

1 Beschreibung der Störungsbilder

Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens sind Phänomene, die bei jungen Frauen in der Pubertät relativ häufig beobachtet werden können. Unzufriedenheit mit der Figur und dem Gewicht, der Wunsch, dünner zu sein oder das Durchführen konkreter gewichtsreduzierender Maßnahmen werden zu einem hohen Prozentsatz von jungen Frauen in dieser Altersgruppe bejaht. Dennoch entwickeln sich in den wenigsten Fällen daraus klinisch manifeste Störungen.

Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens sind bei jungen Frauen häufig

Andererseits können wiederholte Diäten und Gewichtsverluste sowie die übermäßige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht Risikofaktoren für oder sogar Vorläufer von späteren klinischen Störungen sein. An welcher Stelle die Grenze zu ziehen ist bzw. ab welchem Ausmaß von Auffälligkeit die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Essstörungssyndromen deutlich ansteigt, ist derzeit noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand mehrerer Untersuchungen.

Diätverhalten und übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht sind Risikofaktoren für Essstörungen

1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD-10 und DSM-IV

In der neuesten Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) sind Essstörungen im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aufgeführt. Als wichtigste Syndrome sind *Anorexia nervosa* (F50.0) und *Bulimia nervosa* (F50.2) beschrieben. Daneben existiert als weniger spezifische Störung jeweils eine Form einer „atypischen“ Anorexia und Bulimia nervosa, die Kategorie „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“, „Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen“ sowie die Kategorien „sonstige Essstörungen“ und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“.

In der vierten Revision des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV (APA, 1994) sind die Essstörungen erstmals in einem eigenen Kapitel eingeordnet. Neben den Störungsbildern *Anorexia nervosa* (307.1) und *Bulimia nervosa* (307.51) gibt es noch eine weitere Kategorie, die „Nicht Näher Bezeichnete Essstörung“ (307.50). Als ein Beispiel dieser Kategorie gilt die sogenannte „Binge-Eating-Störung“. Die endgültige Aufnahme dieser Störung befindet sich derzeit noch in der Diskussion, entsprechende vorläufige Forschungskriterien als Grundlage für weitere Studien sind im Anhang des DSM-IV formuliert. Die sich jeweils entsprechenden diagnostischen Kategorien des ICD-10 und DSM-IV sind in Tabelle 1 gegenübergestellt.

Tabelle 1:
Klassifikation von Essstörungen im ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Anorexia nervosa (F50.0) <i>Subtypen:</i> – Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.00) – Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.01)	Anorexia nervosa (307.1) <i>Subtypen:</i> – Restriktiver Typus – „Binge-Eating/Purging“-Typus
Bulimia nervosa (F50.2) Atypische Bulimia nervosa (F50.3)	Bulimia nervosa (307.51) <i>Subtypen:</i> – „Purging“-Typus – „Non-Purging“-Typus
Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4)	–
Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen (F50.5)	–
Sonstige Essstörungen (F50.8)	–
Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (F50.9)	Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (307.50)

Übergewicht
allein keine
psychische
Störung

Übergewicht ist als eigenständige Diagnose weder im ICD-10 noch im DSM-IV aufgeführt, da ein erhöhtes Körpergewicht allein nicht die Diagnose einer psychischen Störung rechtfertigt. Ist Übergewicht als Ursache einer psychischen Störung anzusehen, so ist im Rahmen des ICD-10 die psychische Störung zu benennen (z. B. F38 [andere affektive Störungen], F41.2 [Angst- und depressive Störung, gemischt] oder F48.9 [nicht näher bezeichnete neurotische Störung]) sowie zusätzlich eine Kodierung aus E66 zu klassifizieren, die den Typus des Übergewichts bezeichnet (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr [E66.0] oder Adipositas permagna [E66.8]).

Eine Essstörung, die mit Übergewicht einhergeht kann nach ICD-10 mit F54 klassifiziert werden („Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten [Adipositas]). Die Binge-Eating-Störung würde als „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ unter F50.9 klassifiziert.

Innerhalb des DSM-IV besteht die Möglichkeit, das Übergewicht verbunden mit einer Essstörung unter DSM-IV 316.00 („Gesundheitsgefährdende (psychische) Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor (Adipositas) beeinflussen“) zu verschlüsseln.

1.1.1 Anorexia nervosa

Die heute aktuellen Diagnosekriterien (vgl. Tabelle 2) definieren die Anorexia nervosa in erster Linie über die Weigerung der Patientin, ein minimales normales Körpergewicht zu halten bzw. (während der Adoleszenz) zu erreichen, ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts, eine Wahrnehmungsstörung bezogen auf Figur und Gewicht bzw. die übermäßige Bedeutsamkeit von diesen im Selbstkonzept der Patientin sowie eine Amenorrhoe. Untergewicht wird in den ICD-10-Kriterien definiert über einen Body Mass Index (BMI = Gewicht [kg] / Größe [m²]) von kleiner oder gleich 17,5, während die DSM-Kriterien davon ausgehen, dass das Körpergewicht weniger als 85 % des gemäß Alter und Größe erwarteten Gewichts der Person entspricht. Letzteres wird in der Regel anhand der Metropolitan Life Insurance Tabellen oder der pädiatrischen Wachstumskurven ermittelt. Da die jeweiligen Werte (insbesondere bei einem Beginn der Störung in der Adoleszenz) abhängig von Alter, Größe und Geschlecht der Person schwanken, gelten sie als ungefähre Richtwerte.

**Definition von
Untergewicht**

Der Gewichtsverlust wird überwiegend über eine Reduktion von hochkalorischen Nahrungsmitteln bzw. der Gesamtnahrungsaufnahme erreicht. Oft entwickelt sich daraus ein streng ritualisiertes Essverhalten mit Beschränkung auf wenige „erlaubte“ Nahrungsmittel und/oder Essen erst ab einer bestimmten Tageszeit (z. B. nicht vor 13 Uhr). Als weitere Maßnahmen der Gewichtsreduktion können selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch sowie exzessive körperliche Aktivität hinzukommen. Der Gewichtsverlust ist begleitet von einer starken Angst vor dem Dickwerden und gegebenenfalls Leugnung des untergewichtigen Zustands. Im DSM-IV taucht schließlich erstmals der Hinweis auf, dass Figur und Körpergewicht einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung haben müssen, also einen besonderen Stellenwert im Selbstkonzept der Person aufweisen.

**Maßnahmen,
Gewichtsverlust
herbeizuführen**

**Zusammenhang
zwischen Figur,
Gewicht und
Selbstkonzept**

Als weiteres Kriterium wird sowohl im DSM-IV wie auch im ICD-10 das Vorhandensein einer Amenorrhoe gefordert. Diese tritt überwiegend als Folge des Gewichtsverlusts bzw. im Zusammenhang mit den damit verbundenen verringerten Hormonausschüttungen von Östrogen auf. Bei präpubertären Frauen kann die Menarche durch den Erkrankungsbeginn verzögert werden. Bei Einnahme von Kontrazeptiva kann dieses Kriteriums nicht eindeutig entschieden werden, das Vorliegen einer Amenorrhoe wird in diesem Fall aber dennoch angenommen.

Amenorrhoe

Das DSM-IV (und ganz ähnlich auch das ICD-10) unterscheiden zwischen einem „restriktivem Typ“ und einem so genannten „Binge-Eating/Purging Typ“ bzw. bulimischem Typ der Anorexia nervosa in Abhängigkeit davon, ob Heißhungeranfälle oder „Purging-Verhalten“ (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika und Klistieren) regel-

**Subtypen-
einteilung**

Tabelle 2:
Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 (F50.0)	DSM-IV (307.1)
1. Körpergewicht von mindestens 15% unter dem erwarteten oder ein BMI von 17.5 oder weniger.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des erwarteten Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: – Vermeidung von hochkalorischen Speisen, – selbstinduziertes Erbrechen, – selbstinduziertes Abführen, – übertriebene körperliche Aktivität, – Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Es besteht eine Körperschemastörung in Form massiver Angst, zu dick zu werden und sehr niedriger persönlicher Gewichtsschwelle.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse vor, die sich in Form einer Amenorrhoe (bei Frauen) bzw. Libido- und Potenzverlust (bei Männern) manifestiert.	D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).
5. Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.	
Subtypen: Restriktive Form (F50.00) Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) Bulimische Form (F50.01) Anorexie mit aktiven Maßnahmen der Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. in Verbindung mit Heißhungerattacken)	Restriktiver Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. „Binge-Eating/Purging“-Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig „Fressanfälle“ gehabt oder hat „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

mäßig auftreten. Die Diagnose einer Bulimia nervosa darf nach DSM-IV bei gleichzeitig bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden (s.u.).

1.1.2 Bulimia nervosa

Hauptmerkmale der Bulimia nervosa (vgl. Tabelle 3) sind Heißhunger- oder „Fressanfälle“ sowie verschiedene unangemessene Maßnahmen der Kompensation zur Verhinderung einer Gewichtszunahme (z.B. Erbrechen, Diäten, Laxantien-, Diuretika- oder Appetitzüglerabusus). Im DSM-IV wird ein Fressanfall definiert als der Verzehr einer bestimmten Nahrungsmenge innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z.B. zwei Stunden), wobei die Menge der gegessenen Nahrung eindeutig größer sein muss als die Menge, die die meisten Menschen innerhalb des gleichen Zeitraums und unter vergleichbaren Umständen (also z.B. auch an bestimmten Fest- oder Feiertagen) zu sich nehmen würden. Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV fordern damit das Vorhandensein so genannter „objektiver“ Heißhungeranfälle, die sich z.B. vom Naschen kleiner Nahrungsmengen oder von einem über den ganzen Tag verteilten kontinuierlichen Naschen unterscheiden. Oftmals werden im Rahmen eines Fressanfalls einige tausend Kalorien verzehrt. Bei den konsumierten Nahrungsmitteln handelt es sich überwiegend um hochkalorische, im sonstigen Alltag „gemiedene“ Lebensmittel (Süßes, Fettiges, Kohlehydrate), aber auch um normale Lebensmittel, die die Patientin sich aus Gründen der Restriktion nicht in normalem Maße oder regelmäßigem Umfang erlauben würde zu essen. Im Unterschied zu diesen objektiven Fressanfällen wird im Rahmen bestimmter strukturierter Interviews zur Erfassung der Essstörung (s.u.) auch nach dem Vorhandensein sog. „subjektiver“ Fressanfälle gefragt. Hierunter werden wesentlich kleinere Nahrungsmengen gefasst (z.B. ein Keks, ein Stück Kuchen, ein Eis, ein Brötchen), die quasi „außer der Reihe“ konsumiert wurden, damit dem Restriktionswunsch der Patientin bzw. den oftmals sehr rigiden Vorstellungen normaler Nahrungsaufnahme widersprechen und daher von den gleichen kompensatorischen Maßnahmen gefolgt sein können. Inwieweit mit der Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Fressanfällen tatsächlich – wie vermutet – Unterschiede in der Psychopathologie, im Verlauf oder der Prognose einhergehen, ist derzeit noch unklar. Aus therapeutischer Sicht kann diese Unterscheidung vor allem dann zu vernachlässigen sein, wenn vergleichbare Kompensationsmechanismen (z.B. Erbrechen im Anschluss an subjektive Fressanfälle) angewandt werden und zusätzlich die anderen Kriterien der Bulimia nervosa erfüllt sind. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass die objektiven Heißhungeranfälle im Rahmen der Behandlung zuerst verschwinden.

Definition von Heißhungeranfällen, „objektive“ und „subjektive“ Heißhungeranfälle

Ein weiteres Kriterium im Zusammenhang mit den Fressanfällen stellt der Kontrollverlust dar. Die Betroffenen beschreiben oftmals das Gefühl, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können, die Art und Menge des Essens

Tabelle 3:
Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 (F50.2)	DSM-IV (307.51)
<p>1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.</p>	<p>A. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“ gekennzeichnet durch folgende Merkmale:</p> <p>(1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.</p> <p>(2) Das Gefühl während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</p>
<p>2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern:</p> <ul style="list-style-type: none"> – selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, – zeitweilige Hungerperioden, – Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. <p>Bei Diabetikern kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.</p>	<p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p>
<p>3. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder „gesunden“ Gewicht liegt.</p>	<p>C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.</p>
<p>4. Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa.</p>	<p>D. Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p>
	<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>
	<p>„Purging“-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.</p> <p>„Nicht-Purging“-Typus Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.</p>

nicht mehr kontrollieren zu können oder ein Gefühl von Zwang oder Dissoziation. Auch dieses Kriterium wird insbesondere von einigen Autoren neben der „Objektivität“ der Fressanfälle als ein wichtiges definitorisches Kriterium angesehen und im Rahmen diagnostischer Interviews explizit erfragt. Dennoch dürfte vor allem bei Patientinnen, die bereits seit längerer Zeit an einer Bulimia nervosa leiden der Begriff *Kontrollverlust* besser durch eine Verringerung oder *Beeinträchtigung* der Kontrolle über das Essen zu ersetzen sein. Patientinnen kaufen beispielsweise oft gezielt für einen nachfolgend auftretenden Fressanfall ein oder unterbrechen Fressanfälle kurzfristig durch andere Tätigkeiten, um sie anschließend wieder aufzunehmen.

**Kontrollverlust
und Beeinträchtigung der
Kontrolle**

Zur Kompensation der Fressanfälle kommen unterschiedliche Möglichkeiten in Betracht: am häufigsten wird so genanntes „Purging“-Verhalten eingesetzt, d. h. Erbrechen und/oder Laxantieneinnahme im Anschluss an die Fressanfälle. Als weitere Methoden der Kompensation dienen die Einnahme von Diuretika, Brechmitteln (im deutschen Sprachraum eher selten) oder aber die Betroffenen halten Diät, fasten oder treiben übermäßig Sport zwischen den Fressanfällen. Bei Diabetikerinnen kann die notwendige Insulineinnahme bzw. die Verringerung oder das Unterlassen der Insulineinnahme als Kompensationsmöglichkeit eingesetzt werden. Zur Diagnosestellung ist es ausreichend, wenn die Patientin regelmäßig den potenziell dickmachenden Effekten der Fressanfälle *eine* der genannten Maßnahmen der Kompensation entgegengesetzt.

**Möglichkeiten
der Kompensation nach
Fressanfällen**

Um die Diagnose einer Bulimia nervosa zu stellen wird weiterhin gefordert, dass Fressanfälle und kompensatorische Maßnahmen mindestens zweimal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auftreten müssen. Ähnlich wie bei der Anorexia nervosa wird der Figur und dem Gewicht auch bei bulimischen Patientinnen eine besondere Bedeutsamkeit für die Selbstbewertung eingeräumt. Zur Abgrenzung von der Anorexia nervosa und im Unterschied zu den Kriterien des ICD-10 fordert das DSM-IV allerdings, dass die bulimische Störung nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa auftreten sollte, d. h. das Vorhandensein einer bulimischen Symptomatik bei gleichzeitigem erheblichen Gewichtsverlust bzw. Untergewicht würde die Diagnose einer Anorexia nervosa „Binge Eating/Purging-Subtyp“ zur Folge haben. Patientinnen mit Heißhungeranfällen und unauffälligem Gewicht („Bulimie mit Normalgewicht“), die die DSM-IV-Kriterien einer Bulimia nervosa erfüllen, werden nach der ICD-10 wegen des fehlenden Untergewichts als so genannte „atypische Bulimia nervosa“ (F50.3) klassifiziert. Bei etwa 25 bis 30% der bulimischen Patientinnen kann eine Anorexie in der Vorgeschichte diagnostiziert werden, während der umgekehrte Verlauf sehr viel seltener ist.

Das DSM-IV unterscheidet bei der Bulimia nervosa weiterhin einen „Purging Typ“ mit regelmäßigem Laxantienabusus oder selbstinduziertem Erbrechen von einem „Nicht-Purging Typ“. Das Auftreten von selbstinduziertem Erbrechen oder der Einsatz von Laxantien ist also für die Diagnose einer Bulimia nervosa nicht obligat.

1.1.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen – Binge-Eating-Störung

NNB-
Essstörungen
sind sehr
heterogene
Gruppe

Im DSM-IV werden unter der Kategorie der „Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen (NNB)“ diejenigen Essstörungen zusammengefasst, die nicht die vollen Kriterien einer spezifischen Störung erfüllen bzw. bei denen alle Kriterien bis auf eines erfüllt sind. NNB-Esstörungen werden besonders häufig bei Adoleszenten diagnostiziert. Es handelt sich insgesamt um eine sehr heterogene Gruppe. Beispielsweise werden Patientinnen mit subsyndromalen anorektischen Symptomen, bei denen zwar ein erheblicher Gewichtsverlust vorliegt, das Gewicht aber dennoch über 85% des erwarteten Gewichts bzw. einem BMI von 17.5 liegt, als NNB-Esstörung klassifiziert. Ebenso können Patientinnen, deren bulimische Symptomatik seltener als zweimal pro Woche auftritt, in dieser Kategorie klassifiziert werden. Die Tatsache, dass Patientinnen dieser Kategorie nicht die vollen Kriterien einer spezifischen Essstörung erfüllen, muss allerdings keine Auswirkungen auf deren Behandlungsnotwendigkeit haben.

Heißhunger-
anfälle sind bei
BED zeitlich
weniger
umgrenzt

Ein weiteres Beispiel der unter den NNB-Esstörungen zusammengefassten Störungen stellt die Binge-Eating-Störung (BED) dar. Für diese Störung wurden explizit vorläufige Forschungskriterien formuliert (vgl. Tabelle 4). Als Binge-Eating-Störung werden danach diejenigen Syndrome klassifiziert, bei denen regelmäßige Heißhungeranfälle auftreten, ohne dass die weiteren Kriterien der Anorexia oder Bulimia nervosa erfüllt sind. Die Kriterien zur Definition der Heißhungeranfälle entsprechen den bei der Bulimia nervosa beschriebenen Kriterien, die Heißhungeranfälle müssen im Durchschnitt mindestens an zwei *Tagen* pro Woche über sechs Monate auftreten. Anstatt von umgrenzten Episoden – wie bei der Bulimia nervosa – zu sprechen, wird hier von Tagen ausgegangen, da die Fressattacken weniger umgrenzt auftreten, wenn sie nicht von kompensatorischem Verhalten gefolgt sind. Zusätzlich wird das Vorhandensein bestimmter Verhaltensweisen (z. B. schnelleres Essen als normalerweise, Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, Essen großer Mengen, ohne hungrig zu sein, allein Essen, Gefühle von Ekel, Traurigkeit oder Schuld nach dem Essen) gefordert.

Kompensations-
verhalten tritt
nicht regel-
mäßig auf

Der wesentliche Unterschied zur Bulimia nervosa besteht darin, dass bei der Binge-Eating-Störung keine *regelmäßigen*, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen oder Laxantienabusus als Folge der Heißhungeranfälle auftreten. Einige Studien setzen „regelmäßig“ mit einem Auftreten von mindestens zweimal pro Woche gleich. Infolge der selteneren oder nicht vorhandenen Kompensationsmechanismen sind die meisten Patienten mit einer Binge-Eating-Störung übergewichtig. In klinischen Stichproben behandlingssuchender Übergewichtiger erfüllen 20 bis 50% die BED-Kriterien. Im Gegensatz zur Anorexia

Tabelle 4:
Forschungskriterien für Binge-Eating-Störung nach DSM-IV

DSM-IV (307.50)
<p>A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“, gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <p>(1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. 2 Stunden), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.</p> <p>(2) Das Gefühl des Kontrollverlustes 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).</p>
<p>B. Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wesentlich schneller essen als normal, – Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, – Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, – Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, – Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
<p>C. Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfälle“.</p>
<p>D. Die „Fressanfälle“ treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.</p>
<p>E. Die „Fressanfälle“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. „Purging-Verhalten“, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.</p>

und Bulimia nervosa sind etwa ein Drittel der BED-Patienten Männer. Übergewichtige Patienten mit Binge-Eating-Störungen profitieren in geringerem Ausmaß von verhaltenstherapeutisch orientierten Gewichtsreduktionsprogrammen als die übrigen adipösen Patientinnen und unterscheiden sich auch in psychopathologischer Hinsicht von diesen (Marcus, 1993). Diese spezifischen Charakteristika waren ursprünglich für die Formulierung von Forschungskriterien bzw. den Vorschlag der Bildung einer eigenen (vorläufigen) diagnostischen Kategorie entscheidend.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die wichtigsten Syndrome im Bereich der Essstörungen, die Krankheitsbilder Anorexia und Bulimia nervosa.

**Geringere
Erfolge in
Gewichts-
reduktions-
programmen**