

Diagnose und Therapie von Essstörungen

Binge-Eating-Störung – eine häufige Ursache von Adipositas

Krankheitswertige Essanfälle werden als Binge-Eating-Störung (BES) bezeichnet und haben vielfältige Ursachen. Sie werden oft nicht erkannt, wenn sich die Betroffenen nicht spontan dazu äussern. Bei der BES handelt es sich um die häufigste Essstörung, die in vielen Fällen zu Adipositas mit entsprechenden psychischen und körperlichen Folgeschäden führt. Zielführend für die Symptombewältigung ist eine multimodale Diagnostik und Behandlung unter Einbezug somatischer sowie psychischer Faktoren.

Autor:innen | Dr. med. Almut Schaefer; lic. phil. Gisela Thoma; Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A.; Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet

Dr. med. Almut Schaefer
Leitende Ärztin
Privatklinik Aadorf
Föhrenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf
a.schaefer@klinik-aadorf.ch



lic. phil. Gisela Thoma
Eidg. anerkannte Psychotherapeutin
Privatklinik Aadorf
g.thoma@klinik-aadorf.ch



Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A.
Ärztlicher Direktor
Privatklinik Aadorf
s.trier@klinik-aadorf.ch



Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet
Chefärztin
Privatklinik Aadorf
i.sammet@klinik-aadorf.ch



● Obwohl die meisten Menschen gelegentlich zu viel essen, wählen sie entsprechend ihres Hungergefühls meistens adäquate Portionengrößen. Manche Menschen leiden jedoch häufig und damit krankheitswertig an Essanfällen mit unkontrollierter Nahrungsaufnahme. Wie kommt es zu dieser Störung?

«Normale» Hungergefühle sind ein zentraler Bestandteil der Energieregulation. Sie haben die Funktion, die ausreichende Versorgung des Organismus mit Nahrung sicherzustellen und sind Ergebnis eines komplexen Prozesses. Aus physiologischer Perspektive spielen unter anderem der Blutzucker- und Insulinspiegel, die Hunger- bzw. Sättigungshormone Ghrelin und Leptin sowie die regulierende Funktion des Hypothalamus eine wichtige Rolle. Für das Zusammenspiel der Hormone spielt neben der Menge auch die Art der Nahrung (z. B. Energiedichte und Nahrungszusammensetzung) eine Rolle. Auf das Essverhalten haben aber auch andere Faktoren erheblichen Einfluss. Dazu zählen Aussenreize wie etwa die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln und Gerüche oder psychische Faktoren wie Stress, Schlafmangel oder depressive Gemütsverfassung. Nicht zuletzt sind «hedonische» Faktoren zu nennen, die auf den wichtigen Einfluss des genussvollen Essens verweisen. Gesellschaftliche Normen, Beziehungsaspekte und somatische Erkrankungen sind nur einige Beispiele für viele weitere relevante Aspekte¹.

Das konkrete Essverhalten ist also das Ergebnis eines komplexen Prozesses, bei dem sich sehr viele Faktoren gegenseitig beeinflussen. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass dieses

System störanfällig ist und Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen wie Anorexie, Bulimie und Adipositas entstehen können.

Bei der BES handelt sich um eine oft nicht erkannte Erkrankung mit erheblichen psychischen und körperlichen Folgeschäden, insbesondere wenn sich eine Adipositas daraus entwickelt hat. Im vorliegenden Beitrag stellen wir die Symptomatik, Epidemiologie und Ätiologie kurz vor. Etwas ausführlicher möchten wir einige ausgewählte psychogenetische Theorien und Hypothesen zum Zwecke eines besseren Verstehens der Störung darstellen und an einem Fallbeispiel illustrieren.

Diagnosekriterien der BES

Das Störungsbild wurde bereits 1959 beschrieben². Im Jahr 2013 wurde die BES als offizielle Diagnose in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-5 aufgenommen und ist nun auch in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-11 im Kapitel der Fütter- und Essstörungen genannt [BOX 1]^{3,4}. In der noch gängigen Version ICD-10 wird diese lediglich unter den nicht näher bezeichneten Essstörungen (F50.9) eingeordnet⁵.

Symptomatisch stehen «Essanfälle» im Vordergrund. Die Patient:innen nehmen unverhältnismässig grosse Nahrungsmengen in kurzem Zeitraum zu sich, was einen hohen Leidensdruck auslöst.

Anders als bei der Bulimie fehlen in Folge der Essanfälle kompensatorische Verhaltensweisen wie selbstinduziertes Erbrechen, Einnahme von Laxanzien / Diuretika oder exzessive körperliche Bewegung, die zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden.

Der Schwerpunkt in der ICD-11 wird im Gegensatz zur DSM-5-Klassifikation auf einen subjektiv erlebten Kontrollverlust unabhängig von der objektiven Nahrungsmenge pro Essanfall gelegt. Die Schwere der Störung kann durch die Häufigkeit der Essanfälle klassifiziert werden.

Prävalenz

Die BES ist die häufigste Essstörung; die Lebenszeitprävalenz in der Schweiz liegt bei Frauen bei 2,4%, bei Männern bei 0,7%^{4,5}. Weltweit zeigen Studien eine Prävalenz zwischen 0,6 und 3,6%⁸. Während Menschen mit BES zu ca. 70% unter einer Adipositas (BMI >30 kg/m²) leiden, besteht umgekehrt bei adipösen Menschen eine Lebenszeitprävalenz von 20–30% für das Auftreten einer BES^{9,10}. Dies bedeutet, dass die BES eine häufige Ursache von Adipositas ist. Typischerweise manifestiert sich die BES zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr^{6,11}. Eine zweite Häufung der Erstmanifestation konnte im Alter

zwischen 45 und 54 Jahren nachgewiesen werden. Ohne Behandlung sind die Verläufe häufig chronisch¹¹.

Ätiologische Faktoren

Bei der BES handelt es sich um eine komplexe Störung, an deren Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung mehrere psychosomatische und biologische Faktoren beteiligt sind⁹. In Zwillingsstudien wurde eine Erblichkeit zwischen 64 und 80% festgestellt¹². Als psychische Risikofaktoren gelten unter anderem erhöhte Impulsivität, niedriges Selbstwertgefühl sowie Emotionsregulationsdefizite. Weitere prädisponierende Faktoren können ein negatives Körperbild und Diätverhalten in der Kindheit und Jugend sein. Als auslösende psychosoziale Faktoren sind kritische Lebensereignisse, niedrige soziale Unterstützung durch Gleichaltrige sowie kritische Kommentare über Figur und Gewicht belegt^{13,14}. Restriktive Phasen der Nahrungsaufnahme im Wechsel mit Essanfällen begünstigen die Aufrechterhaltung der BES.

Als Ergebnis neuropsychologischer Forschung werden Einschränkungen in der Emotionsregulation, der Belohnungsverarbeitung und der Inhibitionskontrolle mit BES in Zusammenhang gebracht^{13,15}. So neigen Betroffene zu impulsiven Entscheidungen und ziehen eine kurzfristige Belohnung einer längerfristigen vor. Zudem liegt oft eine Aufmerksamkeitsverschiebung in Richtung Nahrungsreize vor¹⁶. →

[BOX 1] Vergleich der BES-Diagnosekriterien nach DSM-5 und ICD-11

DSM-5	ICD-11
Wiederkehrende Essanfälle mit objektiv grosser Nahrungsmenge, begleitet durch ein Gefühl des Kontrollverlusts	Wiederkehrende Essanfälle mit subjektiv grosser Nahrungsmenge/Art der Nahrung mit Kontrollverlust
Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: <ul style="list-style-type: none"> – wesentlich schnelleres Essen als normal – Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl – Essen grosser Nahrungsmengen ohne Hungergefühl – alleine essen aufgrund von Scham über die Menge, die man isst – Ekelgefühle, Deprimiertheit oder grosse Schuldgefühle nach dem Essanfall 	Essanfälle werden als sehr belastend empfunden und oft von negativen Gefühlen wie Schuld oder Ekel begleitet.
Leidensdruck aufgrund der Essanfälle	Ausgeprägter Leidensdruck aufgrund der Essanfälle oder erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen
Mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten	
Keine kompensatorischen Massnahmen	Keine regelmässigen kompensatorischen Verhaltensweisen
Einteilung nach Schweregrad je nach Häufigkeit der Essanfälle pro Woche (leicht 1–3, mittel 4–7, schwer 8–13, extrem >14)	

[BOX 2] **Häufige psychische Komorbiditäten bei der BES**

- Negatives Körperbild
- Überbewertung von Figur und Gewicht und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper²⁴
- Restriktives Essverhalten²⁵
- Selbstwertprobleme
- Interpersonelle Schwierigkeiten
- Dysfunktionale Emotionsregulation

Stigmatisierung

In Folge der häufig auftretenden Adipositas bei BES kommt es oft zu Stigmatisierungserfahrungen in allen Lebensbereichen. Übergewichtigen Menschen werden mangelnde Disziplin, Willensschwäche, psychische Auffälligkeiten und Unattraktivität zugeschrieben¹⁷. Im medizinischen Bereich ist die Diskriminierung adipöser Menschen besonders ausgeprägt. Im Vergleich zu Normalgewichtigen werden Beschwerden adipöser Patient:innen weniger ernst genommen. Krankheiten werden häufiger übersehen, teure Untersuchungen seltener durchgeführt. Die Konsultationsdauer ist kürzer. Zudem wird adipösen Menschen häufiger mangelnde Hygiene und ein Nichtbefolgen von Behandlungsempfehlungen unterstellt^{17,18}.

Stigmatisierung beginnt schon in der Kindheit. So wurde nachgewiesen, dass normalgewichtige Kinder bereits ab dem dritten Lebensjahr adipöse Kinder ablehnen und diese nicht als Freund:innen haben möchten.

Häufig schreiben sich die Betroffenen die zuvor beschriebenen negativen Bewertungen selbst zu, was zu einer Schwächung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit führt¹⁸. Es kommt zu einer Selbststigmatisierung. Vielleicht hilft das Motto von GB Shaw: «Je mehr sich jemand schämt, desto anständiger ist er.»

Somatische und psychische Komorbiditäten

Bei fast 70% der Patient:innen mit einer BES besteht ein BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ^{4,19}. In Folge dessen ist bei diesen Patient:innen das Risiko für Erkrankungen, die mit Adipositas assoziiert sind, deutlich erhöht. Dazu gehören kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, chronische Schmerzerkrankungen oder bestimmte Karzinome^{6,16}. Im Falle von Folgeerkrankungen liegen mehr komorbide psychische Störungen vor als bei alleiniger Adipositas.

Psychische Komorbiditäten bestehen bei ca. 70% der an BES erkrankten Menschen [BOX 2]. Dabei sind komorbide affektive Störungen sowie Angststörungen und Impulskontrollstörungen am häufigsten⁵. Auch Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen treten gehäuft auf^{6,20}. Im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ist die Mortalitätsrate um den Faktor 1,5 erhöht²¹. Zudem liegt die Suizidrate insbesondere bei jugendlichen Patient:innen, die an einer weiteren psychischen Störung leiden, deutlich höher²².

Diagnostisches Vorgehen

Aufgrund der ausgeprägten Schamproblematik, der Selbststigmatisierung und der Stigmatisierungserfahrungen sprechen Patient:innen mit einer BES ihre Symptomatik oft nicht an¹⁴. Es wird davon ausgegangen, dass nur 10–50% der Betroffenen eine Behandlung erhalten²³. Gerade bei Vorliegen anderer psychischer Störungen ist es aufgrund der hohen Komorbidität sinnvoll, in der Anamnese den Gewichtsverlauf, das Essverhalten, das Körperbild und evtl. psychosoziale Schwierigkeiten zu erfragen. Zur Vermeidung negativer Gegenübertragungen ist es seitens der Therapeut:innen wichtig, sich eigener stigmatisierender Denkweisen bewusst zu sein.

Therapieziele und Therapieverfahren

Die Therapieziele sind eine Verbesserung der Essstörungssymptomatik mit Implementierung eines gesunden Essverhaltens, eine Verbesserung der assoziierten psychischen Probleme sowie die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen und eine Rückfallprävention^{9,23}.

Um eine langfristige Verbesserung zu erzielen, sollte der Schwerpunkt nicht auf einer schnellen, möglichst grossen Gewichtsabnahme liegen, sondern vielmehr auf einer Reduktion der Anzahl und der Schwere der Essanfälle. Die Behandlungsstrategie der ersten Wahl stellt gemäss Leitlinien die Psychotherapie dar⁹. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich die Essstörungssymptome durch eine Psychotherapie deutlich verbessern. Rund 50% der Behandelten erreichen eine Abstinenz der Essanfälle, 60% geben an, von der Behandlung zu profitieren. Die Effekte bleiben oft langfristig erhalten⁹.

Das am besten untersuchte therapeutische Verfahren ist die kognitive Verhaltenstherapie, in der auslösende, begünstigende und aufrechterhaltende Kognitionen und Verhaltensweisen bearbeitet werden. Aber auch andere Therapieansätze wie die psychodynamische, die interpersonelle sowie die dialektisch-behaviorale Therapie zeigen Wirksamkeit⁷.

Indikationen für eine stationäre psychosomatische Behandlung bestehen bei einer besonderen Schwere der Symptomatik, bei ausgeprägtem psychischen Leiden mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität, starken Gewichtsschwankungen und / oder komorbiden Erkrankungen. Die Vorteile einer stationären Behandlung liegen in der Möglichkeit, verschiedene spezialisierte Therapieverfahren mit Hilfe eines interdisziplinären Teams durchzuführen [BOX 3]. Als besonders hilfreich schildern die Patient:innen neben den verschiedenen Therapien im stationären Bereich den intensiven Austausch und die Gemeinschaft mit den ebenfalls betroffenen Mitpatient:innen.

Medikamentöse Behandlung

In der Schweiz ist kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen; in Studien werden insbesondere Antidepressiva der zweiten Generation, Antikonvulsiva (z. B. Topiramate) und Lisdexamfetamin (ZNS-Stimulans) untersucht, wobei die Pharmakotherapie im Vergleich zu Placebo nur eine geringe Auswir-

kung auf die Essanfälle hat^{24,25}. Wichtig ist, darauf zu achten, im Falle psychischer Komorbiditäten Medikamente zu verordnen, die möglichst keine bzw. nur eine geringe Gewichtszunahme mit sich bringen.

Psychologische Theorien zur Entwicklung einer BES

Wie bei vielen psychischen Störungen ist das dysfunktionale Verhalten auch bei der BES oft schwer nachvollziehbar. Beispielfhaft werden aus den Modellen, die sich im Rahmen verschiedener therapeutischer Schulen entwickelt haben, einige entwicklungspsychologische und psychodynamische Ansätze vorgestellt, um das therapeutisch hilfreiche empathische Einfühlen zu erleichtern.

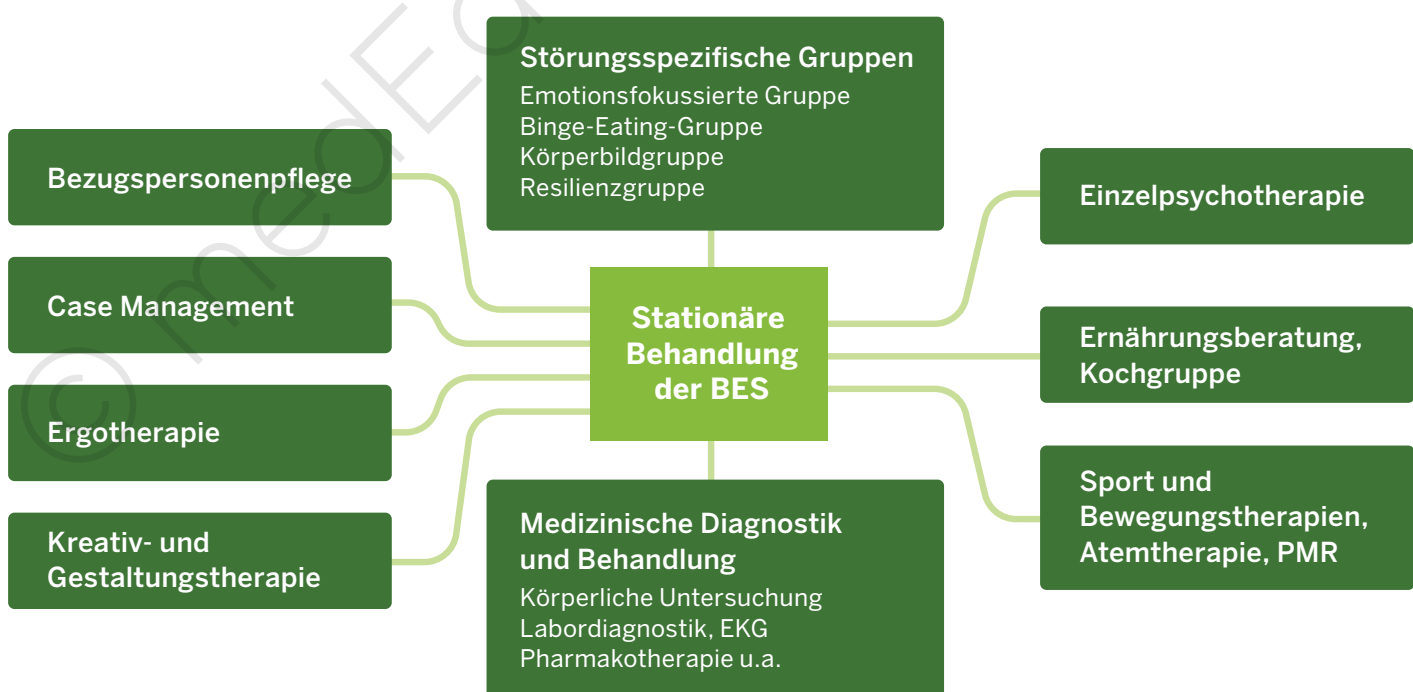
Am Anfang der menschlichen Entwicklung ist das Erleben durch Körperliches bestimmt. Der Säugling muss nun zum einen selbst von seinem Körper Gebrauch machen; er muss wahrnehmen, atmen, essen, verdauen. Zum anderen stellen Beruhungen und Interaktionen mit spielerischem sowie auch fürsorglich-pflegendem Charakter den Kontakt zwischen ihm und seiner primären Bezugsperson her²⁶. Hunger und dessen Befriedigung nimmt hierbei von Anbeginn eine zentrale Stellung ein. Die damit verbundenen starken Lust- / Unlustempfindungen stellen eine erste und wichtige Verbindung zur versorgenden Bezugsperson dar. In dieser Verbindung liegt begründet, dass Essen vom ersten Lebensmoment an mehr als nur notwendige Nahrungs- und Kalorienaufnahme ist. Die Erfahrung, gestillt, genährt und gewärmt zu werden durch eine empathisch-haltgebende Mutter ist eng verknüpft mit der Entstehung eines kohäsiven und

stabilen Gefühls des eigenen Selbst²⁷ und eng verwoben mit Beziehungserfahrung. So gesehen geschieht «die erste Psychisierung des Menschen ... entlang des Essens bzw. entlang der nährenden Kommunikation»²⁸.

Dass Essen implizit auch Beziehung bedeutet, findet sich in verschiedenen psychoanalytischen Erklärungsansätzen für unregelmässiges Essen wieder. Bereits früh hat Levy den sogenannten «Affekthunger» beschrieben, der auf dem Boden umfassender emotionaler Entbehrungs- und Zuruckweisungserfahrungen ein Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe, Zuwendung und Fürsorge meint, und der wegen der erwähnten entwicklungspsychologisch bedeutsamen Nähe von Essen und Beziehung auf Nahrungsmittel projiziert wird²⁹. Ahnelich beschreiben Ansätze der Objektbeziehungstheorie Nahrung als «Surrogat für Beziehung» und heben insbesondere den Charakter der Kontrollierbarkeit hervor, der dem «Objekt Nahrungsmittel» anhaftet: So kann Essen stellvertretend für andere Beziehungsobjekte verschlungen, einverleibt, gehortet und letztlich hierdurch beherrscht werden²⁷.

Im Hinblick auf die Entwicklung einer Essstörung lassen sich in Lebensgeschichten von Patient:innen oft sowohl Hinweise auf Deprivations- und Vernachlässigungserfahrungen als auch auf vereinnahmende, ängstlich-kontrollierende uberversorgung finden, die kaum Raum für die Entwicklung von Autonomie und Individualität lassen^{26,30}. Betroffene, die bereits früh in ihrem Leben übergewichtig waren, berichten häufig von belastenden zwischenmenschlichen Erfahrungen mit Peers, wie Ausgrenzung in

[BOX 3] **Multimodales Diagnostik- und Therapieangebot am Beispiel der Privatklinik Aadorf, www.klinik-aadorf.ch**



der Schule und wiederholte Entwertungen. Solche Erfahrungen setzen teils schon vor Beginn der eigentlichen Essstörung ein und begünstigen Rückzug, Isolation und Einsamkeit²⁶.

Unerträglich erlebte Affekte wie Schmerz, Wut, Enttäuschung, Scham, Langeweile, Angst oder auch undifferenzierte Anspannung und «Stress» können durch übermässiges Essen vorübergehend im Zaum gehalten werden. Essanfälle, wie sie die BES charakterisieren, helfen Emotionen zu neutralisieren, zu unterdrücken, ihre Wahrnehmung zu vermeiden oder sie durch andere Gefühle zu ersetzen. Essanfälle stehen auf diese Weise im Dienst der affektiven Stabilisierung. Umgekehrt können Essattacken aber auch mit positiven Gefühlen assoziiert sein; Essen kann Belohnung und Genuss oder ein heimliches Sich-gehen-lassen-Dürfen bedeuten²⁶.

Insbesondere Essen als Trost in Reaktion auf Frustrationen und schwer aushaltbare Gefühle, das umgangssprachliche Frustessen, macht als tieferliegende Bedeutung sichtbar, dass diese Form der Selbsttröstung von der enttäuschenden Umwelt unabhängig macht³⁰. Sie dient der kurzzeitigen, aber illusionären Beruhigung, nicht auf einen potenziell immer auch enttäuschend sein können oder sich entziehenden Anderen angewiesen zu sein.

Ein weiterer Aspekt ist, dass auch der mit einer BES häufig einhergehende adipöse Körper selber in der Art einer Schutzhülle oder eines seelischen Panzers den Zweck erfüllen kann, psychisches Leid fernzuhalten oder zumindest abzumildern^{27,31}. Dies wird im Zusammenhang mit der Depressionsabwehr beschrieben und ebenso bei traumatisierenden Erfahrungen, gegen die der adipöse Körper als «Isolation» wirkt, die das traumatische Geschehen zurückhält und ein In-Berührung-kommen mit Innerseelischem verhindert. Gerade bei psychischen Traumata kann der adipöse Körper vielfältige Funktionen zugewiesen bekommen, die von einem angestrebten Schutz vor konflikthafter sexueller Attraktion bis zu einem Ausfüllen innerer Leere reichen³².

Im Übermass des Essens äussert sich auch Selbstdestruktives. Ist Essen ein selbsttröstender Ersatz für Beziehung, für verlorene oder nicht erlangte Zuneigung und für Bestätigung, so kann im Essanfall psychodynamisch zugleich die Wendung von Wut und Aggression gegen die eigene Person bzw. den eigenen Körper gesehen werden, die im Ursprung dem enttäuschenden, kränkenden, schädigenden Anderen gilt³⁰. In vollem Ausmass zeigt sich die Selbstdestruktivität in den vielfältigen körperlichen, mitunter vital bedrohlichen Folgeerkrankungen wie auch in der oftmals gravierenden Einschränkung der Lebensqualität.

Fallbeispiel

Frau D. ist eine 40-jährige Patientin, die aufgrund einer langjährigen BES zur stationären Behandlung zugewiesen wird. Zum Eintrittszeitpunkt hat sie mit 137 kg Körpergewicht und einem BMI von 53 kg/m² ihr Höchstgewicht erreicht. Durch die Adipositas per magna ist Frau D. in ihrer Beweglichkeit und körperlichen Belastbarkeit stark eingeschränkt. Zusätzlich wurde vor kurzem ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert.

Frau D. berichtet, täglich nach der Arbeit unkontrolliert zu essen, hauptsächlich Süssigkeiten, die sie wahllos «in sich hineinstopfe». Bereits in der Kindheit habe sie «Probleme mit dem Gewicht» gehabt. Sie sei pummelig gewesen, habe in der Jugend kurzzeitig selbstinduziert erbrochen und später zahlreiche Diätversuche unternommen. Aus ihrer Lebensgeschichte ist zu erfahren, dass sie als zweitältestes Kind in eine grosse Familie geboren ist. Als sie im Kindergartenalter war, starb ihr älterer Bruder infolge eines tragischen Unfalls. Der Verlust und dessen Auswirkungen, wofür in der Familie kaum gesprochen wurde, müssen Frau D. vermutlich mit heftigen Gefühlen von Schuld, Traurigkeit und Einsamkeit überflutet haben. Bis weit ins Erwachsenenleben hinein habe sie sich gewünscht, sie selber wäre anstelle ihres Bruders gestorben. In den unmittelbaren Folgejahren kamen weitere Trennungen und Verluste hinzu: Die Familie verliess ihr Ursprungsland und immigrierte in die Schweiz, wo Frau D. ihre Schulzeit verbrachte. Über mehrere Jahre habe sie kaum sozialen Anschluss gefunden, erst in der Oberstufe habe sich ein anderes Mädchen mit ihr angefreundet. Da aber ihre Mutter in dieser Zeit schwer erkrankte, übernahm Frau D. viele Aufgaben im Haushalt und fühlte sich als nun ältestes Kind verantwortlich für die jüngeren Geschwister. Frau D. hat bis heute anhaltend hohe Ansprüche an sich und arbeitet in ihrer Berufstätigkeit bis zur Selbstaufgabe. Sie meint, nur durch übermässige Leistung und Verzicht auf eigene Wünsche eine Existenzberechtigung zu haben. Ebenso kümmert sie sich aufopfernd um ihre Verwandtschaft und möchte für diese jederzeit «da sein». Dass trotzdem das von ihr mehr oder weniger unbewusst ersehnte (Zurück-)Erhalten von Fürsorge und Aufgehobenheit weitgehend ausbleibt, erfüllt sie wiederkehrend mit Niedergeschlagenheit. Bleibt die für ihr fragiles Selbstwertgefühl notwendige Bestätigung durch andere aus, oszilliert sie zwischen Selbstabwertung und verdeckter Enttäuschungswut auf die anderen. Essen lenke sie in solchen Situationen ab, es sei «wie eine Medizin», die sie runterschlucken könne und sie beruhige. Die regelmässigen Essanfälle können als Bewältigungs- und Abwehrversuche ihrer depressiven Grundstimmung verstanden werden.

Im Verlauf der zehnwöchigen stationären Therapie konnte Frau D. durch das Etablieren einer regelmässigen, ausgewogenen Ernährung und den Aufbau von körperlicher Bewegung eine Gewichtsreduktion von 15 Kilogramm erreichen. Dies bedeutet einen grossen Erfolg, sowohl für die körperliche und psychische Befindlichkeit als auch für das Selbstwerterleben. Aufgrund des grossen Ausgangsgewichts besteht trotzdem weiterhin eine hochgradige Adipositas. Die Therapieeffekte sind als erster Impuls für eine dauerhafte Veränderung des Essverhaltens zu verstehen. Da die Essattacken als dysfunktionale Kompensation von defizitärem Selbst-, Körper- und Beziehungserleben aufgefasst werden, muss die Psychotherapie fortgesetzt werden, genauso wie die erforderliche medizinische Begleitung bei den (noch) bestehenden Folgeerscheinungen der Adipositas. Eine enge Kooperation der medizinischen und psychotherapeutischen ambulanten und gegebenenfalls stationären Behandelnden ist im Sinne des psychosomatischen Grundgedankens einer «Leib-Seele-Einheit» am meisten erfolgversprechend.

Take-Home-Messages

- Die BES ist die häufigste Essstörung.
- BES erklärt Adipositas in 30% der Fälle.
- Körperliche Folgeschäden entstehen vor allem durch die Entwicklung einer Adipositas.
- Die Komorbidität vor allem mit Angst und Depression ist hoch.
- Psychologische Theorien sind vielfältig. Manche Theorien sehen den Körper dysfunktional als «Container» für schwer ertragbare Emotionen und psychisches Mangelereben.
- Eine längerfristige koordinierte multiprofessionelle und multimodale Therapie ist zielführend.
- Die typischen Symptome einer BES sollen deswegen gezielt bei der Ernährungsanamnese erfragt werden.
- Die BES wird häufig nicht erkannt. Dies oft, weil sich die Patient:innen schämen und sich nicht mitteilen. Die Öffnungsbereitschaft, die einen zentralen Wirkfaktor von Psychotherapie darstellt, soll unterstützt werden.

Fazit

Die BES stellt die häufigste Essstörung dar. Pathogenese und Aufrechterhaltung sind durch eine hohe Komplexität im Zusammenspiel von psychischen, psychosozialen, genetischen und somatischen Faktoren gekennzeichnet. Entsprechend komplex ist die erforderliche ganzheitliche Behandlung nach dem «Leib-Seele-Konzept». Eine längerfristig angelegte multimodale Behandlung kann nicht nur das persönliche Leid der Betroffenen reduzieren, sondern vermutlich auch die Gesundheitskosten durch das Vermeiden von psychosozialen und somatischen Folgeschäden. ○

Bibliografie

- ¹ Puscher HP: Hungergefühl und Körpergewicht. Basics 2024. <https://www.medicoconsult.de/hungergefuehl-und-koerpergewicht-basics>
- ² Stunkhard AJ: Eating patterns and obesity. *Psychiatry Q* 1959; 33: 284–95.
- ³ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub 2013; 5: 195–205.
- ⁴ World Health Organization (WHO): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed Geneva: World Health Organization; 2019.
- ⁵ Dilling H, et al.: ICD-10 Kapitel V. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage 2005; 197.
- ⁶ Kessler R, et al.: The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization. *World Mental Health surveys*. *Biol Psych* 2013; 73: 904–914.
- ⁷ Schnyder U, et al.: Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern; 2012.
- ⁸ Lindvall D, et al.: Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinic male and female samples. *J Eat Disord* 2017; 5: 56.
- ⁹ Herpertz S, et al.: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
- ¹⁰ Agh T, et al.: Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder. A systematic literature review. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 1–12.
- ¹¹ Udo T, et al.: Prevalence and correlates of DSM-5 defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biol Psychiatry* 2018; 84: 345–354.
- ¹² Frieling H, et al.: Genetische Aspekte der Essstörungen. In Herpertz S, et al. (Hrsg.): *Handbuch der Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2015; 265–270.
- ¹³ Munsch S, et al.: *Binge Eating: Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen*. Weinheim, Basel: Beltz PVU; 2003.
- ¹⁴ Daugelat M, et al.: Binge-Eating-Störung: Ein Überblick. *PSYCH up2date* 2023; 17: 153–164.
- ¹⁵ Kessler R, et al.: The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 63: 223–238.
- ¹⁶ Giel KE, et al.: Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2022; 8: 16.
- ¹⁷ Major B, et al.: The negative and bidirectional effects of weight stigma on health. In: Major B et al: *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. Oxford: University Press; 2018.
- ¹⁸ Herschbach A, et al.: Psychotherapie bei Adipositas. *PSYCH up2date* 2022; 16: 513–530.
- ¹⁹ Grucza R, et al.: Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compreh Psych* 2007; 48: 124–131.
- ²⁰ Bogouz K, et al.: Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2021; 117: 18–31.
- ²¹ Fichter M, et al.: Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 577–586.
- ²² Keski-Rahkonen A, et al.: Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psych* 2016; 29: 340–345.
- ²³ Giel K, et al.: Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2022; 8: 16.
- ²⁴ Rozakou-Soumalia N, et al.: Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *J Pers Med* 2021; 11: 931.
- ²⁵ Hilbert A, et al.: Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87: 91–105.
- ²⁶ Zeeck A, et al.: *Mentalisieren bei Essstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2023.
- ²⁷ Dammann G: Psychodynamische Theorien der Adipositas. In Sammet I, et al. (Hrsg.): *Adipositas. Interdisziplinäre Behandlung und psychosomatische Perspektive*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2016; 33–48.
- ²⁸ Böhme-Bloem C: «Der Mensch ist, was er isst» – Ess-Störung als Ausdruck gestörter Identität und mangelnder Symbolbildung. In Hirsch M, (Hrsg.): *Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2002; 93–114; Zitat: 94.
- ²⁹ Levy DM: Primary affect hunger. *Am J Psychiatry* 1937; 94: 643–652.
- ³⁰ Ermann M: *Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage* (6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer, 2016.
- ³¹ Henke C: Adipositas als seelischer Panzer: Ein Fallbeispiel aus psychoanalytischer Sicht. In Sammet I, et al. (Hrsg.): *Adipositas. Interdisziplinäre Behandlung und psychosomatische Perspektive*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2016; 49–57.
- ³² Ross C: Psychodynamics of eating disorder behavior in sexual abuse survivors. *Am J Psychother* 2009; 63(3): 211–226.