

¹ Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen

² Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Universität Heidelberg

Binge Eating Störung

M. de Zwaan¹, H. C. Friederich²

Zusammenfassung

Die Binge Eating Störung (BES) wurde 1994 als vorläufige psychiatrische Diagnose in das DSM-IV aufgenommen. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenz bei 2%, wobei Frauen etwa 1,5 mal häufiger betroffen sind als Männer. Bis zu 30% der Teilnehmerinnen an Gewichtsreduktionsprogrammen erfüllen die Kriterien der BES. Im Gegensatz zur Bulimia nervosa (BN), bei der gezieltes Essverhalten im Sinne von Diäten fast immer der Ess-Störung vorausgeht, ist diese Abfolge bei der BES nur in der Hälfte der Fälle zu beobachten. Die essstörungsspezifische und allgemeine Psychopathologie ist bei übergewichtigen Frauen mit BES signifikant höher als bei übergewichtigen Frauen ohne BES. In der Therapie der BES sind mehrere Ziele zu berücksichtigen: Reduktion der Essanfälle und der essstörungsspezifischen Psychopathologie (z.B. Überbewertung von Figur und Gewicht), Gewichtsreduktion und Besserung möglicher körperlicher Komplikationen des Übergewichtes und die Verbesserung komorbider psychischer Störungen. Entgegen den Erwartungen scheinen Gewichtsreduktionsprogramme aller Art die Ess-Störung nicht zu verschlimmern und die erfolgreiche Therapie der Essanfälle scheint nicht automatisch zu einer Gewichtsabnahme zu führen. Kontrollierte Untersuchungen konnten zeigen, dass die Ess-Störung mit psychotherapeutischen und medikamentösen Ansätzen erfolgreich behandelt werden kann. Die Remissionsraten sind in der Regel hoch, die Prognose in der Regel besser als bei Patientinnen mit BN. Patientinnen, die Abstinenz von den Essanfällen erzielen, reduzieren in der Regel ihr Gewicht

während Patientinnen, die symptomatisch bleiben häufig weiter an Gewicht zunehmen. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion ist jedoch gering und erfüllt in der Regel nicht die Erwartungen der Patientinnen. Die Langzeiterfolge einer medikamentösen Therapie bleiben unklar. Ob die BES tatsächlich ein eigenständiges Störungsbild darstellt wird zur Zeit noch diskutiert.

Einleitung

Bereits 1959 wurde von Stunkard [1] eine Untergruppe übergewichtiger Patientinnen beschrieben, die durch wiederholte Episoden von Essanfällen ohne gegenregulatorische Maßnahmen gekennzeichnet waren. In den Fokus des wissenschaftlichen Interesses gelangte diese Form der Ess-Störung jedoch erst nachdem 1994 die Forschungskriterien für die «Binge Eating Disorder (BED)» als ein Beispiel für nicht näher bezeichnete Ess-Störungen in die vierte Ausgabe des amerikanischen Klassifikationssystems psychiatrischer Störungen (DSM-IV) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA) aufgenommen wurden. Sie wurde vorerst in den Anhang aufgenommen, wo Störungen zusammengefasst sind, die noch weiterer Forschung bedürfen, bevor sie als eigenständige Diagnose zugelassen werden.

Definition

Die BES ist gekennzeichnet durch wiederholte Episoden von Essanfällen, bei denen in einem abgrenzbaren Zeitraum eine Nahrungsmenge gegessen wird, die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden, und die einhergehen mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten. Da die Essanfälle bei Personen mit BES nicht von kompensatorischem Verhalten (z.B. Erbrechen, Einnahme von Laxanzien oder Diuretika) begleitet sind,

wie es für Patientinnen mit Bulimia nervosa (BN) typisch ist, sind sie oft schwer abgrenzbar. Sie können sich auch als kontinuierliche, über den Tag verteilte Nahrungsaufnahme («grazing», «nibbling») ohne feste Mahlzeiten manifestieren. Für die Diagnose ist daher nicht die Anzahl der Essanfälle sondern die Anzahl der Tage, an denen Essanfälle auftreten (2 Tage pro Woche für 6 Monate), maßgeblich. Die Essanfälle sind bei Übergewichtigen mit BES mit 600 bis 3000 kcal in der Regel kleiner als bei bulimischen Patientinnen. Die diagnostischen Kriterien sind in Tabelle 1 zusammengefasst. In der ICD-10 ist die BES nicht aufgeführt und muss daher unter der Restkategorie der nicht näher bezeichneten Ess-Störungen (F 50.9) eingeordnet werden.

Epidemiologie

Obwohl die Diagnose BES nicht auf Übergewichtige (BMI < 30 kg/m²) oder Adipöse (BMI > 30 kg/m²) beschränkt ist, so sind im klinischen Alltag die meisten Betroffenen übergewichtig oder adipös. Die Prävalenz beträgt bei übergewichtigen Personen, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, bis zu 30%. In der Allgemeinbevölkerung wurde eine Prävalenz von 2% gefunden. Frauen sind etwa 1,5 mal häufiger betroffen als Männer [2]. Dies steht im Gegensatz zur Geschlechtsverteilung bei BN, bei der zu 90–95% junge Frauen betroffen sind. In mehr als der Hälfte der Fälle gehen die Essanfälle der Entwicklung des Übergewichts voraus. Der Erkrankungsbeginn für eine BES bei Frauen liegt in der Regel zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr. Ein Prädiktor dafür, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist die Entstehung des Übergewichts mit den damit assoziierten psychosozialen sowie gesundheitlichen Problemen und weniger die Essanfälle [3]. In

prospektiv angelegten Studien konnte zumindest in Gruppen aus der Allgemeinbevölkerung konsistent ein variabler Verlauf der BES mit einer hohen Neigung zu Spontanremissionen nachgewiesen werden [4], in klinischen Gruppen zeigt sich jedoch häufiger ein eher stabiler Verlauf.

Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie der BES ist noch weitgehend unklar, wobei von einem Zusammenwirken biologischer, persönlichkeitsbezogener und soziokultureller Faktoren auszugehen ist. Die vorläufige Schätzung einer genetischen Determiniertheit von 41% für Essanfälle ohne kompensatorische Maßnahmen liegt in Zwillingsuntersuchungen geringradig niedriger als bei Personen mit Anorexia und Bulimia nervosa [5].

Basierend auf psychodynamischen Überlegungen können die anfallsartigen Essattacken auf struktureller Ebene als Folge einer Impulskontrollstörung im Zusammenhang mit starkem Appetitempfinden konzeptionalisiert werden.

Ferner lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der komorbiden depressiven Verstimmung und dem Ausmaß an psychosozialer Belastung mit der Anzahl der auftretenden Essanfälle pro Zeiteinheit, dem Schweregrad der Adipositas sowie dem Therapieerfolg nachweisen. Aus diesem Grund werden sowohl prädisponierende Faktoren für eine Adipositas als auch für psychische Störungen als begünstigend für die Entwicklung sowie Aufrechterhaltung einer BES angesehen.

Im Gegensatz zur BN, bei der gezügeltes Essverhalten (definiert als die bewusste hypokalorische Ernährung zur Gewichtsreduktion) fast regelhaft der Ess-Störung vorausgeht, ist diese Abfolge bei der BES nur etwa in der Hälfte der Fälle zu finden.

Tabelle 1 Forschungskriterien der Binge Eating Störung (BES) nach DSM-IV

1. Wiederkehrende Episoden von «Essanfällen». Ein Essanfall ist durch die beiden folgenden Merkmale charakterisiert:
 - Es wird in einer umschriebenen Zeitspanne [z.B. innerhalb von 2 Stunden] eine Nahrungsmenge aufgenommen, die wesentlich größer ist, als die meisten Leute innerhalb einer vergleichbaren Zeitspanne und unter ähnlichen Umständen essen würden;
 - Kontrollverlust über das Essverhalten [z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was oder wie viel gegessen wird].
2. Während der meisten Essanfälle treten mindestens 3 der folgenden Verhaltensindikatoren für Kontrollverlust auf:
 - Es wird schneller gegessen als normalerweise.
 - Es wird soviel gegessen, bis es zu einem unangenehmen Völlegefühl kommt.
 - Es werden große Mengen an Nahrung aufgenommen, obwohl kein Hungergefühl besteht.
 - Es wird alleine gegessen, weil es als peinlich empfunden wird, so große Nahrungsmengen vor anderen zu sich zu nehmen.
 - Die Person findet sich selbst nach einem Essanfall als abstoßend, fühlt sich niedergeschlagen oder schuldig.
3. Die Essanfälle bewirken ein klinisch bedeutsames Leiden.
4. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche und über eine Zeitspanne von 6 Monaten auf.
5. Die Essanfälle stehen in keinem Zusammenhang mit regelmäßigem Kompensationsverhalten und treten nicht ausschließlich während des Verlaufs einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa auf.

Ess-Störungsspezifische und allgemeine Psychopathologie

Die BES ist neben den klinischen Merkmalen der Essanfälle auch durch ein hohes Ausmaß an essstörungsspezifischer und allgemeiner Psychopathologie charakterisiert. Im Vergleich zu übergewichtigen Patientinnen ohne BES sind bei übergewichtigen Patientinnen mit BES über das Auftreten von Essanfällen hinaus negative Einstellungen gegenüber Essen, Figur und Gewicht sowie Körperbild deutlich stärker ausgeprägt (Abb. 1). Frauen mit einer BES zeigen eine vergleichbare Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie mit dem Gewicht wie Frauen mit einer BN. Ferner lässt sich wie bei anderen Ess-Störungen ein erniedrigtes Selbstwertgefühl nachweisen.

Auch eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist häufig zu beobachten. Es handelt sich vor allem um affektive Störungen, die bei klinischen Gruppen Übergewichtiger mit BES mit einer Prävalenz von 30 bis 90% gefunden werden können, aber auch um Angststörungen und Substanzmissbrauch. Konsistent höhere Prävalenzraten, insbesondere für

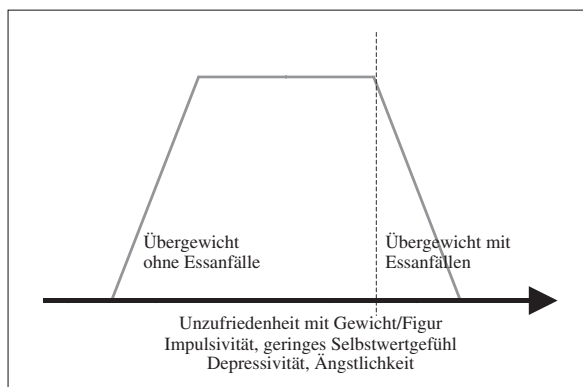


Abbildung 1 Essanfälle als «Marker» bei zunehmender Psychopathologie (adaptiert nach [10 und 11]).

die Cluster B (besonders Borderline) und C (besonders vermeidende und zwanghafte) Persönlichkeitsstörungen, werden ebenfalls berichtet [6].

Medizinische Komplikationen

Medizinische Komplikationen werden insbesondere durch das die BES häufig begleitende Übergewicht und den damit assoziierten Erkrankungen bestimmt. Neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die BES vor allem bei Männern mit einer höheren organischen Komorbidität unabhängig vom Effekt durch das Übergewicht assoziiert ist [7]. Als möglicher jedoch hypothetischer pathophysiologischer Mechanismus für ein gehäuftes Auftreten von metabolischen Störungen bei Personen mit einer BES wird die hohe Kalorienmenge pro Essanfall mit ausgeprägten Fluktuationen von Insulin und Glukose, die ungesunde Zusammensetzung der Nahrung während eines Essanfalls (fettreich, proteinarm) sowie die erheblichen Gewichtsfluktuationen («JoJo-Effekt») im Verlauf der Erkrankung diskutiert (siehe auch Publikation von S. Herpertz in diesem Heft).

Therapeutische Intervention

Psychotherapie

Strukturierte Kurzzeitinterventionen zur Behandlung der Binge Eating Störung wurden in der Vergangenheit hauptsächlich von erfolgreichen Behandlungskonzepten für Bulimia nervosa abgeleitet und adaptiert an das Störungsbild der BES. In randomisiert kontrollierte Studien zeigte sich für spezialisierte Formen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), der interpersonalen Therapie (IPT) sowie modifizierten Formen der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) als auch für Selbsthilfeprogramme eine effektive Reduktion der Frequenz der Essanfälle sowie der psychischen Komorbidität [2].

Tabelle 2 NICE (National Institute of Clinical Excellence) Empfehlungen zur Therapie der BES

- Erwachsenen mit BES sollte eine spezielle KVT für BES angeboten werden (Grad A).
- Andere Psychotherapien (interpersonelle PT, modifizierte dialektische Verhaltenstherapie) können angeboten werden (Grad B).
- Die Patienten müssen darüber informiert werden, dass alle psychotherapeutischen Ansätze nur einen geringen Effekt auf das Körpergewicht haben. (Grad A).
 - ABER: Patienten, deren Essstörung in Remission ist, verlieren mehr an Gewicht und können das Gewicht besser halten.
- Wenn Psychotherapie angeboten wird, sollte Augenmerk auch auf die gleichzeitige oder nachfolgende Behandlung eines komorbiden Übergewichtes gelegt werden (Grad C).
- Als mögliche initiale Therapie können SSRIs oder ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Selbsthilfe-Programm angeboten werden (Grad B).
- Patienten mit BES sollten darüber informiert werden, dass SSRIs die Frequenz der Essanfälle reduzieren können, Langzeiteffekte jedoch ungewiss sind (Grad B).
- Für manche Patienten scheint jedoch eine medikamentöse Therapie ausreichend zu sein (Grad B).

Grad A (kontrollierte Untersuchungen vorhanden), Grad B (gute klinische, aber keine kontrollierten Untersuchungen vorhanden) und Grad C (Expertenmeinung, klinische Erfahrung)

SSRIs = Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Basierend auf der aktuellen Studienlage sowie den englischen Empfehlungen des Nationalen Instituts für Klinische Exzellenz [8] (Tab. 2) wird ein abgestuftes therapeutisches Vorgehen («stepped care») empfohlen. Ein geführtes, supervidiertes Selbsthilfeprogramm stellt eine ausreichende Behandlung für eine Subgruppe von Patientinnen dar [9]. Wissenschaftlich bisher am besten belegt ist die Effektivität der spezialisierten kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für Patientinnen mit BES. Eine Remission der Essanfälle über einen Katamnesezeitraum von einem Jahr wurde in rund 50% erreicht. Im Fokus der Therapie stehen (a) Selbstbeobachtung des Essverhaltens, von Essanfällen und von Auslösern der Anfälle, (b) Stimuluskontrolle und die Einführung regelmäßiger Mahlzeiten, (c) die Identifikation und Veränderung dichotomer und verzerrter Kognitionen bezüglich Essen, Gewicht und Körperbild, (d) Problemlösestrategien, Erlernen alternativer Verhaltensweisen. Andere Formen der Psychotherapie (IPT, DBT) sollten bei Persistenz der Beschwerden nach kognitiver Verhaltenstherapie eingesetzt werden. Die Besserung der Ess-Störungssymptomatik sowie des psychischen Befindens verhindert eine weitere Gewichtszunahme, führt jedoch nicht wie ursprünglich angenommen zu einer klinisch relevanten Gewichtsabnahme.

Interessanterweise konnte in konventionellen Gewichtsreduktionsprogrammen mit erheblicher kalorischer Einschränkung nicht nur eine deutliche Gewichtsabnahme sondern auch entgegen ursprünglicher Annahmen eine relevante Reduktion der Essanfälle beobachtet werden. Dies lässt sich unter anderem vor dem Hintergrund verstehen, dass sich einige der in Gewichtsreduktionsprogrammen eingeführten Verhaltenselemente (z.B. Einführung regelmäßiger Mahlzeiten, Eliminierung chaotischen Essverhaltens, Stimuluskontrolle) mit Behandlungselementen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes überschneiden. Häufig fehlen jedoch insbesondere Anteile, die auf eine Modifikation der begleitenden Psychopathologie (z.B. Kognitionen, Selbstwert, Selbstkontrollüberzeugungen, soziales Kompetenzniveau) abzielen. Zusätzlich muss auf die immer noch enttäuschenden Langzeitergebnisse jeder Art von konservativen Gewichtsreduktionsprogrammen hingewiesen werden.

Basierend auf einer vorsichtigen Einschätzung der aktuellen Studienlage wird gegenwärtig ein konsekutives Vorgehen empfohlen, welches die Behandlung der Ess-Störung sowie der psychischen Komorbidität an den Anfang stellt, eventuell gefolgt von der Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm. Alternativ kann ein simultanes Vorgehen gewählt werden, insbesondere bei Personen deren Essanfälle nicht durch gezügeltes Essverhalten getriggert werden.

Medikamentöse Therapie

Neben psychotherapeutischen Behandlungen wurden in der Therapie der BES auch Medikamente eingesetzt, die einen Effekt auf Essanfälle und Gewicht gezeigt haben [10]. Hierzu zählen vorrangig selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Fluvoxamin, Fluoxetin, Citalopram und Sertralin, aber auch Substanzen, die zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden bzw. eine gewichtsreduzierenden Wirkung gezeigt haben wie Sibutramin, Orlistat und Topiramate. In den meisten, jedoch nicht allen Studien war die medikamentöse Therapie der Therapie mit Placebo überlegen. Vor allem bei Topiramate ist jedoch mit teilweise erheblichen Nebenwirkungen zu rechnen. Abbruchraten sind bei medikamentöser Therapie generell höher als bei Psychotherapie und nach Beendigung der medikamentösen Therapie sind Rückfälle mit einer erneuten Zunahme der Essanfälle häufig. Für die Therapie mit SSRIs ist zu beachten, dass für eine effektive Behandlung der Essanfälle höhere Dosierungen erforderlich sind (z.B. Fluoxetin 60 mg). Die Ergebnisse von kombinierten Therapiestudien (KVT und Medikament) konnten keinen zusätzlichen Effekt der Medikation für die Reduktion der Essanfälle nachweisen und KVT war der alleinigen medikamentösen Therapie in der Regel signifikant überlegen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Medikamente die Gewichtsreduktion unterstützen können und einen positiven Effekt auf Depression und auf essstörungsspezifische Psychopathologie aufweisen [10].

Ausblick

Obwohl die BES in den letzten 12 Jahren intensiv beforscht wurde, wird weiter diskutiert, ob es sich tatsächlich um eine eigenständige Störung handelt, die eine Vorhersage über Prognose und Therapieauswahl ermöglicht [11]. Man könnte die BES auch als Variante einer BN konzeptualisieren. Diskutiert wird auch, ob Essanfälle nicht eigentlich ein Epiphänomen bzw. einen «Marker» für assoziierte Psychopathologie bei Übergewichtigen darstellen und per se keiner gesonderten Behandlung bedürfen (Abb. 1). Interessanterweise erfolgt diese kritische Einschätzung der Diagnose BES auch durch den Erstbeschreiber der Störung *Albert Stunkard* [12].

Literatur

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly* 1959; 33: 284–95.
2. de Zwaan M. Binge eating disorder und Adipositas. *Verhaltenstherapie* 2002; 12: 288–95.
3. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl: 19–29.
4. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 659–65.

5. Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM Tambs, K, Harris JR. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study. *Int J Eat Disord* 2004; 36: 307–14.
6. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating Disorders*. Lancet 2003; 361: 407–16.
7. Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 39–46.
8. National Institute for Clinical Excellence («NICE»). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. 2004; www.nice.org.uk.
9. Fairburn CG. ed. *Ess-Attacken stoppen: Ein Selbsthilfe-programm*. Bern: Hans Huber Verlag, 2004.
10. de Zwaan M, Roerig JL, Mitchell JE. Pharmacological treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In: Thompson JK (ed): *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. New York: Wiley, 2003.
11. Devlin, MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl: 2–18.
12. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: Disorder or marker. *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl: 107–16.

Summary: Binge eating disorder

In 1994 binge eating disorder (BED) was included into the DSM-IV as provisional diagnostic category requiring further study. The prevalence in the general population is 2%; BED is 1.5 times more common in women than men. Up to 30% of participants in weight loss programs meet criteria for BED. As op-

posed to patients with bulimia nervosa (BN), restraint or restrictive eating is not a necessary antecedent in the development of BED. Eating-related as well as general psychopathology is significantly more common in obese patients with BED compared to obese patients without BED. In treating obese patients with BED there are several potential goals of treatment, including cessation of binge eating and improvement of eating-related psychopathology (e.g. concerns about weight and shape), weight loss or prevention of further weight gain, improvement of physical health, and reduction of psychiatric co-morbidity. Contrary to expectations weight loss programs do not appear to worsen the eating disorder and successful treatment of binge eating does not automatically promote weight loss. Controlled treatment studies could demonstrate that psychotherapeutic approaches and drug treatment are successful in reducing binge eating episodes in patients with BED. Remission rates are generally high (e.g., 50% and more with CBT) and the overall prognosis is better than for patients with BN. Patients who achieve complete abstinence from binge eating lose more weight compared to patients who remain symptomatic; however the degree of weight loss after CBT targeting binge eating is modest and does not meet with the expectations of the patients. The long-term treatment success of drug treatment remains unclear. It is currently discussed if BED represents a truly distinct diagnostic entity.

*Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Martina de Zwaan, Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Schwabachanlage 6, DE-91054 Erlangen
E-mail: martina.dezwaan@psych.imed.uni-erlangen.de*