mal pro Woche und seit drei Monaten vor.
- D.** Die Nahrungsaufnahme ist nicht mit kompensatorischen Verhaltensweisen verbunden und tritt nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder bulimischen Hyperphagie auf.

Tabelle 2: Kriterien des Kontrollverlustes über die Nahrungsaufnahme («loss of control eating» oder «LOC eating») nach Tanofsky-Kraff et al.⁵⁾

Prävalenz

Die Prävalenz der HA in der Adoleszenz variiert je nach Studie, und kann bis 3 % der Jugendlichen in der Allgemeinpopulation^{7,9)} und bis 22 % bei übergewichtigen Jugendlichen betragen¹⁰⁾.

Komorbiditäten

Das Risiko somatischer Komorbiditäten ist bei übergewichtigen Jugendlichen mit HA grösser im Vergleich zu Jugendlichen mit einfacher Hyperphagie, mit einer erhöhten Prävalenz an metabolischem Syndrom und

Lebersteatose^{11,12)}. Laborstudien konnten nachweisen, dass diese Adoleszenten sich besonders von schmackhaften Nahrungsmitteln, oft sehr fett und süß, angezogen fühlen, was die rasche Gewichtszunahme und das häufige Auftreten metabolischer Störungen erklären kann¹³⁾.

HA sind ebenfalls häufiger mit psychischen Komorbiditäten assoziiert, wie Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS), Depression, Angststörungen oder Substanzmissbrauch^{8,14)}.

Fortbildung

Der emotionale und psychologische Kontext im Zusammenhang mit dem Esszwang erklärt die Tatsache, dass eine klassische, auf Psychoedukation und körperlicher Betätigung beruhende Behandlung des Übergewichts oft wenig wirksam ist und den Jugendlichen in eine Situation des Misserfolges bringt, was sein Selbstwertgefühl noch stärker mindert.

Früherkennung

Früherkennung muss beim Jugendlichen, insbesondere bei Übergewicht, systematisch erfolgen.

Um die Früherkennung von HA in der Grundversorgung zu erleichtern, haben wir einen einfach anwendbaren Fragebogen zur Selbstevaluation entwickelt, auf den Kriterien des Ernährungskontrollverlustes beruhend (Tab. 3)⁵¹⁵⁾. Er ermöglicht eine rasche Erkennung von Esszwängen. Bei positiver Antwort auf mindestens einer der ersten 2 Fragen und auf 6 der Zusatzfragen beträgt das Risiko sub-klinischer und klinischer HA 83 %. Dieser Fragebogen ist lediglich ein Screeningtest und erfordert die Bestätigung durch einen SEV-Spezialisten. (Tabelle 3)

Fällt das Screening positiv aus, müssen die HA dem Patienten und seiner Familie erklärt werden, damit sie die Schwierigkeiten des Jugendlichen an Gewicht zu verlieren, verstehen und Schuldgefühle abbauen können. Es ist dann wichtig, den Patienten an eine Fachperson zu überweisen, um die Diagnose zu bestätigen und die entsprechende Betreuung in die Wege zu leiten.

Betreuung

Die Betreuung der HA ist multidisziplinär und soll den Kinderarzt für die somatischen Probleme, eine Ernährungsberatung und den Psychiater/Psychologen einschliessen. Studien zur bestmöglichen psychologischen Betreuung in diesem Alter sind noch beschränkt, aber gewisse Ansätze wie kognitive Verhaltenstherapie, auch interpersonelle, dialektische und systemi-

sche Therapien scheinen eine günstige Wirkung auszuüben¹¹⁾ und werden in internationalen Guidelines empfohlen. Weitere Ansätze werden derzeit untersucht, wie Biofeedback und Mindfulness, mit scheinbar versprechendem Erfolg.

Fazit

HA sind eine im Jugendalter häufige Störung des Essverhaltens, insbesondere bei übergewichtigen Jugendlichen. Esszwang und Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme sind noch häufigere Verhaltensstörungen und können dem vollständigen klinischen Bild, wie es im DSM-5 beschrieben wird, vorangehen. Der Kinderarzt muss an die Früherkennung denken und kann dazu den Screening-Fragebogen (ADO BEDS) zu Hilfe nehmen.

Bestätigt sich die Diagnose HA, sollte eine psychologische und multidisziplinäre Betreuung in die Wege geleitet werden.

Referenzen

- 1) Micali N, Horton NJ, Crosby RD, Swanson SA, Sonneville KR, Solmi F, et al. Eating disorder behaviours amongst adolescents: investigating classification, persistence and prospective associations with adverse outcomes using latent class models. European child & adolescent psychiatry. 2017;26(2):231-40. Epub 2016/06/28.
- 2) Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. ed2013.
- 3) Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. The International journal of eating disorders. 2003;34 Suppl:S47-57. Epub 2003/08/06.
- 4) Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, Ringham R, Goldschmidt A, Yanovski SZ, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. Journal of consulting and clinical psychology. 2007;75(6):901-13. Epub 2007/12/19.
- 5) Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. Eating behaviors. 2008;9(3):360-5. Epub 2008/06/14.
- 6) Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. Journal of abnormal psychology. 2013;122(2):445-57. Epub 2012/11/15.

1. Kommt es vor, dass du einen unbezähmbaren Esszwang verspürst, obwohl du keinen Hunger hast oder soeben gegessen hast? ja/nein
2. Kommt es dabei vor, dass du zu essen beginnst und nicht mehr aufhören kannst? ja/nein
3. In diesen Situationen, da du nicht mehr zu essen aufhören kannst oder isst, ohne Hunger zu verspüren (mindestens 3 Kriterien) ja/nein
 - Verspürst du das Bedürfnis alleine zu sein, dich zu isolieren, um zu essen?
 - Hast du das Gefühl anderswo, geistesabwesend zu sein, unbewusst zu essen?
 - Isst du, weil du dich nicht wohl, traurig, zornig fühlst, oder weil du dich langweilst?
 - Bereust du oder schämst du dich, nachdem du gegessen hast?
4. Wie oft kommt es vor, dass du nicht aufhören kannst, zu essen und du isst, ohne Hunger zu haben? (>2 in der Woche)
5. Seit wie lange kommen solche Essanfälle vor? (>3 Mte.)
6. Kommt es vor, dass du in Anschluss an einen solchen Essanfall etwas unternimmst, um das Gegessene zu eliminieren? ja/nein

Tabelle 3: Screening-Fragebogen zum Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme: Fragebogen ADO BEDS¹⁵⁾

- 7) Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The International journal of eating disorders.* 2014;47(6):610-9. Epub 2014/06/07.
- 8) Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2015;54(8):652-9 e1. Epub 2015/07/27.
- 9) Glazer KB, Sonneville KR, Micali N, Swanson SA, Crosby R, Horton NJ, et al. The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine.* 2019;64(2):165-71. Epub 2018/12/05.
- 10) He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *The International journal of eating disorders.* 2017;50(2):91-103. Epub 2017/01/01.
- 11) Byrne ME, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff M. Loss-of-Control Eating and Obesity Among Children and Adolescents. *Current obesity reports.* 2019;8(1):33-42. Epub 2019/02/01.
- 12) Radin RM, Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Kelly NR, Pickworth CK, Shank LM, et al. Metabolic characteristics of youth with loss of control eating. *Eating behaviors.* 2015;19:86-9. Epub 2015/07/27.
- 13) Tanofsky-Kraff M, McDuffie JR, Yanovski SZ, Kozlosky M, Schvey NA, Shomaker LB, et al. Laboratory assessment of the food intake of children and adolescents with loss of control eating. *The American journal of clinical nutrition.* 2009;89(3):738-45. Epub 2009/01/16.
- 14) Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2004;72(1):53-61. Epub 2004/02/06.
- 15) Chamay-Weber C, Combescure C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care: The Adolescent Binge Eating Scale. *The Journal of pediatrics.* 2017;185:68-72 e1. Epub 2017/03/14.

Autorinnen

Dr med. Catherine Chamay Weber, Unité Santé Jeunes, consultation Santé et Mouvement et consultation Alinéa, Département Mère Enfants Adolescents, Hôpitaux universitaires de Genève
 Prof. Dr med. Nadia Micali, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la Consultation Alimentation et Nutrition chez l'Enfant et L'Adolescent (AliNEA), Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Die Autorinnen haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.