

Kapitel 1

Einleitung

„Jeden Morgen wache ich mit dem Vorsatz auf, heute doch endlich weniger zu essen, aber das gelingt mir selten. Es sind die Süßigkeitenberge im Auto, die ich auf dem Weg von der Arbeit verschlinge, oder abends heimlich auf dem Klo, damit mein Mann nichts merkt, und außerdem esse ich auch ansonsten zu viel. Mein Gewicht ist stark angestiegen. Ich habe alles ausprobiert, strenge Esspläne, Formuladiäten, Weights Watchers. Denn der größte Auslöser für einen Essanfall ist der Ekel vor meinem dicken Körper, aber auch Stress bei der Arbeit, Traurigkeit, Einsamkeit und die Angst ... Das macht mich alles sehr unglücklich.“

*Patientin G., 31 Jahre,
Therapieprogramm zur Binge-Eating-Störung*

1.1 Beschreibung des Störungsbildes

Wiederkehrende Essanfälle sind Kernmerkmal der Binge-Eating-Störung („Binge Eating Disorder“, BED), einer 1994 in das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* aufgenommenen Forschungsdiagnose (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Im Unterschied zur Bulimia Nervosa gehen Essanfälle bei der BED nicht mit einem regelmäßigen Einsatz unangemessener kompensatorischer Verhaltensweisen einher. Auch ein gezügeltes Essverhalten mit der Absicht, Figur oder Gewicht zu kontrollieren, ist nicht ausgeprägt vorhanden. Essanfälle treten vielmehr vor dem Hintergrund chaotischer Essgewohnheiten und einer allgemeinen Tendenz zum Überessen auf. Die BED ist deutlich mit Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) assoziiert, kann jedoch auch bei Normalgewichtigen auftreten (de Zwaan, 2001; Wilfley, Wilson & Agras, 2003). Unabhängig vom Gewichtsstatus leiden Patienten mit BED unter einem negativen Körperbild, z. B. haben sie starke Figur- und Gewichtssorgen, und Figur und Gewicht beeinflussen das Selbstwertgefühl übermäßig. Weitere Merkmale der spezifischen Essstörungspsychopathologie sind Sorgen um das Essen, wie z. B. Angst vor einem Kontrollverlust oder Schuldgefühle nach dem Essen. Außerdem leiden Patienten mit BED häufig unter einer ausgeprägten allgemeinen Psychopathologie (z. B. Depressivität) und unter psychiatrischer Komorbidität. Affektive Störungen, Angststörungen und Substanz-

abhängigkeitsstörungen sind häufige komorbide Störungen (Achse I; Javaras et al., 2008), die Borderline-Persönlichkeitsstörung, zwanghafte Persönlichkeitsstörung und selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung häufige komorbide Persönlichkeitsstörungen (Achse II; Wilfley et al., 2000a). Persönlichkeitsmerkmale der BED und der Adipositas umfassen eine erhöhte Belohnungssensitivität, Ängstlichkeit und Impulsivität (Davis et al., 2008).

Die BED ist mit erheblichen Beeinträchtigungen in der psychosozialen Anpassung einschließlich interpersoneller Probleme verbunden. Das Übergewicht der Betroffenen verursacht zusätzlich eine Einschränkung der Lebensqualität, einerseits durch gewichtsbezogene Stigmatisierung und soziale Diskriminierung, denen sich übergewichtige und adipöse Menschen in vielen Lebensbereichen ausgesetzt sehen und die von Betroffenen mit BED vermehrt berichtet werden (Rieger, Wilfley, Stein, Marino & Crow, 2005). Andererseits besteht ein erhöhtes Risiko für medizinische Komplikationen bei der BED durch eine komorbide Adipositas. Adipositas ist mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko für Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, metabolische Störungen wie Dyslipidämie sowie koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Gallensteine, Schlafapnoe und mit bestimmten Krebsarten (z. B. Kolon, Brust, Prostata, Endometrium) verbunden (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2007). Unabhängig vom Gewicht berichten Betroffene mit BED außerdem häufig von gastrointestinalen Beschwerden und zeigen eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, die mit der von anderen psychischen Störungen vergleichbar ist.

1.2 Diagnostische Kriterien

Die BED ist entsprechend der Diagnosesysteme des DSM-IV-TR und der *International Classification of Diseases* (ICD-10; World Health Organization, 2006) nach den in Kasten 1 aufgeführten Kriterien als Nicht näher bezeichnete Essstörung zu diagnostizieren.

Kasten 1: Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV-TR und Kodierung nach DSM-IV-TR und ICD-10

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung
<p>A. Wiederkehrende Essanfälle</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definitiv größere Nahrungsmenge 2. Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen <p>B. Mindestens drei der folgenden Verhaltensmerkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wesentlich schneller essen als normal 2. essen bis unangenehm voll 3. essen, ohne hungrig zu sein 4. allein essen aus Verlegenheit 5. negativer Affekt nach dem übermäßigen Essen <p>C. Deutliches Leiden wegen der Essanfälle</p> <p>D. Essanfälle an mindestens 2 Tagen pro Woche für 6 Monate</p> <p>E. Keine unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen/nicht nur im Verlauf von Anorexia oder Bulimia Nervosa</p>
<p>Kodierung nach DSM-IV-TR: Nicht näher bezeichnete Essstörung: 307.50 Kodierung nach ICD-10: Nicht näher bezeichnete Essstörung: F50.9</p>

Es ist davon auszugehen, dass die BED in nachfolgenden Überarbeitungen des DSM, im DSM-V, als eigenständige Essstörung aufgenommen wird. Dazu erfahren die Forschungskriterien derzeit eine empirische Überprüfung.

Eine Adipositas wird nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2007) anhand des Body-Mass- oder Körpermassen-Index (BMI) klassifiziert. Die Berechnungsformel lautet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße (in m) im Quadrat}}$$

Eine Adipositas ist ab einem BMI $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ zu diagnostizieren (s. Tabelle 1). Anhand der Klassifikation höherer Grade der Adipositas lässt sich das Risiko für Begleiterkrankungen des Übergewichts ermitteln.

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation anhand des Body-Mass-Index (BMI)
(nach Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2007)

Klassifikation	BMI (kg/m²)	Morbiditätsrisiko
Untergewicht	< 18,5	Niedrig
Normalgewicht	18,5–24,9	Durchschnittlich
Übergewicht	> 25,0	
Präadipositas	25,0–29,9	Gering erhöht
Adipositas Grad I	30,0–34,9	Erhöht
Adipositas Grad II	35,0–39,9	Hoch
Adipositas Grad III	$\geq 40,0$	Sehr hoch

1.3 Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch ist die BED von den anderen Essstörungen abzugrenzen, bei denen Essanfälle auftreten. Eine besondere Herausforderung stellt die Abgrenzung von der Bulimia Nervosa vom „Nicht-Purging“-Typus dar, bei dem die kompensatorischen Verhaltensweisen in Fasten und exzessivem Sporttreiben bestehen. Dies sind Verhaltensweisen, die häufig nicht eindeutig als unangemessen einzuordnen sind. Hier ist es hilfreich, kompensatorische Maßnahmen und auch Merkmale eines gezügelten Essverhaltens detailliert zu erfassen, z. B. Diätregeln, Auslassen von Mahlzeiten oder Fasten mit der Absicht, die Figur oder das Gewicht zu verändern, exzessives oder auch getriebenes Sporttreiben (s. Kapitel 4.2). Auch von der Bulimia Nervosa vom „Purging“-Typus und von der Anorexia Nervosa vom „Binge-Eating/Purging“-Typus ist die BED abzugrenzen. Beide Subtypen setzen zur Kompensation einer Gewichtszunahme selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika ein. Die BED ist des Weiteren von Affektiven Störungen (z. B. Major Depression), Anpassungsstörungen und von der Borderline-Persönlichkeitsstörung, in deren Rahmen vermehrtes Essen auftreten können,

sowie von appetitverändernden medizinischen Konditionen (z. B. Kleine-Levine-Syndrom) zu unterscheiden. Obwohl die Körperbildstörung derzeit kein diagnostisches Kriterium der BED darstellt, ist diese Symptomatik vorhanden und von der Symptomatik der Körperdysmorphen Störung abzugrenzen. Hier ist im Unterschied zu Essstörungen gefordert, dass sich die körperbezogenen Sorgen auf spezifische Aspekte des eigenen körperlichen Erscheinungsbildes beziehen und nicht ausschließlich auf Figur und Gewicht.

1.4 Epidemiologie, Störungsbeginn, Ätiologie und Verlauf

Wie in Tabelle 2 dargestellt, unterscheidet sich die BED von den anderen Essstörungen in einer Reihe epidemiologischer Merkmale und im Störungsbeginn: Die BED tritt im Unterschied zur Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa häufiger auf, die Geschlechterverteilung ist ausgeglichener und die ethnische Zugehörigkeit der Betroffenen ist heterogener (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Die BED beginnt später als die beiden anderen Essstörungen und der Störungsbeginn ist weniger häufig mit vorausgehendem Diätverhalten assozii-

Tabelle 2: Epidemiologie, Störungsbeginn, Ätiologie und Verlauf der Binge-Eating-Störung, Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa

	Binge-Eating-Störung	Bulimia Nervosa	Anorexia Nervosa
Punktprävalenz	3 % der erwachsenen Bevölkerung	1–2 % junger Frauen im Alter von 16–35 Jahren	0,7 % weiblicher Adoleszenten
Geschlecht	3 weibliche : 2 männliche Betroffene	9 weibliche : 1 männlicher Betroffene/r	9 weibliche : 1 männlicher Betroffene/r
Ethnische Zugehörigkeit	gemischt	v. a. weiß	v. a. weiß
Störungsbeginn	ca. 20–30 Jahre	ca. 18–19 Jahre	ca. 14–18 Jahre
Ätiologie	Aversive prämorbid Erfahrungen, psychische Vulnerabilität, familiäre Probleme, figur- und gewichtsbezogene Kritik, Adipositas in der Kindheit		
Verlauf	variabel	besteht für mindestens mehrere Jahre mit einem chronischen oder intermittierenden Verlauf	variabel; 10–20 % chronisch; erhöhte Mortalität

iert. Allerdings scheint bei der BED ein zweigipfliger Beginn vorhanden zu sein: Eine Subtypisierung nach dem Störungsbeginn zeigt, dass etwas weniger als die Hälfte der Patienten mit BED einen Beginn von Essanfällen vor Diätversuchen berichten, und zwar im Alter von 11 bis 13 Jahren („Binge-First“-Subtyp; s. Grilo & Masheb, 2000). Dies ist deutlich früher als bei den Patienten, deren Diäthalten dem ersten Auftreten von Essanfällen vorangegangen ist; bei diesen Patienten des „Diet-First“-Subtyps traten Essanfälle erst im Alter von 25 bis 26 Jahren auf. Der „Binge-First“-Subtyp zeigte auch einen früheren Beginn von Übergewicht und der BED und hatte mehr komorbide psychische Störungen sowie mehr Persönlichkeitsstörungen. Auch erste Untersuchungen an pädiatrischen Stichproben zeigen, dass, entsprechend dieser retrospektiv an Erwachsenen erhobenen Befunde, die Symptomatik einer BED bereits bei Kindern und Jugendlichen auftreten kann (Hilbert & Czaja, 2007).

Die Ätiologie der BED ist wahrscheinlich auf ein Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Risikofaktoren zurückzuführen: Familien- und Zwillingsstudien legen eine familiäre Häufung und somit eine genetische Prädisposition von Essanfällen nahe (Hudson et al., 2006). Als psychosoziale Risikofaktoren der BED wurden retrospektiv prämorbid aversive Erfahrungen (z. B. physischer oder sexueller Missbrauch), familiäre Probleme (z. B. Kritik, wenig Zuwendung) und psychische Vulnerabilität identifiziert (z. B. negative Selbstbewertung, Schüchternheit, prämorbid Depression). Figur- und gewichtsbezogene Kritik, familiäre Probleme (z. B. familiäre Essprobleme, Streit) sowie Adipositas in der Kindheit zeigten sich als spezifische Risikofaktoren für die Entstehung einer BED im Vergleich zu anderen psychischen Störungen (zur Übersicht s. Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004). Im Vergleich zu den anderen beiden Essstörungen ließen sich bislang nur wenige Unterschiede in der Ätiologie ausmachen. Beispielsweise wurden retrospektiv mehr Verhaltensauffälligkeiten, Substanzabusus und familiäre Überessensstile, jedoch weniger Perfektionismus im Vorfeld einer BED entdeckt als im Vorfeld einer Anorexia Nervosa. Ätiologische Unterschiede zwischen der BED und der Bulimia Nervosa wurden nicht gefunden (Pike, Hilbert et al., in Vorb.).

Neuere Befunde zum Spontanverlauf weisen darauf hin, dass es sich bei der BED um ein stabiles

Syndrom handelt (Pope et al., 2006), allerdings nicht ganz konsistent: Gerade jüngere und subklinische Probanden mit BED scheinen eine bessere Prognose im unbehandelten Verlauf aufzuweisen. Darüber hinaus scheinen Patienten zwischen Essstörungsdiagnosen „hin- und herzuwandern“. So wurden längsschnittlich Wechsel zwischen der BED und der Bulimia Nervosa und umgekehrt gefunden. Wechsel zwischen der BED und der Anorexia Nervosa gelten hingegen als unwahrscheinlich (Eddy et al., 2008). Das Vorliegen einer BED sagte in einigen Studien längsschnittlich einen überproportionalen Gewichtsanstieg voraus.

1.5 Aufrechterhaltung

Negatives Körperbild

Ein negatives Körperbild gilt als ein zentraler Aufrechterhaltungsfaktor der BED. Das negative Körperbild tritt vor einem soziokulturellen Hintergrund auf, in dem Schlankheit und körperliche Fitness idealisiert und Übergewicht und Adipositas zugleich stigmatisiert werden. Menschen mit BED sorgen sich ähnlich wie Menschen mit Bulimia Nervosa stark um ihre Figur und ihr Gewicht, schreiben Figur und Gewicht eine erhöhte Bedeutung für ihre Selbstbewertung zu und zeigen ein ausgeprägt negatives körperbezogenes Denken (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2005). Sie sind oftmals deutlich unzufrieden mit ihrem Körper und fühlen sich zu dick. Häufig vermeiden sie es, sich anzusehen oder überprüfen ihre Figur („body checking“; Reas, Grilo, Masheb & Wilson, 2005). Das negative Körperbild scheint eher im Zuge der Essstörungspsychopathologie als im Zuge von komorbidem Übergewicht oder Adipositas aufzutreten, denn Patienten mit BED zeigen unabhängig vom Grad des Übergewichts ein ähnliches Ausmaß an Figur- und Gewichtsorgen. Ein negatives Körperbild hält die BED aufrecht, indem es mit Selbstwertproblemen assoziiert ist, zu Diätversuchen prädisponiert und negative Affekte im Kontext von Essanfallsepisoden verstärkt (Womble et al., 2001).

Essmuster

Essanfälle treten häufig vor dem Hintergrund allgemeiner Überessenstendenzen und chaotischer Essgewohnheiten auf und sind mit einer erhöhten Störbarkeit, d. h. Essen in Abhängigkeit von exter-

nen oder emotionalen Reizen, assoziiert (Masheb & Grilo, 2006). Im Vergleich zu Personen mit Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa zeigen Personen mit BED ein moderat gezügeltes Essverhalten, aber eine stärkere Zügelung als die Normalbevölkerung mit vergleichbarem Gewicht (Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004). Das gezügelte Essverhalten, das Versuche der Nahrungseinschränkung beinhaltet, variiert: An Tagen ohne Essanfälle ist es deutlicher ausgeprägt als an Tagen mit Essanfällen. Häufig wird das Frühstück ausgelassen, was das Risiko für Essanfälle erhöht (Masheb & Grilo, 2006). Ob ein gezügeltes Essverhalten eher körperlich oder eher psychisch zur Auslösung von Essanfällen beiträgt, ist nicht geklärt. Allerdings erscheint plausibel, dass eine moderate kalorische Restriktion eine erhöhte Kalorienaufnahme durch fett- oder kohlenhydratreiche Nahrungsmittel während der Essanfälle begünstigt. Außerdem wurde gefunden, dass kalorische Deprivation den auslösenden Effekt potenziert, den negative Stimmung auf Essanfälle hat (Agras & Telch, 1998), wie im Folgenden ausgeführt.

Negative Stimmung

Negative Stimmung ist wahrscheinlich der am besten belegte Faktor, der an der Auslösung von Essanfällen unmittelbar beteiligt ist (Hilbert et al., 2007). Essanfälle werden durch Affekte wie Traurigkeit, Angst oder Ärger ausgelöst und scheinen somit der Affektregulation zu dienen. Es konnte jedoch nicht konsistent gezeigt werden, dass Essanfälle tatsächlich zu einer effektiven Verringerung negativen Affekts beitragen. Vielmehr intensivieren sie die negative Stimmung eher noch durch Schuldgefühle nach Essanfällen. Negative Stimmung als auslösendes Moment von Essanfällen scheint von besonderer Wichtigkeit in einer Subgruppe von Menschen mit BED zu sein, nämlich einem Subtyp, der von starkem negativen (Trait-)Affekt betroffen ist (ca. ein Drittel der Betroffenen; Masheb & Grilo, 2008). Im Vergleich zu jenen mit wenig negativem Affekt zeigen diese Betroffenen mehr Essanfälle und auch eine stärkere Essstörungs- und allgemeine Psychopathologie, mehr komorbide depressive Störungen, eine größere Impulsivität und eine stärker beeinträchtigte soziale Anpassung. Es könnte sein, dass beim Subtyp mit starkem negativem Affekt Essanfälle vermehrt zur Affektregulation eingesetzt werden.

Zusätzlich sei erwähnt, dass auch positive Emotionen zur Aufrechterhaltung von Essanfällen beitragen können. So weisen Essanfälle bei der BED eine stärkere hedonische Qualität auf als Essanfälle bei der Bulimia Nervosa (Mitchell et al., 1999).

Weitere Aufrechterhaltungsfaktoren

Weitere auslösende Faktoren von Essanfällen sind Müdigkeit, ein geringes Kontrollgefühl oder Süßhunger (Greeno, Wing & Shiffman, 2000). Kontextfaktoren wie die Verfügbarkeit schmackhafter Nahrungsmittel sind ebenfalls relevant für die Auslösung von Essanfällen. Zudem scheint eine erhöhte Reaktivität auf Nahrungsreize in Form eines gesteigerten Verlangens nach Essen eine Rolle bei der Auslösung von Essanfällen zu spielen. Außerdem wurden subjektiv erlebter Stress und negative interpersonelle Situationen im Alltag als Auslöser von Essanfällen identifiziert.

Wenig Evidenz ist vorhanden zu biologischen Aufrechterhaltungsfaktoren von Essanfällen bei der BED. Bildgebungsstudien zeigen bei der BED eine erhöhte Sensitivität für Belohnung in Verbindung mit einer größeren Aktivierung des orbitofrontalen Cortex und des linken präfrontalen Cortex auf Nahrungsreize hin (Schienle, Schäfer, Hermann & Vaitl, 2009). Personen mit BED weisen eine größere Magenkapazität auf, das heißt, dass sie aufgrund peripherer Sättigungsmechanismen mehr Nahrung konsumieren müssen, um sich satt zu fühlen, als Personen ohne BED (Sysko, Devlin, Walsh, Zimmerli & Kissileff, 2007). Stresshormone oder Hormone der Hunger- und Sättigungsregulation waren nicht konsistent und unabhängig vom erhöhten Körpergewicht verändert (Lo Sauro, Ravaldi, Cabras, Faravelli & Ricca, 2008). Allerdings zeigten Personen mit BED eine verringerte parasymphatisch gesteuerte kardiovaskuläre Kontrolle bei Stress, d. h. kardiovaskulär eine weniger entspannte Stressreaktivität (Friederich et al., 2006).

1.6 Störungsmodell

Das Störungsmodell der BED integriert die beschriebenen Faktoren. Es beinhaltet, dass ein negatives Körperbild, z. B. ein übermäßiger Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung,

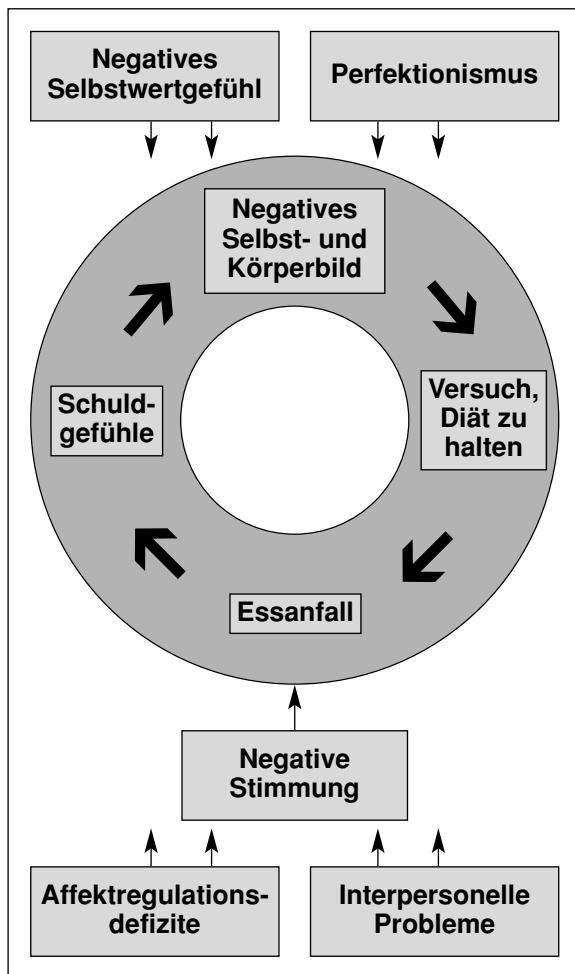


Abbildung 1: Aufrechterhaltungsmodell der Binge-Eating-Störung (aus Hilbert, 2006a; modifiziert nach Fairburn, Cooper & Shafran, 2003)

Personen mit BED zu dem Versuch veranlasst, ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken, um abzunehmen oder nicht weiter zuzunehmen (s. Abbildung 1). Viele Patienten haben in der Vorgeschichte Phasen des Diäthaltens und anschließender Gewichtszunahmen erlebt. Dies kann im Lebensalltag Versuche der Nahrungseinschränkung begünstigen, die jedoch aufgrund einer geringen Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Regulation des eigenen Körpergewichts, die aus Persönlichkeitsmerkmalen

wie einer erhöhten Impulsivität oder aus einer Vorgeschichte wenig erfolgreicher Versuche der Gewichtsreduktion resultieren kann, inkonsistent ausfallen. Darüber hinaus kann durch diese Vorgeschichte die Regulation von Hunger und Sättigung beeinträchtigt sein. Versuche der Nahrungseinschränkung können zu Essanfällen führen, indem physiologisch starker Hunger induziert wird. Psychologisch kann eine Verletzung von Diätabsichten negativ bewertet werden (z. B. als Abstinenzverletzung) und dadurch vermehrtes Essen nach sich ziehen. Essanfälle bei der BED können zudem einen Versuch darstellen, negativen Affekt zu bewältigen, der beispielsweise aus alltäglichen psychischen Belastungen folgt. Darüber hinaus weisen Essanfälle bei der BED eine erhöhte hedonische Qualität auf. Es ist daher wahrscheinlich, dass Essanfälle bei dieser Essstörung nicht nur durch negative, sondern auch durch positive Verstärkung aufrechterhalten werden. Allerdings stellen sich aufgrund der mit Essanfällen assoziierten Gewichtszunahme im Anschluss an einen Essanfall häufig Schuldgefühle ein, die wiederum das negative Körperbild verstärken: Der Teufelskreis setzt sich fort.

In einer aktuellen Erweiterung des kognitiv-behavioralen Modells der Bulimia Nervosa, dem „transdiagnostischen Modell“ (Fairburn et al., 2003) wurden weitere Aufrechterhaltungsfaktoren konzeptualisiert, die bei einigen, jedoch nicht allen Patienten die Aufrechterhaltung der Essstörung verkomplizieren können. Dazu zählen Affektregulationsdefizite, die beispielsweise aus einer erhöhten Impulsivität resultieren, Perfektionismus, hier zu verstehen im Sinne hoher Standards, ein grundlegend geringes Selbstwertgefühl und interpersonelle Schwierigkeiten. Das transdiagnostische Modell postuliert zudem, dass die BED und andere Essstörungen von ähnlichen psychopathologischen Prozessen aufrechterhalten werden. Diesen zusätzlichen Aufrechterhaltungsfaktoren werden im Unterschied zur Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa bei der BED besondere Gültigkeit zugeschrieben.

Kapitel 2

Psychotherapie der Binge-Eating-Störung – Evidenzbasierung

Die Therapie der BED umfasst psychologische Psychotherapieansätze wie die Kognitiv-behaviorale Therapie („Cognitive-Behavioral Therapy“; CBT) und die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) sowie weitere psychologische Behandlungsansätze, die von der CBT abgeleitet wurden. Dazu zählen auf kognitiv-behavioralen Prinzipien beruhende Selbsthilfeprogramme und die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie. Behaviorale Prinzipien liegen auch der Adipositas-Verhaltenstherapie zugrunde, deren Ziel nicht die Behandlung der Essstörung ist, sondern eine Gewichtsreduktion. An pharmakologischen Behandlungen haben sich Antidepressiva in der Akutbehandlung der BED bewährt, z. B. der Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluoxetin (zur Übersicht s. Wilson, Grilo & Vitousek, 2007; Hilbert, 2006a).

2.1 Kognitiv-behaviorale Therapie

Die CBT der BED zielt darauf ab, die spezifischen Aufrechterhaltungsfaktoren der Essstörung zu behandeln (vgl. Fairburn, 2002a; Fairburn, Marcus & Wilson, 1993). Sie umfasst üblicherweise drei Behandlungsphasen (s. u.). Die erste Behandlungsphase der CBT der BED beinhaltet den Aufbau eines gesunden Essverhaltens unter Anwendung von Interventionen wie Psychoedukation, Self-Monitoring und Ernährungsmanagement. Die zweite Behandlungsphase dient einer Erhöhung der Selbstakzeptanz durch eine Behandlung dysfunktionaler Grundannahmen über Figur, Gewicht und Essen sowie dem Erwerb neuer Skills, beispielsweise zur Problemlösung oder Stressbewältigung. Die dritte Behandlungsphase zielt schließlich auf die Aufrechterhaltung des bisher Gelernten und die Rückfallprophylaxe ab.

Eine Therapieform, die aufbauend auf der CBT entwickelt wurde, ist die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie (Linehan, 1996a). Ursprünglich zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt, wurde sie für andere psychische Störungen adaptiert, z. B. für die Bulimia Nervosa oder die BED (Safer, Telch & Agras, 2001; Telch, Agras & Linehan, 2001). Die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie zielt darauf ab, durch eine

„dialektische“ Ausbalancierung von akzeptanz- und veränderungsfördernden Strategien Störungen der Affektregulation zu behandeln, die die jeweilige Symptomatik, z. B. Essanfälle oder kompensatorisches Verhalten, aufrechterhalten. Die Adaptationen im Vergleich zu herkömmlicher CBT sind gering.

Weitere Adaptationen der CBT bestehen in Selbsthilfepsychologien, die auf kognitiv-behavioralen Prinzipien beruhen. Diese können in Form eines Selbsthilfemanuals (z. B. Fairburn, 2004; Schmidt & Treasure, 2001) mit oder ohne zusätzliche professionelle Anleitung vorgegeben werden. Selbsthilfeprogramme sind kostengünstige und leicht einsetzbare Modalitäten, die sich zur Initialbehandlung eignen (s. u.).

2.2 Interpersonelle Psychotherapie

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) zielt darauf ab, die interpersonellen Probleme zu behandeln, in deren Kontext eine Störung auftritt. Ursprünglich zur Behandlung der Major Depression entwickelt, wurde die IPT auf die Behandlung anderer psychischer Störungen übertragen und weist grundsätzlich eine Indikation für die Behandlung der Bulimia Nervosa und BED auf (Fairburn, 2002b; Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayres & Weissman, 2000b). Die wesentliche Modifikation besteht darin, interpersonelle Auslöser von Essanfällen zu behandeln. Die IPT ist eine Kurzzeittherapie mit etwa 16 bis 20 Sitzungen und kann als Individual- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

Nach einer *Initialen Phase*, die der Beziehungsanalyse und Zielfindung dient, werden in der *Mittleren Phase* der IPT die interpersonellen Probleme behandelt, die aktuell mit der Essstörung assoziiert sind. Diese interpersonellen Probleme werden in der IPT in vier Problembereiche unterteilt, nämlich in (1) Trauer (d. h. komplizierte Trauer), (2) Interpersonelle Rollenkonflikte, (3) Rollenwechsel und (4) Interpersonelle Defizite. Die eingesetzten therapeutischen Techniken zur Behandlung interpersoneller Probleme umfassen

Exploration, Klärungstechniken, Förderung von Affektausdruck, Kommunikationsanalyse, Verhaltensmodifikation und eine Nutzung der therapeutischen Beziehung. In der *Schlussphase* zielt die therapeutische Arbeit darauf ab, das Erreichte zu konsolidieren, Aufgaben für die Zukunft zu formulieren, Anzeichen für Rückfälle zu identifizieren, den Umgang damit zu antizipieren und das Ende der therapeutischen Beziehung zu betrauern.

2.3 Adipositas-Verhaltenstherapie

Eine komorbide Adipositas kann psychologisch, pharmakologisch oder operativ behandelt werden. Die Indikation für die verschiedenen Behandlungsformen richtet sich nach der Schwere der Adipositas, nach medizinischen Risikofaktoren und den erfolgten Vorbehandlungen (s. Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, 2007). Die Standardbehandlung der Adipositas ist die Adipositas-Verhaltenstherapie. Die Adipositas-Verhaltenstherapie setzt behaviorale Strategien ein, z. B. Self-Monitoring oder Problemlösen, um eine negative Energiebilanz herzustellen und dadurch einen Gewichtsverlust herbeizuführen. Dabei wird die Energieaufnahme diätetisch in der Regel auf 1.200 bis 1.500 kcal pro Tag eingeschränkt, z. B. durch eine Reduktion des Fettanteils der Nahrung. Zugleich wird der Energieverbrauch erhöht, beispielsweise indem körperliche Betätigung als Lebensstil-Aktivität in das alltägliche Leben integriert wird (z. B. die Treppe anstatt des Aufzugs zu benutzen). Das Vorgehen der Adipositas-Verhaltenstherapie ist genauer in Kapitel 10 beschrieben. Die Adipositas-Verhaltenstherapie wird typischerweise manualbasiert und als Gruppenprogramm durchgeführt. In Bezug auf ihre Indikation sei darauf hingewiesen, dass eine Gewichtsreduktion bei Normalgewicht oder Präadipositas (BMI 18,5 bis 24,9 kg/m² oder 25,0 bis 29,9 kg/m²) außer bei Vorliegen eines erhöhten gesundheitlichen Risikos nicht indiziert ist. Sie ist erst ab einem BMI $\geq 30,0$ kg/m² indiziert.

2.4 Ergebnisse der Therapieforschung

Die CBT erbringt im Vergleich zur Nichtbehandlung eine substanzielle und lang anhaltende Verbesserung der Essanfallssymptomatik, der assoziierten Essstörungspsychopathologie und der allgemeinen Psychopathologie (Wilson et al.,

2007). Langfristig bleiben etwa die Hälfte der Patienten mit BED remittiert. Bei nicht remittierten Patienten ist die Symptomatik nicht bis erheblich verbessert. Die CBT und die IPT erwiesen sich in der Behandlung der BED kurz- und langfristig als gleichermaßen wirksam (Wilfley et al., 2002; Hilbert et al., in Vorb.). Werden die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze zusammengefasst ausgewertet, zeigen sich metaanalytisch unmittelbar nach Behandlungsende große Effekte in der Reduktion von Essanfällen, mittlere Effekte in der Reduktion der spezifischen Essstörungspsychopathologie wie Figur- und Gewichtssorgen und kleine Effekte in der Reduktion depressiver Symptome (Vocks, Pietrowsky, Rustenbach, Kersting & Hespartz, 2010).

Merke:

Die CBT ist die Standardbehandlung der BED.

Zur Prädiktion des Behandlungserfolges zeigte sich, dass Patienten mit starker allgemein-psychopathologischer, beispielsweise interpersoneller Symptomatik, oder starker Essstörungspsychopathologie wie Figur- und Gewichtssorgen kurz- und langfristig auf die Behandlung weniger gut ansprechen (Hilbert et al., 2007). Dies bedeutet, dass für stärker belastete Patienten zusätzliche Interventionen, intensiviertere oder verlängerte Therapie indiziert sind. Erste Ergebnisse zu Prädiktoren des Therapieprozesses weisen darauf hin, dass eine frühzeitige Reduktion von Essanfällen, aber auch allgemeine Faktoren wie die Kohäsion innerhalb der Therapiegruppe einen besseren Therapieerfolg vorhersagten (Grilo, Masheb & Wilson, 2006; Hilbert et al., 2007). Für eine erfolgreiche Behandlung ist es daher wichtig, frühzeitige Behandlungserfolge zu ermöglichen, vor allem in Bezug auf eine Reduktion von Essanfällen, aber auch den Kontakt unter den Patienten eines therapeutischen Settings zu optimieren.

Antidepressiva, z. B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, haben neben einer stimmungsaufhellenden Wirkung einen Effekt auf die Reduktion von Essanfällen und Körpergewicht bei der BED. Insgesamt sind die Verbesserungen in Bezug auf Essanfälle jedoch weniger substanziell als bei Psychotherapie (Vocks et al., 2010). Zudem legen die wenigen verfügbaren Ergebnisse zu langfristigen Effekten antidepressiver Therapie die Vermutung nahe, dass die Effekte im Gegensatz zu Psychotherapieformen wie der CBT nicht

aufrechterhalten werden können. Eine Kombination von CBT und Antidepressiva zeigt wenig konsistente Vorteile im Vergleich zur CBT ohne Antidepressiva (Vocks et al., 2010). Die CBT wird im Allgemeinen von Patienten besser akzeptiert als eine antidepressive pharmakologische Behandlung und führt zu weniger Therapieabbrüchen (Wilson et al., 2007).

In Bezug auf eine Gewichtsreduktion wurde bei adipösen Patienten mit BED gezeigt, dass Therapieformen wie die CBT und die IPT das Körpergewicht langfristig stabilisieren (Vocks et al., 2010; Wilfley et al., 2002). Bei denjenigen Patienten, die nach der Therapie keine Essanfälle mehr hatten (d. h. „abstinent“ waren), führten beide Therapieformen zu einem geringen Gewichtsverlust, der langfristig aufrechterhalten werden konnte (Wilfley et al., 2002; Wilson, Wilfley, Agras & Bryson, 2010). Es wurde außerdem gefunden, dass eine Abstinenz von Essanfällen durch Psychotherapie die langfristige Aufrechterhaltung einer Gewichtsreduktion durch Adipositas-Verhaltenstherapie verbessert (Agras, Telch, Arnow, Eldredge & Marnell, 1997), was für eine sequenzielle Stufung spricht. Eine Gewichtsreduktionsbehandlung sollte somit nach der Essanfallsbehandlung erfolgen. Hingegen führte eine kombinierte kognitiv-behaviorale Behandlung von Essanfällen und des Körpergewichts zu weniger positiven Ergebnissen hinsichtlich beider Kriterien als beide Behandlungsansätze allein (Devlin et al., 2005). Neuere langfristige Ergebnisse einer groß angelegten randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass die Adipositas-Verhaltenstherapie sowohl kurz- als auch langfristig zu einer geringeren Reduktion von Essanfällen führt als die IPT und auch als die auf behavioralen Prinzipien beruhende angeleitete Selbsthilfe (Wilson et al., 2010). In Bezug auf eine Gewichtsreduktion war die Adipositas-Verhaltenstherapie beiden anderen Ansätzen kurzfristig, aber nicht langfristig überlegen (vgl. Vocks et al., 2010).

Weitere psychologische Behandlungsansätze, für die erste Wirksamkeitsbelege vorliegen, sind kognitiv-behaviorale Selbsthilfeansätze und die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie. Wie eine groß angelegte aktuelle Psychotherapiestudie zeigte, erzielten auf kognitiv-behavioralen Prinzipien beruhende Selbsthilfeansätze, insbesondere mit professioneller Unterstützung, langfristig ähnliche hohe Abstinenzraten wie die IPT, allerdings nur bei gering ausgeprägter Symptomatik (Wilson

et al., 2010). Sie brachten jedoch höhere Abbruchraten mit sich. Diese Ansätze können somit für Patienten mit BED zumindest teilweise hilfreich sein, beispielsweise als Initialbehandlung, während des Wartens auf einen Therapieplatz, bei wenig ausgeprägter Essstörungs- und allgemeiner Psychopathologie oder als Zusatzbehandlung zur Psychotherapie. Die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie erbrachte viel versprechende erste Wirksamkeitsbefunde (vgl. Brownley, Berkman, Sedway, Lohr & Bulik, 2007).

2.5 Evaluation des vorliegenden Manuals

Das vorliegende Manual wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Komponentenanalyse evaluiert, bei der die CBT mit konfrontativen Interventionen zum Körperbild mit der CBT mit kognitiven Interventionen zum Körperbild verglichen wurde (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004). Die Therapie erstreckte sich jeweils über 22 Sitzungen und wurde in kleinen Gruppen von vier bis fünf BED-Patienten durchgeführt. Das therapeutische Vorgehen folgte dem Behandlungsmニュアル, wich aber insofern davon ab, als vier Sitzungen zum Körperbild einschließlich zugehöriger Hausaufgaben unterschiedlich gestaltet wurden: Die CBT mit konfrontativen Interventionen zum Körperbild enthielt im Körperbildmodul ausschließlich wiederholte Figurkonfrontation, während die CBT mit kognitiven Interventionen zum Körperbild ausschließlich mit einem Körperbildtagebuch und kognitiver Umstrukturierung arbeitete. Beide Behandlungsbedingungen erhielten Informationen zum Körperbild. Alle Patienten wurden vor Therapiebeginn, nach der Therapie sowie vier und zwölf Monate nach Therapieende diagnostisch untersucht. In die komponentenanalytische Pilotstudie wurden n=28 Patienten eingeschlossen.

Sowohl unmittelbar als auch vier Monate nach Abschluss der Therapie zeigten sich die CBT mit konfrontativen Interventionen und die CBT mit kognitiven Interventionen zum Körperbild als gleichermaßen effektiv in der Reduktion negativer automatischer Gedanken, negativer Einstellungen sowie dysfunktionaler Grundannahmen zum Körperbild (s. Abbildung 2). Die Essanfallshäufigkeit, die assoziierte Essstörungspsychopathologie und die allgemeine Psychopathologie waren gleichermaßen signifikant und stabil reduziert. Der BMI

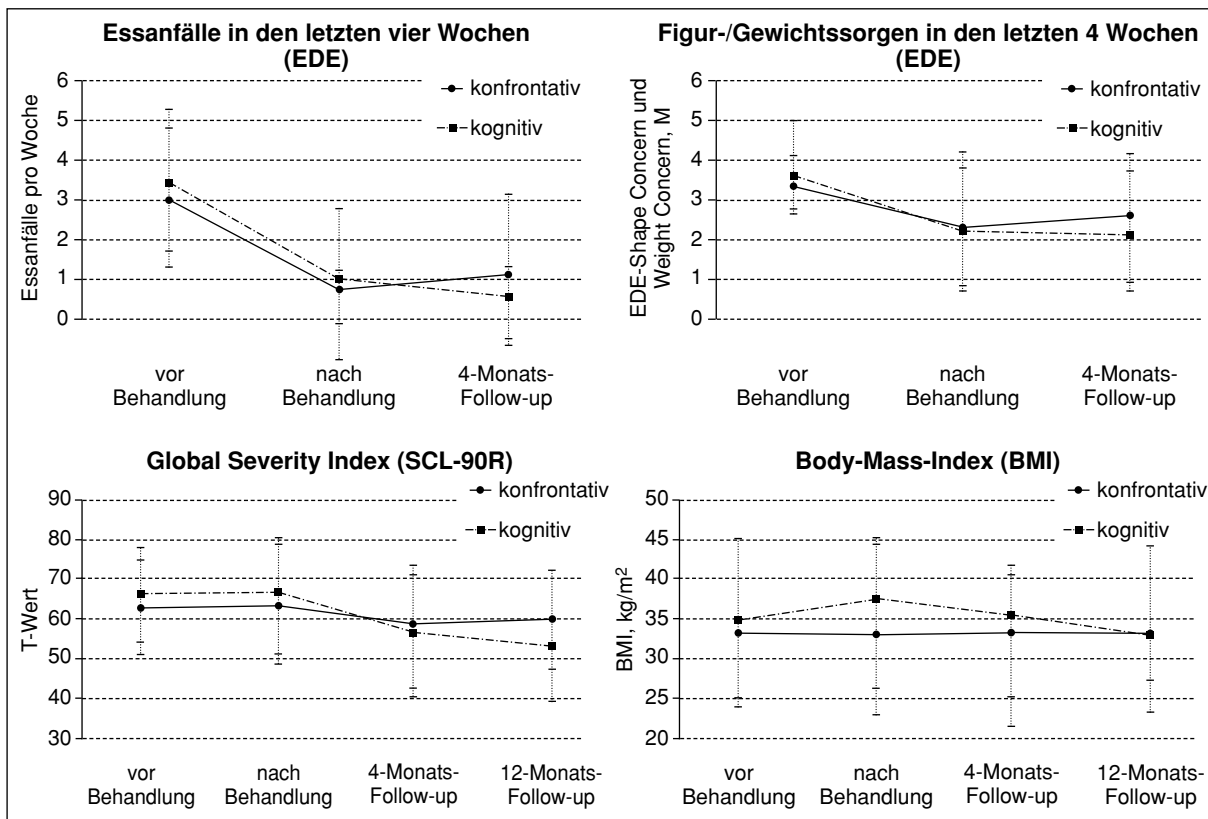


Abbildung 2: Ergebnisse der Evaluation des vorliegenden Manuals zur CBT der BED: Komponentenanalytischer Vergleich konfrontativer versus kognitiver Interventionen zum Körperbild (EDE = Eating Disorder Examination, SCL-90-R = Symptom-Checkliste)

war stabilisiert. Klinisch signifikante Verbesserungen lagen zu Behandlungsende bei 80 % bzw. zum 4-Monats-Follow-up bei 75 % der Patienten vor. Die Drop-out-Rate war mit jeweils 2 abgebrochenen Therapien pro Behandlungsbedingung gering (14 %).

Für das Ein-Jahres-Follow-up konnten 22 der 24 Patienten, die die Therapie beendet hatten, kontaktiert werden (Rücklaufquote: 92 %). Die Körperbildsymptomatik war in beiden Behandlungsbedingungen im Vergleich zum Therapiebeginn weiterhin signifikant reduziert, ebenfalls andere Parameter der Essstörungs- und allgemeinen Psychopathologie. Keiner der Patienten erfüllte die Kriterien einer BED oder einer anderen Essstörung. Der BMI war weiterhin stabil.

Die initialen Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein negatives Körperbild und weitere Aspekte der Essstörungspsychopathologie durch konfrontative und kognitive Interventionen zum Körperbild gleichermaßen gut behandelt werden können.

2.6 Leitlinien

Für die Behandlung der BED veröffentlichte das *National Institute for Clinical Excellence* zusammengefasst die folgenden Leitlinien (NICE, 2004):

Leitlinien zur Behandlung der BED

- Als mögliche Initialbehandlung sollten Patienten darin unterstützt werden, einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm zu folgen.
- Die CBT sollte erwachsenen Patienten mit BED angeboten werden.
- Andere psychologische Behandlungen, z. B. die IPT oder die modifizierte Dialektisch-behaviorale Psychotherapie, können Patienten mit persistierender Symptomatik angeboten werden.
- Für adipöse Patienten mit BED sollte während oder im Anschluss an eine psycholo-

gische Psychotherapie eine Gewichtsreduktionsbehandlung in Betracht gezogen werden.

- Alternativ oder zusätzlich zu dem Selbsthilfeprogramm kann eine antidepressive Behandlung mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als Akutbehandlung angeboten werden.

zeigen adjuvant zu Psychotherapie keine zusätzliche Wirkung, und ihre langfristige Wirksamkeit ist nicht hinreichend dokumentiert. Eine Indikation für eine stationäre Behandlung ist gegeben bei medizinischer Gefährdung, ausgeprägter Komorbidität, hoher Krankheitsschwere, ausbleibendem ambulanten Behandlungserfolg und weiteren organischen Erschwernissen.

Aufgrund neuerer Ergebnisse der Therapieforschung empfiehlt sich, eine Gewichtsreduktionsbehandlung nicht vor oder während der Essstörungsbehandlung durchzuführen, sondern im Anschluss daran, außer bei starker Dringlichkeit der Gewichtsreduktion durch die medizinische Komorbidität der Adipositas.

Die deutsche evidenzbasierte S3-Leitlinie für die BED befindet sich derzeit in Ausarbeitung (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, in Vorb.). Vorläufig wird dort wie in der NICE-Leitlinie Psychotherapie als Mittel der Wahl für die Behandlung der BED empfohlen, mit der CBT als Standardverfahren. Ein schwächerer Evidenzgrad wird der IPT und der angeleiteten manualisierten Selbsthilfe zugesprochen, während die Datenlage für psychodynamische/tiefenpsychologische Therapieverfahren als gering eingeschätzt wird. Eine antidepressive Behandlung (z. B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sind zwar kurzfristig wirksam, aber nicht für die BED zugelassen,

Zusammenfassung

Die BED ist eine Essstörung, die durch wiederkehrende Essanfälle gekennzeichnet ist. Während eines Essanfalls verzehren die Betroffenen typischerweise große Nahrungsmengen und haben dabei das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Während Betroffene mit Bulimia Nervosa regelmäßig unangemessene kompensatorische Maßnahmen ergreifen, z. B. Erbrechen selbst herbeiführen, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen, ist dies bei Betroffenen mit BED nicht der Fall. Die BED ist durch eine erhöhte assoziierte Essstörungspsychopathologie (z. B. Figur- oder Gewichts-sorgen) und generelle Psychopathologie (z. B. Depression) gekennzeichnet. Darüber hinaus sind Betroffene mit BED häufig übergewichtig oder adipös. Bei der Behandlung der BED hat die CBT ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt und gilt als psychologisch-psychotherapeutische Standardbehandlung.