

INTEGRATIV-TIEFENPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE BEI BINGE EATING-STÖRUNG UND PSYCHOGENEM ÜBERGEWICHT

INTEGRATIVE-PSYCHODYNAMIC ASPECTS OF BINGE EATING DISORDER AND PSYCHOGENIC OVERWEIGHT

Stephan Herpertz, Katharina Martin

Zusammenfassung

Trotz intensiver Forschung in den letzten zehn Jahren ist die Datenlage zur Binge Eating-Störung und zu möglichen Zusammenhängen mit Übergewicht und Adipositas widersprüchlich. Konsens besteht darüber, dass das gezügelte Essverhalten als wichtiger Pathomechanismus der Bulimia nervosa nicht uneingeschränkt auf die Binge Eating-Störung übertragen werden kann. Nur bei der Hälfte dieser Patienten geht der Essstörung ein restriktives Essverhalten voraus.

Neben der störungsspezifischen, u.a. auf das Essverhalten fokussierenden kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) als Goldstandard der Behandlung der Binge Eating-Störung hat sich auch die interpersonelle Psychotherapie (IPT) als wirksames Therapieverfahren etablieren können, die nicht auf Veränderungen des Essverhaltens einschließlich assoziierter dysfunktionaler Kognitionen, sondern allein auf gestörte Interpersonelle Beziehungen abhebt. Die IPT weist große Überschneidungen mit modernen Konzepten tiefenpsychologischer Fokaltherapien, wie z.B. der analytischen Psychotherapie nach Luborsky, auf. Obwohl es an empirischen Daten zur Effektivität tiefenpsychologischer Fokaltherapie bei Essstörungen mangelt, gilt in einem Analogschluss zur IPT deren Wirksamkeit als ebenso wahrscheinlich. Wie alle konservativen Therapieverfahren ist auch die Psychotherapie, unabhängig ihrer schulischen Ausrichtung, im Hinblick auf die Gewichtsreduktion mittel- und langfristig wenig effektiv. Dennoch vermag Psychotherapie psychologische Parameter bei Patienten mit Binge Eating-Störung trotz erneuter Gewichtszunahme dauerhaft zu bessern, was auf positive Veränderungen des Selbst- und Körperbildes schließen lässt.

Schlüsselwörter Binge Eating-Störung – tiefenpsychologische Psychotherapie – Fokaltherapie – analytische Psychotherapie

Summary

Despite intensive research in the past 10 years, data on binge eating disorder and possible correlations between overweight and obesity is controversial. There is consensus that restrained eating behaviour, as an important pathomechanism for bulimia nervosa, is not necessarily unrestrictedly applicable to binge eating disorder. Restrictive eating behaviour may be found in only half of the patients with a binge eating disorder. Besides cognitive behavioral therapy (CBT) as one disorder-specific method of treatment, and as the gold standard treating binge-eating disorder, interpersonal psychotherapy (IPT) has also proven to be an effective treatment method of binge eating disorder; the goal of IPT is necessarily to alter the eating behavior and associated dysfunctional cognition, but rather to exclusively focus on malfunctioning social relations. IPT demonstrates a large degree of overlapping with modern concepts of psychodynamic focal-oriented psychotherapies, e.g. analytic psychotherapy according to Luborsky. Although there is a lack of empirical data on the efficacy of psychodynamic focal-oriented psychotherapies, the analogical conclusion is that the efficacy of IPT is by the same token probable. As all conservative therapeutic procedures, psychotherapy irrespective of the orientation is not very effective with regard to medium- or long-term weight reduction. Nevertheless, psychotherapy may improve psychological parameters in patients with binge eating disorder despite renewed weight increase inferring a positive improvement of self- and physical perception.

Keywords binge eating disorder – psychodynamic psychotherapy – focal-oriented therapy – analytic psychotherapy

Einleitung

Dass seelische (Ver-)Stimmungen sowohl hypo- wie hyperkalorisches Essverhalten induzieren können, ist volkstümlich durch zahlreiche Redewendungen dokumentiert („Das Problem schlägt auf den Magen“, „die Wut in sich hineinfressen“). Diese Sprichwörter machen deutlich, dass das Essen neben der Hungersättigung offensichtlich wichtige andere

Funktionen erfüllen muss, die sich zum Beispiel unter dem Begriff der Affektregulation zusammenfassen lassen. Bei diesen Menschen findet sich nicht selten eine Koppelung negativer emotionaler Zustände und Nahrungsaufnahme (Eltern trösten z. B. ihre Kinder mit dem Angebot von Süßigkeiten). Die Regulation dysphorischer Stimmungen oder Gefühle kann

vielfältig geschehen, nicht zuletzt hat die Unterhaltungs- beziehungsweise Genussmittelindustrie zu diesem Zweck einen riesigen Markt entwickelt. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse. Diese habitualisierten Handlungen beeinflussen letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs dysphorischer Gefühle sowohl qualitativ wie quantitativ das Essverhalten und verändern das Gleichgewicht von Energieauf- und -abgabe. Unterschiedliche, aus der individuellen Biografie verständliche intra- und interpersonelle Probleme führen nicht selten zu Störungen der Befindlichkeit, wobei eine hyperkalorische Ernährung, insbesondere mit Süßigkeiten, Fastfood etc., nicht selten dem Versuch dient, dysphorische Stimmungen wenigstens passager zu neutralisieren.

Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde in den letzten Jahren die Binge Eating-Störung in die vierte Ausgabe des amerikanischen Klassifikationssystems psychiatrischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA, 1994) aufgenommen. Unter der Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen“ wurde sie zunächst vorläufig unter Forschungsgesichtspunkten subsumiert, hat sich aber in den letzten Jahren auch in Deutschland als eigenständige Essstörungsentität etabliert.

To binge, zu Deutsch: *fressen, saufen*, deutet schon auf die Kernsymptomatik der Binge Eating-Störung hin, nämlich den Heißhungeranfall, der aber nicht von regelhaften gegenregulatorischen Maßnahmen, wie es die Diagnose der Bulimia nervosa vorschreibt, begleitet wird. Während die Binge Eating-Störung in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von 1 % – 3 % ähnlich häufig auftritt wie die Bulimia nervosa, ist sie in Stichproben von adipösen Menschen, die unter ihrem Übergewicht leiden und ärztliche oder psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, mit ca. 30 % relativ häufig (Basdevant et al., 1995; de Zwaan et al., 1994; Herpertz et al., 2002; Ramacciotti et al., 2000; Spitzer et al., 1992, 1993).

Im Gegensatz zur Anorexia und Bulimia nervosa, an der vornehmlich Frauen erkranken, ist die Binge Eating-Störung auf beide Geschlechter gleich verteilt (Hay, 1998; Spitzer et al., 1993). Die mit dieser Störung häufig einhergehende Adipositas motiviert die Patienten nicht selten zu regelmäßigen Fastenkuren, meist zeitlich begrenzten Episoden von strengem Diätverhalten und konsekutiver drastischer Gewichtsreduktion. In der Regel setzt danach allerdings wieder eine stete Gewichtszunahme ein, deren Ausmaß nicht selten das Körpergewicht vor Beginn der Diätmaßnahme übertrifft.

Adipöse Menschen mit einer Binge Eating-Störung haben im Vergleich zu nicht essgestörten Adipösen ein geringeres Selbstwertgefühl. Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, insbesondere affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen, ist häufiger zu beobachten (de Zwaan und Mitchell, 1992; Kuehnel und Wadden, 1994; Mitchell und Mussell, 1995).

Die Entwicklung der Adipositas, häufig verbunden mit frühzeitigen Diäten und erfolglosen Versuchen der Gewichtsreduktion, beginnt anamnestisch früher als bei nicht essgestörten adipösen Menschen (Grissett und Fitzgibbon, 1996). Weitere Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Nahrungsbeziehungsweise Energieaufnahme, die bei adipösen Menschen mit Binge Eating-Störung sowohl global als auch an Tagen ohne Essanfälle größer ist (Goldfein et al., 1993; Yanovski et al., 1992). Es besteht ein direktes Verhältnis von Psychopathologie und dem Grad der Essstörung, weniger erscheint der psychopathologische Befund mit dem Ausmaß der Adipositas assoziiert zu sein (Hay und Fairburn, 1998).

Die Behandlung der Binge Eating-Störung

Psychotherapeutische Behandlungsansätze zur Binge Eating-Störung sind noch wenig erforscht. Die am besten untersuchten Therapiekonzepte sind die Verhaltenstherapie (VT), die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die interpersonelle Psychotherapie (IPT). Die meisten Therapiekonzepte werden im Gruppensetting durchgeführt (Wilson und Fairburn, 2000).

Tabelle 1 Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung in Anlehnung an DSM-IV (APA, 1994)

- Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Ein „Fressanfall“ ist gekennzeichnet durch:
 - o Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum, die definitiv größer ist als die, die die meisten Menschen essen würden
 - o Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen
- Die „Fressanfälle“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - o wesentlich schneller essen als normal
 - o essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - o Essen großer Mengen ohne körperliches Hungergefühl
 - o allein essen, aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - o Depressivität, Ekel- oder Schuldgefühle nach dem „Fressanfall“
- Es besteht ein deutlicher Leidensdruck wegen der „Fressanfälle“
- Die „Fressanfälle“ treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf
- Die „Fressanfälle“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz unangemessener, gegenregulatorischer Maßnahmen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf

Nach den jüngst im angloamerikanischen Sprachraum erschienenen Leitlinien zur Behandlung der Essstörung des National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) und der American Psychiatric Association (APA, 1994) sind die genannten Therapieverfahren im Hinblick auf die Essstörungssymptomatik erfolgreich. Weniger gesichert sind die Behandlungseffekte im Hinblick auf die psychische Komorbidität oder interpersonellen Probleme. Was den Vergleich zwischen den einzelnen Therapieverfahren anbelangt, so gilt die KVT den rein behavioralen, vornehmlich auf die Gewichtsreduktion ausgerichteten Verfahren als überlegen (NICE, 2004). Unterschiedliche Veränderungen der Essstörungssymptomatik, insbesondere der Anzahl der Essanfälle, ließen sich zwischen der IPT und der KVT bisher nicht aufzeigen.

Enttäuschend sind die Behandlungseffekte der Psychotherapie, unabhängig von ihrer Ausrichtung, auf die Gewichtsreduktion. Die frühere Annahme, dass ein Sistieren der Binge Eating-Störung eine Gewichtsreduktion nach sich zieht (Dingemans et al., 2002), konnte empirisch nicht bestätigt werden. In allen Therapiestudien der Binge Eating-Störung hatten die Patienten trotz initialem Gewichtsverlust und deutlich gebesserter psychologischer Verlaufsparemeter mittel- bis langfristig ihr altes Gewicht wieder erreicht (NICE, 2004).

Fast alle untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren der Binge Eating-Störung führen neben einer Verbesserung der Essstörungssymptomatik zumindest kurzfristig zu einer Gewichtsreduktion, was nicht zuletzt durch die subjektiv erlebte größere Selbstwirksamkeit andere psychologische Parameter wie Depression oder Selbstwertgefühl positiv beeinflussen dürfte. Insbesondere nach neueren Studien aus der Adipositaschirurgie (Herpertz et al., 2003) hat das Körpergewicht einen erheblichen Einfluss auf das psychische Befinden. Von daher erscheint die Annahme einer Verschlechterung des psychischen Befindens bei einer erneuten Gewichtszunahme zunächst einmal plausibel. Wie Fichter et al. (1998) sechs Jahre nach stationärer Psychotherapie der Binge Eating-Störung allerdings zeigen konnten, hält der Erfolg im Hinblick auf psychologische Variablen wie allgemeine psychische Belastung oder depressive Symptomatik auch nach erneuter Gewichtszunahme an. Dies wirft die Frage nach der Veränderung des subjektiven Erlebens im Allgemeinen und des eigenen Körpergewichts im Besonderen bei adipösen Patienten mit Binge Eating-Störung nach Psychotherapie auf. Mit Blick auf die IPT muss angenommen werden, dass allein durch Verbesserung der interpersonellen Beziehungen und des damit zusammenhängenden Selbstwertgefühls der Patienten die Essstörungssymptomatik positiv beeinflusst wird. Ähnliche Wirkprinzipien sind bei tiefenpsychologischen Therapieverfahren, etwa den Konzepten von H.S. Sullivan (Conci, 2004), zu finden, die die IPT historisch entscheidend mitgeprägt haben.

Integrativ-tiefenpsychologische Aspekte bei Binge Eating-Störung und psychogenem Übergewicht

Zwar liegen tiefenpsychologische Therapiestudien zur Adipositasbehandlung mit teilweise beachtlichen Langzeit-

ergebnissen zum Gewichtsverlauf vor (Rand und Stunkard, 1983; Beutel et al., 2001). Studien zur tiefenpsychologischen Behandlung der Binge Eating-Störung wurden unseres Wissens nach bisher nicht veröffentlicht. Die Gründe sind vielschichtig und reichen von einer aus der psychoanalytischen Tradition stammenden Akzentuierung der Einzelfallbeobachtung bis hin zu einer bewussten Infragestellung störungsspezifischer Behandlungsansätze anderer Psychotherapieschulen. Insbesondere in der angloamerikanischen Essstörungsliteratur ist die Therapie der Wahl die KVT, so auch bei der Behandlung der Binge Eating-Störung. Vergleichende Untersuchungen von VT, KVT und IPT bei der Bulimia nervosa (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 1991, 1993, 1995) und KVT, IPT und dialektisch-behavioraler Therapie der Binge Eating-Störung (Wilson und Fairburn, 2000; NICE, 2004) haben vor allem in der Langzeitbeobachtung keine großen Wirksamkeitsunterschiede zwischen KVT und IPT erbracht. Die Tatsache, dass unterschiedliche Therapiekonzepte mit und ohne störungsspezifischen Behandlungsansatz wie die KVT oder die IPT bei der Behandlung der Binge Eating-Störung effektiv sein können, wirft die Frage nach den Wirkfaktoren der Therapie der Binge Eating-Störung auf. Die IPT versteht psychische Störungen wie die Essstörung in einem interpersonellen Kontext, d. h., man geht von der Annahme aus, dass die psychosozialen und zwischenmenschlichen Erfahrungen des Patienten entscheidenden Einfluss auf die Behandlung haben. Ziel der Behandlung ist es, die Essstörungssymptome zu lindern und die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern, ohne die Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu verändern. Offensichtlich stellt die Bearbeitung interpersoneller Konflikte essgestörter Patienten, insbesondere im Hinblick auf das Selbstbewusstsein, eine entscheidende Therapievariable dar. Trotz ihrer Eigenständigkeit wird bei der IPT auf offensichtliche Ähnlichkeiten mit dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen verwiesen. Zu nennen sind der Gegenwartsbezug, die Ausrichtung auf konkrete Abläufe, die Orientierung auf pragmatische Problemlösungen und der aktive therapeutische Stil (Grawe, 1998). Gleichzeitig sind aber auch große Überschneidungen mit der analytischen Kurztherapie und Fokaltherapie zu beobachten, die bei der Behandlung von Essstörungen neben der KVT zu den häufigsten stationären wie auch ambulanten Behandlungsstrategien in Deutschland zählen dürften. Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren beruhen auf drei theoretischen Voraussetzungen:

- Probleme und Symptome des Patienten sind auf unbewusste Konflikte zurückzuführen. Es wird von der Grundannahme der Neurosenlehre der Psychoanalyse wie Existenz und Wirkungsweise des Unbewussten ausgegangen.
- Diese (infantilen) Konflikte entstehen in der Interaktion mit entwicklungspsychologisch frühen wichtigen Bezugspersonen und können sich in aktuellen Beziehungssituationen reinszenieren. Die Symptombildung ist Ausdruck einer suboptimalen Lösung des Konflikts. Dieser ist mit erheblicher Angst und Spannung verbunden, so dass eine Möglichkeit der Spannungsabfuhr gefunden werden muss, was in die Symptombildung führen kann. Psychoanalytische Verfahren verfolgen u. a. das Ziel, Konfliktwiederholungen in der therapeutischen Beziehung zu-

mindest tendenziell zu ermöglichen. Grundlage dafür ist der Aufbau einer basalen Beziehung. Der Therapeut fühlt sich in die ihm von dem Patienten unbewusst zugewiesene Rolle ein und interveniert aus diesem Rollenverständnis heraus.

- Das Konzept der hilfreichen Beziehung stellt einen essentiellen Bestandteil jeder tiefenpsychologischen Behandlung dar. Der Therapeut steht dem Patienten unterstützend und hilfreich zur Seite, was dem Patienten die Erfahrung ermöglicht, gemeinsam mit dem Therapeuten an der Lösung seiner Probleme arbeiten zu können (Bach et al. 2000). Diese supportiven Aspekte sind von der Übernahme sog. Hilfs-Ich-Funktionen bei schweren Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen.

Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse sind tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren durch folgende verbindende Standards charakterisiert:

- Die Therapietechniken gehen von einer konfliktzentrierten Vorgehensweise aus, wobei vor dem Hintergrund komplexer Bedingungen in der Behandlung eine Beschränkung auf Teilziele notwendig ist. Im Vordergrund steht die Aufzeichnung des aktuellen neurotischen Konflikts mit Symptombildung und dessen Bearbeitung.
- Das Abstinenzverständnis des Therapeuten bezieht stützende, ermutigende, grenzensetzende oder auch beratende Interventionen durchaus ein.

Die Fokaltherapie ist eine spezifische Form der tiefenpsychologischen Psychotherapie und beschränkt sich in der Regel auf einen Fokus. Um den Fokus festlegen zu können, bedarf es einer psychodynamischen Diagnose des Konfliktgeschehens, das der aktuellen Störung des Patienten zugrunde liegt. Der Fokus sollte auf einen unbewussten pathogenen Konflikt Bezug nehmen, der entsprechend der psychoanalytischen Neurosenlehre in der Kindheit und Adoleszenz entsteht und im Erwachsenenalter durch bestimmte auslösende Ereignisse reaktualisiert wird. Gleichzeitig sollte der Fokus eine Deutung bzw. eine deutende Erklärung dieses Konflikts

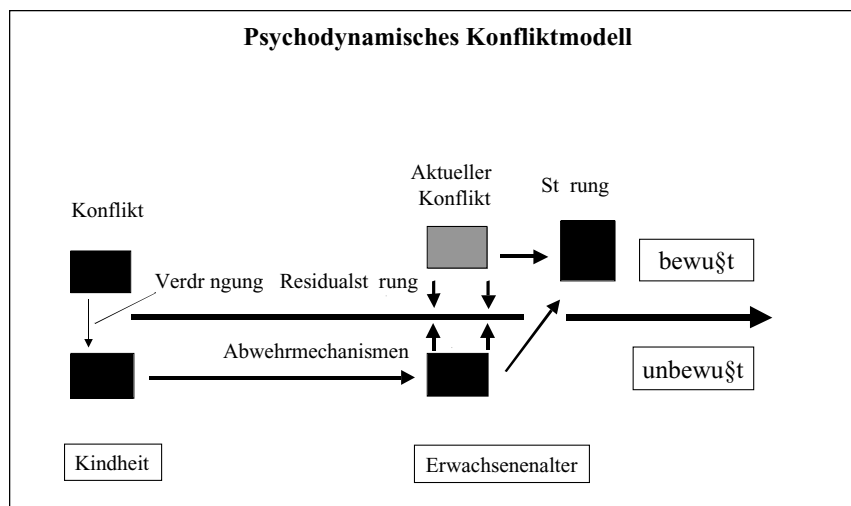
enthalten (Klüwer, 1995), die eine klinische Hypothese über den unbewussten Sinn der Symptomatik des Patienten einschließt. (Abb. 1: Psychodynamisches Konfliktmodell).

Dabei werden die Mitteilungen des Patienten gezielt im Hinblick auf diesen Fokus aufgegriffen und psychodynamische Aspekte der Störung und Äußerungen des Patienten, die nicht mit dem Fokalthema zusammenhängen, selektiv vernachlässigt. Im Vordergrund stehen Konflikte, die in der Gegenwart und im alltäglichen Lebensumfeld des Patienten auftreten, insbesondere in seinen interpersonellen Beziehungen. In diesem Zusammenhang sei die analytische Psychotherapie nach Luborsky (1988) erwähnt, dessen psychotherapeutisches Vorgehen auf das Verstehen des Leitthemas von Wünschen, Bedürfnissen und Motiven des Patienten hinsichtlich seiner wesentlichen Beziehungspersonen, den Therapeuten eingeschlossen, abzielt und als zentrales Beziehungskonfliktthema (ZBKT) (*core conflictual relationship theme*) auch in Deutschland Eingang in die tiefenpsychologische Psychotherapie gefunden hat. Bei der Formulierung des Beziehungsthemas ist die Aufmerksamkeit des Kliniklers nicht nur auf das Verständnis der Symptombestimmanten und des dazugehörigen Leidens gerichtet; sondern auch auf die übergeordneten Muster, nach denen der Patient seine Beziehungen zu anderen Menschen gestaltet. Dieses Muster kann z. B. präzisiert werden durch "Beziehungsepisoden", definiert als die Interaktion des Patienten mit anderen Menschen innerhalb der Sitzungen.

- Wichtige, auf den ZBKT deutende Beziehungsepisoden sind
- (a) in der aktuellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Behandlung,
 - (b) in den aktuellen Beziehungen außerhalb der Therapie, also in der eigenen Familie oder zu Freunden und Kollegen, und schließlich
 - (c) in früheren Beziehungen, also in der Herkunftsfamilie zu suchen.

Eine weitere Möglichkeit der Präzisierung des ZBKT stellt dessen standardisierte Formulierung als einen Satz mit zwei wesentlichen Bestimmungselementen dar: mit einer Aussage über den Wunsch des Patienten, über sein Bedürfnis oder über

Abb. 1 Psychodynamisches Konfliktmodell



seine Absichten, beispielsweise: „Ich wünsche mir etwas von (jemandem) ...“, sowie mit einer Aussage über dessen Konsequenzen, die sowohl positiv wie negativ sein können, d.h. eine Erfüllung des Wunsches enthalten bzw. gerade ausschließen (Triade der Beziehungsbereiche).

Triade der Beziehungsbereiche (Luborsky, 1988)



Insbesondere die aktuelle Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist wichtig für das Verständnis des Patienten und für therapeutische Veränderungen, denn anhand der zentralen Beziehungsprobleme können im Hier und Jetzt (Gill, 1979) mögliche Lösungen für diese Probleme gefunden und erprobt werden. Die Behandlung gliedert sich in unterschiedliche Behandlungsstufen, die allerdings nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können.

1. Vorbereitung des Patienten auf die Psychotherapie zu Beginn der Behandlung
2. Verabredung der Zielsetzungen und Vereinbarung über den Ablauf der Behandlung
3. Errichten einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung
4. Formulierung der wesentlichen Beziehungsprobleme
5. supportive Behandlungselemente
6. nachhaltige Sicherung der erzielten Behandlungsschritte

Aufgrund der augenfälligen Ähnlichkeiten von IPT und der beschriebenen tiefenpsychologischen Therapieverfahren und abgeleitet von der Hypothese, dass ein wichtiger Wirkfaktor der IPT in der Behandlung der Essstörungen im Allgemeinen und der Binge Eating-Störung im Besonderen die Verbesserung interpersoneller Beziehungen und damit auch des Selbstwertgefühls ist, liegt die klinisch zu beobachtende, aber empirisch noch nicht nachgewiesene Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapieverfahren bei der Binge Eating-Störung nahe. Im Gegensatz zur ambulanten Psychotherapie, der im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie auch bei der Behandlung von Essstörungen in Deutschland enge Grenzen gesetzt sind, bedient sich die (teil-)stationäre Psychotherapie weitgehend multimodaler, schulenübergreifender Behand-

lungsstrategien, die in der Regel u.a. störungsspezifische, also auf das Essverhalten und den Gewichtsverlauf ausgerichtete Therapieelemente beinhalten. So werden tiefenpsychologische Therapieverfahren mit anderen Behandlungselementen, wie z. B. den Spezialtherapien Gestaltungstherapie oder konzentrierte Bewegungstherapie, kombiniert. Insbesondere die Analyse und Bearbeitung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren des unkontrollierten Essverhaltens stellt ein wichtiges Therapieelement dar, dessen integraler Bestandteil das Führen eines Ernährungsprotokolls ist. (Herpertz und de Zwaan, 2004). Weitere Schwerpunkte in der Behandlung der Binge Eating-Störung sind

1. die Schärfung der Wahrnehmung enterozeptiver Reize des Hungers und der Sättigung,
2. das Erlernen alternativer Umgangsweisen mit spannungsreichen psychischen Verfassungen, der Abbau des dichotomen Denkens (Schwarz-Weiß-Denken)
3. die Identifizierung dysfunktionaler Überzeugungen im Hinblick auf das Körperbild und die Selbstwertregulation.

Störungsspezifische Behandlungsansätze wie das Führen eines Essprotokolls oder der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Adipositasbehandlung entlehnte Behandlungselemente wie Selbstkontroll- und -regulationstrainings, Stimuluskontrolle, Diskriminationstraining und Genusstraining können eingesetzt werden. Allerdings steht in der Behandlung der Binge Eating-Störung der klinischen Evidenz, tiefenpsychologische Therapieverfahren mit verhaltenstherapeutischen Interventionen mit dem Ziel einer Therapieoptimierung zu kombinieren, die fehlende empirische Evidenz noch gegenüber.

Ungefähr eins bis drei Prozent aller Menschen mit Adipositas erfüllen die Forschungskriterien einer Binge Eating-Störung (Dingemans et al., 2002; Herpertz et al., 2002). Vor dem Hintergrund, dass nur fünf bis zehn Prozent aller Menschen im Rahmen einer konventionellen Adipositasstherapie ihr erreichtes Gewicht mindestens fünf Jahre halten können (Goodrick und Foreyt, 1991) erscheinen auch die enttäuschenden Langzeitergebnisse zum Gewichtsverlauf bei Patienten mit Binge Eating-Störung in einem anderen Licht (Fichter et al., 1998). Die Stabilität der in der Psychotherapie deutlich verbesserten psychischen Parameter auch im Langzeitverlauf (trotz erneuter Gewichtszunahme dieser Patienten) ist weniger auf essstörungsspezifische Therapieelemente der Psychotherapie zurückzuführen. Vielmehr dürften Interventionen, die vornehmlich auf die Veränderung der Selbstakzeptanz, des Selbstbewusstseins und schließlich auf die Lösung interpersoneller Konflikte abzielen und integraler Bestandteil aller drei Therapieverfahren, IPT, KVT und tiefenpsychologische Therapie, sind, von größerer Bedeutung sein. Insbesondere die neuen molekularen Erkenntnisse aus der Adipositasforschung (Hebebrand et al., 2004) berühren aus psychotherapeutischer Sicht die Frage, wie betroffene Menschen die Erkrankung erleben und zu bewältigen versuchen. Auch wenn Psychotherapie wie alle konservativen Verfahren das Körpergewicht im Langzeitverlauf nicht entscheidend zu senken vermag, so hat sie doch entscheidenden Einfluss auf die bisher zu wenig beachtete Lebensqualität der betroffenen Menschen.

Literatur

- Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC (2000): A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 57(5):459-66
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association (deutsch: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe)
- Bach O, Geyer M, Scholz M (2000): Lehrbuch der Psych-Fächer. Heidelberg: Johann Ambrosius Barth
- Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzie M, Billant M, Guy-Grand B (1995): Prevalence of Binge Eating Disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord* 18: 309-315
- Beutel M, Thiede R, Wiltink J, Sobez I (2001): Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity—first results from a randomized study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25, Suppl 1:S96-8
- Conci M (2004): Sullivan neu entdecken. Leben und Werk Harry Stack Sullivans und seine Bedeutung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Bibliothek der Psychoanalyse, Gießen
- de Zwaan M, Mitchell JE (1992): Binge eating in the obese. *Ann Med* 24:303-308
- de Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, et al. (1994): Eating related and general psychopathology in obese females with Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord* 15:43-52
- Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF (2002): Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26:299-307
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA (1991): Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 48(5):463-9
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M (1993): Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 50(6):419-28
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC (1995): A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 52(4):304-12
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME (2000): The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 57:659-665 (kein Zitat)
- Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A (1998): Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *J Psychosom Res* 44:385-40.
- Gill MM (1979): The analysis of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 1997; suppl:263-288
- Goldfein JA, Walsh BT, LaChaussee JL, Kissileff HR (1993): Eating behavior in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 14:427-431
- Goodrick GK, Foreyt JP (1991): Why treatments for obesity don't last. *J Am Diet Assoc* 91:1243-1247
- Grawe K (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- Grissett NL, Fitzgibbon ML (1996): The clinical significance of binge eating in an obese population: support for Binge-Eating-Disorder and questions regarding its criteria. *Addict Behav* 21:57-66
- Hay P (1998): The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *Int J Eat Disord* 23:371-382
- Hay P, Fairburn C (1998): The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Eat Disord* 7:115-119
- Hebebrand J, Dabrock P, Lingenfelder M, Mand E, Rief W, Voit W (2004): Ist Adipositas eine Krankheit? *Deutsches Ärzteblatt* 37:2468-2474
- Herpertz S, Kielmann R, Siffert W, Stang A, Senf W: Predictor variables of the course of weight a multicenter, prospective, controlled trial. *J Psychosom Res* 2002 ;52:347. (b)
- Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J (2003): Does obesity surgery improve psychosocial functioning? - a systematic review – *Int J Obes* 27:1300-1314
- Herpertz S, Kielmann R, Stang A, Siffert W, Joeckel K, Wolf AM, Husemann B, Senf W (2003): Predictor variables of the course of weight – a multicenter, prospective, controlled trial. *J Psychosom Res* 55:149
- Herpertz S, de Zwaan M (2004): Die Binge Eating-Störung. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*: Thieme, Stuttgart, 523-529
- Klüwer R (1995): Agieren und Mitagieren – 10 Jahre später. *Z Psychoanal Theor Prax* 10:45-70
- Kuehnel RH, Wadden TA (1994): Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord* 15:321-329
- Luborsky L (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer
- Mitchell JE, Mussell MP (1995): Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav* 20:725-732
- National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline Number CG6. Eating Disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. The British Psychological Society, the Royal College of Psychiatrists, Stanley L. Hunt Ltd, Rushden, Northamptonshire, UK
- Ramacciotti BE, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Osso L (2000): Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Res* 95:131-138
- Rand CSW, Stunkard AJ (1983): Obesity and Psychoanalysis: treatment and four-year follow-up. *Am J Psychiatry* 140:1140-1144
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT et al. (1992): Binge eating disorder, A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992;11:191-203
- Spitzer RL, Yanowski SZ, Wadden T, Wing R (1993): Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13:137-145
- Wilson GT, Fairburn CG (2000): The treatment of Binge Eating Disorder. Special Section. *Eur Eat Disord Rev* 8:351-354
- Yanovski S, Leet M, Yanovski JA, Flood M, Gold PW, Kissileff HR, Walsh BT (1992): Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *Am J Clin Nutr* 56:975-980

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Westfälische Klinik Dortmund
Ruhr-Universität Bochum
Marsbruchstraße 179 • 44287 Dortmund
Tel.: 0231 4503 848 • Fax: 0231 4503 743
E-Mail: stephan.herpertz@ruhr-uni-bochum.de