



Munsch • Biedert • Schlup

2. Auflage

## Binge Eating

Kognitive Verhaltenstherapie  
bei Essanfällen



**BELTZ**

Leseprobe aus: Munsch, Binge Eating, ISBN 978-3-621-27774-7

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27774-7>

## **Teil I Grundlagen**

# 1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES)

## Leitsymptom: Essanfälle

Bei der Binge-Eating-Störung stehen psychische Symptome im Vordergrund. Als sogenanntes Leitsymptom gelten Essanfälle, die typischerweise mit Kontrollverlust einhergehen. Am folgenden Patientenbeispiel wird der subjektive Leidensdruck deutlich.

### Beispiel

#### Wenn Essanfälle das Leben bestimmen

Frau R.:

»Das Erleben eines Essanfalls ist immer noch nicht einfach zu beschreiben. Jedes Mal fühle ich mich ›besessen‹, als ob jemand anderes die Kontrolle über mich hat. Es ist ein Gefühl des Ausgeliefertseins an etwas Mächtigeres bzw. Stärkeres als man selbst, und ich fühle mich machtlos dagegen.

Die Essanfälle kommen für mich wie aus dem Nichts (in manchen Fällen konnte ich mir einen Grund vorstellen, manchmal aber auch nicht) und überrollen mich wie ein beladener Güterzug.

Gleichzeitig kämpfe ich auch immer mit Angst, denn ich bin es nicht gewohnt, im ›sonstigen‹ Leben, sei es im Büro oder in der Schule, die Kontrolle über mich völlig zu verlieren, und dass das möglich ist, macht mir Angst. Könnte ich irgendwo anders auch so leicht die Kontrolle verlieren? Wichtig ist vor allem, dass ich mich nirgendwo in der Öffentlichkeit verrate, denn bei mir finden sämtliche Attacken im eigenen Zimmer statt, und ich habe das Gefühl, dass ich mich dort in Ruhe zurückziehen und das, was mich beschäftigt, in mich reinstopfen kann und somit ein momentanes Gefühl der Erleichterung erlange; als ob ich meine Sorgen dadurch loswerden könnte.

Das Gefühl der Erleichterung dauert leider nie besonders lange; denn sofort nach einem Anfall (manchmal auch währenddessen) kommen die Scham- und Schuldgefühle. Ich schäme mich, weil ich es selbst nicht verstehen kann, dass Essen – bzw. in meinem Fall Schokolade – mein Leben beherrscht. Wie kann es nur sein, dass das Leben einer klugen, jungen Frau, die einiges an Lebenserfahrung hat, ausgerechnet von Schokolade bestimmt wird? Also folgen die Schuldgefühle, und das Selbstbewusstsein lässt deutlich nach. Aber das Bild ist noch nicht komplett. Schließlich kommt dann noch das Gefühl des Versagens in mir hoch: ›Und schon wieder habe ich diesen Kampf verloren, bin schwach geworden und werde es nie zu etwas bringen – wenn ich nicht mal die Schokolade im Griff habe.‹

Da ist der nächste Essanfall nicht sehr weit entfernt.«

Während der Essanfälle werden unterschiedlich große Mengen an Nahrungsmitteln schnell, oft wahllos durcheinander und ruhelos bis zu einem unangenehmen Völlegefühl verzehrt. Gegessen wird infolge der Schamgefühle meist alleine, häufig sogar im Geheimen. Oftmals empfinden Patienten mit einer BES Ekel, Deprimiertheit oder Schuldgefühle sich selbst gegenüber. Im Anschluss an Essanfälle führen manche Patienten mit BES Kompensationsversuche durch, wie z. B. das Auslassen von Mahlzeiten oder vermehrte körperliche Betätigung. Diese unterscheiden sich jedoch von den typischen Gegenmaßnahmen bulimischer Patienten bezuglich Regelmäßigkeit und Intensität. Das Essverhalten von Personen mit BES zeichnet sich zwischen den Essanfällen durch ein Abwechseln von Hemmung und Enthemmung der Kontrolle aus. So versuchen viele Betroffene, die Kalorienzufuhr infolge der Essanfälle zu kompensieren, sind dazu aber nicht in der Lage und haben immer wieder Kontrolleinbruche. BES-Patienten geben zudem an, exzessiv über ihr Gewicht und ihre Diatversuche zu grübeln, ein Gefühl des Kontrollverlustes bezogen auf die gesamte Lebenssituation sowie ein mangelndes Vertrauen in den eigenen Körper und in die Stabilität der eigenen affektiven Befindlichkeit zu haben (Ramacciotti et al., 2000).

Ähnlich wie bei anderen Essstörungen ist auch bei der BES die Haltung zum eigenen Körper negativ gefärbt und führt dazu, dass die Betroffenen den Anblick ihres Körpers als aversiv empfinden und möglichst vermeiden (Mond et al., 2006). Die Überbewertung der eigenen Figur und des Gewichts für den Selbstwert wird als Kernsymptom von Essstörungen betrachtet (Fairburn & Harrison, 2003; Hrabosky et al., 2007) und hat sich als unabhängig von BMI oder Alter erwiesen (Masheb & Grilo, 2000). Einige Studien weisen zudem darauf hin, dass diese dysfunktionale Haltung zum eigenen Körper bei BES-Patienten ähnlich stark ausgeprägt ist wie bei der Anorexia und Bulimia nervosa. Je stärker die Figur- und Gewichtssorgen ausgeprägt sind, desto höhere Werte zeigen sich in der allgemeinen und essstorungsspezifischen Psychopathologie (Hrabosky et al., 2007). Im Gegensatz zu den beiden anderen Störungsbildern wird die ubermaige Bedeutung von Figur und Gewicht bei der BES nicht als Diagnosekriterium erhoben (Latner & Clyne, 2008; Striegel-Moore & Franko, 2008).

### **Körperbild bei der BES**

- ▶ Ubermaige Bedeutung von Figur und Gewicht für den Selbstwert
- ▶ Die negative Haltung zum eigenen Körper ist ähnlich stark ausgeprägt wie bei anderen Essstörungen
- ▶ Höhere Figur- und Gewichtssorgen sind mit erhöhter essstorungsspezifischer Psychopathologie und einer allgemein niedrigeren psychischen Befindlichkeit korreliert
- ▶ Figur- und Gewichtssorgen sind unabhängig vom BMI

Das Auftreten regelmäßiger Essanfälle führt zu einer Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und ist mit einem erhöhten Leidensdruck verbunden (Spitzer et al., 1993b; Hrabosky et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2008). BES-Patienten erweisen sich in der »Symptom-Checkliste« (SCL-90-R) von Derogatis (1983) bezüglich des Schweregrads der Symptome sowie der Somatisierung, Zwanghaftigkeit, interpersonellen Unsicherheit, Depressivität, Angst, Feindseligkeit, phobischen Ängste, Paranoidität und des Psychotizismus als schwerer beeinträchtigt als eine Kontrollgruppe und eine Gruppe mit reiner Adipositas (Wilfley et al., 2007).

#### **Psychische Symptome bei BES**

- ▶ Unkontrollierbare Essanfälle
- ▶ Gestörtes Essverhalten zwischen den Essanfällen
- ▶ Abwechselnd restriktives und unkontrolliertes Essverhalten
- ▶ Unregelmäßige Ernährung
- ▶ Häufiges Durchführen und Abbrechen von Diäten
- ▶ Negatives Körperkonzept
- ▶ Interpersonale Defizite
- ▶ Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf die Hunger-/Sättigungsregulation
- ▶ Grübeln über die Nahrungszufuhr, die eigene Figur und das Gewicht

#### **Somatische Folgesymptome**

Treten somatische Symptome auf, so sind diese auf das häufig mit der Störung einhergehende Übergewicht – bis hin zur Adipositas – zurückzuführen und umfassen Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparats, Störungen der Atemfunktionen (Schlaf-Apnoe-Syndrom), Venenleiden, Schwangerschaftskomplikationen sowie ein erhöhtes Karzinomrisiko. Mit steigendem Body Mass Index (BMI, s. Abschn. 2.2) ist das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko um ein Vielfaches erhöht (Wechsler, 1998; Schmidt, 2000).

#### **Somatische Symptome bei BES**

- ▶ Erhöhte Morbidität und Mortalität (Anfälligkeit für Krebsleiden, erhöhtes Operationsrisiko, erhöhtes Erkrankungsrisiko für entzündliche Gelenkerkrankungen usw.)
- ▶ Metabolisches Syndrom: Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperglycerinämie, Hyperurikämie mit Folgeerkrankungen (Osteoporose, Hyperkoagulation, Fibrinolysedefekte, Schlaf-Apnoe, Fettleber, erhöhtes kardiovaskuläres Risiko usw.)

#### **Welche Situationen können Essanfälle auslösen?**

Essanfälle treten oft in Situationen auf, die durch das Erleben von interpersonellen Stressoren charakterisiert sind und erfüllen häufig die Funktion einer Stimmungs-

regulation und Spannungsreduktion. Als interpersonale Stressoren können zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, Kritik bezüglich des eigenen Erscheinungsbilds, Isolation, Stimmungsschwankungen, Einsamkeit, Langeweile, aber auch Entlastung und Zustände intensiver Freude genannt werden. Die Essanfälle dienen somit als Strategie, einen als aversiv erlebten emotionalen Zustand (z. B. Ärger) durch einen weniger aversiven (wie z. B. Schuldgefühle) zu ersetzen (Kenardy et al., 1996; Williamson & Martin, 1999).

### **Was und wie viel wird gegessen?**

Patienten mit BES verzehren während der Essanfälle besonders Nahrungsmittel mit höherem Fett- (bis zu 38,9 Prozent) und geringerem Proteinanteil (ca. 11,4 Prozent), wie z. B. Schokolade und Kekse (Yanovsky et al., 1992).

Die Angaben bezüglich der Nahrungsmengen, die verzehrt werden, variieren stark. Ein Teil der Patienten führt sich während der Essanfälle bis zu 1640 kcal zu (Yanovski et al., 1992; Cooke et al., 1997), doch auch Betroffene, die während einer Essattacke nur bis zu 600 kcal verzehren, klagen über das subjektive Gefühl des Kontrollverlusts. Das Krankheitsbild der BES scheint somit unabhängig von der Quantität der verzehrten Nahrungsmenge zu sein (Garner et al., 1992, Striegel-Moore et al., 2007).

Geliebter et al. (2001) zeigen, dass bei Patienten mit BES die Menge der verzehrten Nahrung unabhängig vom BMI ist.

### **Wie lange dauern die Essanfälle?**

Während bei der Bulimia nervosa Beginn und Ende der Essanfälle genau ausgemacht werden können, fällt es bei der BES oft schwer, die Dauer der Essanfälle einzugrenzen (Fairburn & Wilson, 1993; Williamson & Martin, 1999, Wilfley et al., 2007). Viele Patienten berichten, dass sie immer wieder, über mehrere Stunden hinweg unkontrolliert Nahrung zu sich nehmen und durch diese »protrahierten« Essanfälle nicht mehr in der Lage sind, beruflichen oder sozialen Verpflichtungen nachzukommen.

### **Warum nehmen einige BES-Patienten nicht zu?**

Das Erscheinungsbild der BES ist bei normalgewichtigen BES-Patienten ähnlich wie bei adipösen. Bei beiden Gruppen stehen die Essanfälle, die typische negative Haltung zum eigenen Körper, die beeinträchtigte affektive Befindlichkeit und eine vermehrte Diäterfahrung im Vordergrund. Im Anschluss an einen Essanfall versuchen jedoch normalgewichtige im Vergleich zu adipösen BES-Patienten häufiger, mittels vermehrter körperlicher Aktivität die Energiezufuhr zu kompensieren. Diese Strategie könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb diese Untergruppe nicht die typische Gewichtszunahme über die Zeit zeigt.

### **Erscheinungsbild der BES im Überblick**

- ▶ Das wiederholte Vorkommen unkontrollierbarer Essanfälle stellt das Leitsymptom der BES dar.
- ▶ Es bestehen ausgeprägte Figur- und Gewichtssorgen.
- ▶ Häufig gehen tatsächliche oder subjektiv erlebte zwischenmenschliche Konflikte den Essanfällen voraus.
- ▶ Essanfälle erfüllen oft die Funktion einer kurzfristigen Spannungsreduktion.
- ▶ Die Nahrungsmittelmenge, die während eines Essanfalls verzehrt wird, und die Dauer eines Essanfalls variieren von Patient zu Patient.
- ▶ Das Krankheitsbild der BES präsentiert sich bei adipösen und bei normalgewichtigen Patienten ähnlich.

## 2 Epidemiologie und Komorbidität

### 2.1 Verbreitung und Verlauf

#### Prävalenz

Zum aktuellen Zeitpunkt existieren nur wenige Studien zur Erhebung der Prävalenzraten der BES, die eine hohe methodische Qualität aufweisen und an repräsentativen Stichproben mittels standardisierten Interviews durchgeführt wurden. In verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen in Australien und den USA erweist sich die BES als die am häufigsten vorkommende Essstörung in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzraten variieren zwischen 1 und 3,5 Prozent (Striegel-Moore & Franko, 2008). In klinischen Populationen Adipöser ist die Prävalenz deutlich höher mit einem Mittel von ca. 30 Prozent. Bei Frauen ist das Störungsbild häufiger als bei Männern, wobei der Anteil betroffener Männer deutlich höher ist als bei anderen Essstörungen. Angaben zur Lebenszeitprävalenz für eine BES weisen auf einen Wert von durchschnittlich 3 Prozent hin, resp. 3,5 Prozent für Frauen und 2 Prozent für Männer (Hudson et al, 2007).

Aus dem europäischen Raum liegen Forschungsergebnisse vor, die auf eine deutlich geringere Prävalenz der BES hinweisen. Kinzl et al. (1998) stellten z. B. in einer Telefonbefragung bei Frauen aus der Tiroler Allgemeinbevölkerung eine Punktprävalenz von 3,3 Prozent für BES fest. Cotrufo et al. (1998) hingegen untersuchten 919 Frauen in Süditalien mittels Fragebogen und Interviews und konnten lediglich eine Prävalenz von 0,2 Prozent nachweisen. Westenhöfer (2001) berichtet in einer repräsentativen Stichprobe in West- und Ostdeutschland innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 7 Jahren von einem Rückgang der mittels Fragebogen und klinischem Interview erhobenen Prävalenz der BES bei Männern von 3,1 Prozent auf 2,4 Prozent und bei Frauen von 2,3 Prozent auf 1,3 Prozent. Eine ähnliche Verteilung und rückläufige Tendenz konnte auch für die Bulimia nervosa bei Männern und Frauen festgestellt werden. In einer weiteren Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe junger Frauen in Deutschland betrug die Prävalenz regelmäßiger Essanfälle in dieser Gruppe 0,9 Prozent (Munsch et al., 2007).

Folglich weisen die Ergebnisse dieser Studien darauf hin, dass die BES in der Allgemeinbevölkerung häufiger als andere Essstörungen – wie Anorexia und Bulimia nervosa – auftritt. Zudem sind viele adipöse Menschen von einem Vollbild der BES oder von subklinischen Formen, wie z. B. dem »gelegentlichen Binge Eating« betroffen (Williamson & Martin, 1999).

#### Erstmanifestation

Im Unterschied zur Anorexia und Bulimia nervosa, bei denen die Hauptrisikogruppe zwischen 15 und 30 Jahren liegt (Jacobi et al., 2000), suchen die meisten Patienten mit

BES erstmals zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr Hilfe für ihre Symptome. Der retrospektiv erfasste Beginn der BES lässt sich jedoch auf die späte Adoleszenz zurückdatieren (Fichter et al., 1992; Striegel-Moore, 2000; Grilo & Masheb, 2000). Eine zweite Häufung der Erstmanifestation kann bei der BES im Alter zwischen 45 und 54 Jahren beobachtet werden (Kinzl et al., 1998).

Etwa ein Drittel aller Betroffenen berichtet vom erstmaligen Auftreten von Essanfällen, ohne vorher Diätmaßnahmen durchgeführt zu haben (Reas & Grilo, 2007). Die BES-Population lässt sich demnach in zwei Untergruppen einteilen (Abbott et al., 1998; Spurrell et al., 1996): Patienten, die vor ihrer ersten Essattacke zunächst eine Diät durchführen, die sogenannte »diet first«-Gruppe, weisen im Durchschnitt mit ca. 26 Jahren erstmals eine Essattacke auf. Diejenigen Patienten, die Essanfälle erleben, bevor sie je eine Diäterfahrung gemacht haben, die »binge first«-Gruppe, zeigen das Störungsbild bereits im Alter von 12 Jahren. Die »binge first«-Gruppe der BES-Patienten zeichnet sich weiter durch einen erhöhten Anteil an komorbiden Achse-I- und Achse-II-Störungen sowie durch ein erhöhtes Körpergewicht aus (Grilo & Masheb, 2000). Aufgrund der Ergebnisse einer aktuellen Studie wird jedoch im Unterschied zu bisherigen Annahmen von ähnlichen pathogenetischen Faktoren bei beiden Subtypen ausgegangen (Manwaring et al., 2006). Aufgrund weiterer Forschungsarbeiten wird die Unterscheidung in zwei weitere, den »dietary«- sowie den »dietary-depressive«-Subtyp, postuliert (Stice et al., 2001).

### **Verlauf und Stabilität der Diagnose**

Während frühere Untersuchungen zum natürlichen Verlauf der BES insofern ein sehr optimistisches Bild abgaben, als nach 5–6 Jahren nur noch zwischen 20 und 30 Prozent der Betroffenen die Symptomatik aufwiesen, Wechsel in andere diagnostische Einheiten selten waren und auch die Inanspruchnahme weiterer psychischer Behandlungsangebote nur selten verzeichnet wurden (Fairburn et al., 2000; Cachelin et al., 1999), weisen neuere Studien auf einen deutlich komplizierteren Verlauf hin. Nach Ablauf eines Jahres wiesen noch 38 Prozent eine BES-Diagnose auf. Weitere 55 Prozent zeigten eine subklinische Symptomatik. Insgesamt beträgt die retrospektiv erfasste Dauer der BES 14,4 Jahre und ist somit deutlich länger als die der Anorexia oder Bulimia nervosa (Pope et al., 2006). Auch in neueren Studien erweist sich die BES-Diagnose als stabil und der Wechsel zur Anorexia oder Bulimia nervosa als sehr selten (Striegel-Moore & Franko, 2006). Als Folgeerscheinung der BES tritt im Verlauf eine deutliche Gewichtszunahme auf. So weisen ca. 39 Prozent aller BES-Patienten nach Ablauf von fünf Jahren einen BMI von über 30 auf (Fichter et al., 1998).

In einigen Untersuchungen wurde bei BES-Patienten anamnestisch gehäuft kompensatorisches Verhalten durch Laxantiengebrauch oder durch Induzieren von Erbrechen gefunden (Peterson et al., 1998a). Bei ca. 2 bis 5 Prozent der Patientinnen mit einer BES kann anamnestisch eine Anorexia nervosa und bei ca. 5 bis 10 Prozent eine Bulimia nervosa festgestellt werden (Schmidt, 2000).

Folglich liegt die Vermutung einer gemeinsamen ätiologischen Wegstrecke bei der Entwicklung von Essstörungen nahe, wobei noch nicht umfassend geklärt ist, welche

spezifischen Faktoren für die Entwicklung einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder BES prädisponieren.

### **Geschlechtsunterschiede**

Männer und Frauen mit einer BES zeigen ein ähnliches Störungsbild und unterscheiden sich nicht bezüglich des Essverhaltens, des negativen Selbst- oder Körperkonzepts oder interpersoneller Probleme. Der einzige Unterschied betrifft die Prävalenz komorbider psychischer Störungen auf der Achse I (Achse-I-Störung: Diagnose klinischer Störungen und anderer klinisch relevanter Probleme nach DSM-IV-TR, Achse-II-Störung: Diagnose von Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung nach DSM-IV-TR, APA, 2000), die sich bei männlichen BES-Patienten im Vergleich zu weiblichen Patientinnen als erhöht erweist.

### **Soziodemographische Merkmale**

In einigen Untersuchungen an adipösen BES-Patienten konnte sozioökonomische Benachteiligung, wie z. B. niedrigerer Ausbildungsstand, geringeres Einkommen oder soziale Isolation nachgewiesen werden (Spitzer et al., 1993b), in anderen Untersuchungen hingegen ließen sich bei Personen mit BES aus der Allgemeinbevölkerung keine bestimmten soziodemographischen Merkmale feststellen (u. a. Mussell et al., 1996b; Munsch et al., 2007). Weitere Studien weisen auf einen höheren Anteil ethnischer Minoritäten bei der BES im Vergleich zur Anorexia oder Bulimia nervosa hin (Wonderlich et al., 2009).

### **Familiäre Häufung**

Während sich in einer früheren Studie keine Hinweise auf eine familiäre Häufung der BES ergaben (Lee et al., 1999), weisen neuere Untersuchungen auf eine deutliche Heritabilität der BES hin (Monteleone et al., 2007). Diesbezüglich muss jedoch festgehalten werden, dass es sich bei den vorliegenden Forschungsbefunden um Einzelresultate handelt, die bezüglich ihrer Generalisierbarkeit weiter überprüft werden müssen.

### **Epidemiologie im Überblick**

- ▶ Die BES kommt häufiger vor als die Anorexia oder Bulimia nervosa. Die Punktprävalenz der BES ist in klinischen Populationen adipöser Personen deutlich erhöht und beträgt ca. 30 Prozent. In der Allgemeinbevölkerung tritt die BES mit einer Prävalenz von ca. 1 bis 3 Prozent auf.
- ▶ Lebenszeitprävalenzraten werden bei der BES auf ca. 2,6 Prozent geschätzt.
- ▶ Die Probleme der epidemiologischen Forschung sind darin begründet, dass die BES nicht mittels einheitlicher, strukturierter Verfahren erfasst wird. Bei einer Erfassung mittels Befragung oder Selbstbeurteilung werden die Prävalenzraten oft überschätzt.

- ▶ Die BES kommt häufiger bei Frauen vor als bei Männern. Die Geschlechtsverteilung ist jedoch weniger deutlich ausgeprägt wie bei der Anorexia oder Bulimia nervosa.
- ▶ BES-Patienten suchen oft erst im Alter zwischen 30 und 50 Jahren erstmals eine Behandlung auf. Das Erstmanifestationsalter wird jedoch deutlich früher in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter geschätzt.
- ▶ Im Unterschied zur Bulimia nervosa weist ca. ein Drittel der BES-Patienten Essanfälle auf, ohne zuvor Diätmaßnahmen durchgeführt zu haben.
- ▶ Die durchschnittliche Krankheitsdauer wird auf ca. 14 Jahre geschätzt. Es ergeben sich kaum Symptomverschiebungen.
- ▶ Mit Ausnahme einer erhöhten Komorbiditätsrate mit psychischen Störungen auf der Achse I bei Männern ergeben sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit BES.
- ▶ Die Population mit BES ist deutlich heterogener als diejenige der Anorexia oder Bulimia nervosa. Es ergeben sich zudem Hinweise auf einen deutlich höheren Anteil von ethnischen Minoritäten bei den Betroffenen.
- ▶ Es liegen Hinweise für eine familiäre Häufung der BES vor.

## 2.2 Komorbidität

### Adipositas

Eine große Zahl der Betroffenen mit BES leidet unter komorbider Adipositas. Im Folgenden werden Befunde zur Klassifikation, Behandlungsindikation, Epidemiologie und Ätiologie der Adipositas kurz zusammengefasst. (Für eine umfassende Darstellung des aktuellen Forschungsstands zur Entstehung und Behandlung der Adipositas s. Herpertz et al., 2008.)

**Klassifikation der Adipositas.** Umgangssprachlich werden die Begriffe Übergewicht und Adipositas oft synonym verwendet. In der Fachliteratur jedoch verweist die Benennung von Übergewicht (overweight) und Adipositas (obesity) auf ein unterschiedliches Ausmaß erhöhter Körpermasse. Am gebräuchlichsten zur Diagnostik der erhöhten Körperfettmasse bei Adipositas erweist sich der Body Mass Index (BMI).

#### Definition

Der **Body Mass Index (BMI)** entspricht dem Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch die Körperlänge (in Meter) im Quadrat:

$$\text{BMI} = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m}^2\text{)}$$

**Adipositas** und somit die medizinische Indikation zur Behandlung liegt bei einem BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> vor.

Ebenso wichtig und für die metabolischen Folgeerscheinungen der Adipositas bedeutsamer ist der Taillenumfang (waist circumference), der ein Maß für die viszerale Fettmasse darstellt. Der Taillenumfang wird beim stehenden Patienten zwischen dem Rippen- und dem oberen Beckendamm erfasst. Weitere, in Routineverfahren weniger häufig angewendete Methoden zur Hautfaltendickemessung sowie zur technischen Diagnostik der Körperzusammensetzung ermöglichen die Messung der fettfreien sowie der Fettmasse. Wenn ein kontinuierliches Ansteigen des Übergewichts oder komorbide somatische Risikofaktoren, wie z. B. abdominale Fettverteilung, Hypercholesterinämie, Diabetes, Hypertonie oder ausgeprägtes psychosomatisches Leiden vorliegen, so kann auch bei einem geringeren Ausmaß des Übergewichts (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) eine Behandlung angezeigt sein. In der folgenden Übersicht werden die einzelnen Gewichtskategorien zusammengefasst (Herpertz et al., 2008).

#### Einteilung in BMI-Bereiche

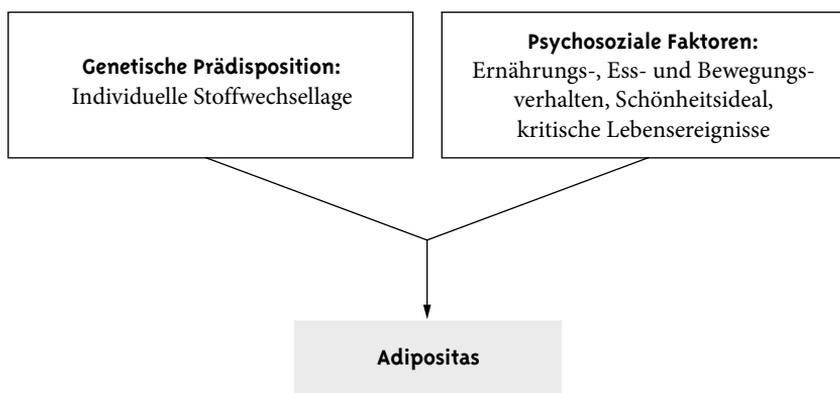
BMI 18,5–24,9 kg/m <sup>2</sup>	→	Normalgewicht
BMI 25–29,9 kg/m <sup>2</sup>	→	Übergewicht
BMI 30–34,9 kg/m <sup>2</sup>	→	Adipositas Grad I
BMI 35,0–39,9 kg/m <sup>2</sup>	→	Adipositas Grad II
BMI > 40 kg/m <sup>2</sup>	→	Extreme Adipositas, Grad III

Informationen zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der Adipositas von der BES, der subklinischen BES sowie der Bulimia nervosa finden Sie in Abschnitt 3.2.

**Epidemiologie der Adipositas.** Die Prävalenzraten für Adipositas sind weltweit im Steigen begriffen. In den USA verdreifachte sie sich von 1991 bis zum aktuellen Zeitpunkt von 12 auf 32 Prozent. Auch Regionen, die bis vor wenigen Jahrzehnten noch von Malnutrition betroffen waren, nun jedoch eine schnell wachsende Wirtschaft verzeichnen, weisen rasch wachsende, teilweise sehr hohe Inzidenzraten auf (z. B. China, Indien oder Ghana) (Wirth et al., 2007). Deutschland zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine recht hohe Adipositasrate aus (Bundesministerium für Gesundheit, 1998): Im Westen Deutschlands leiden ca. 19,5 Prozent der Frauen bzw. ca. 17,3 Prozent der Männer unter krankhaftem Übergewicht. Im Osten betragen die Punktprävalenzraten ca. 25,5 Prozent für Frauen und ca. 20,6 Prozent für Männer. Damit haben sich die Prävalenzraten im letzten Jahrzehnt um fast 3 Prozent bzw. 2 Prozent erhöht. In der Schweiz erhöhte sich der Anteil Übergewichtiger in 15 Jahren von 1992 bis 2007 von 30 auf 37 Prozent. Dieser Anstieg ist insbesondere auf den Zuwachs der deutlich übergewichtigen Personen im BMI-Range von 25–30 (Anstieg von 25 auf 29 Prozent) sowie auf den Anteil Adipöser (Anstieg von 5 auf 8 Prozent) zurückzuführen. Männer scheinen in den letzten Jahren vermehrt vom Anstieg der Adipositashäufigkeit betroffen zu sein, während sich der Anstieg bei Frauen nivellierte (Bundesamt für Gesundheit Schweiz, BAG, 2009). Immer häufiger sind weltweit nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder von Adipositas betroffen. Diese Trends bedeu-

ten eine fatale Entwicklung, da ein übergewichtiges sechsjähriges Kind mit 50- bis 70-prozentiger Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter unter Adipositas leidet (Epstein, 1995).

**Ätiologie der Adipositas.** Bezüglich der Ätiologie der Adipositas geht man heute von einer Interaktion biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren aus (s. Abb. 2.1). Zwillingsstudien zeigen einen Varianzanteil des BMIs von ca. 50 bis zu 60 Prozent durch die genetische Disposition (Bouchard, 1995). Die Manifestation bzw. Persistenz der genetischen Vulnerabilität wird jedoch wesentlich durch Umweltbedingungen mitbestimmt. Zu den begünstigenden Bedingungen im Umfeld zählen das Überangebot an Nahrungsmitteln, ungünstige Ernährungsgewohnheiten und Essverhaltensmuster sowie ein sitzender Lebensstil («sedentary lifestyle») (Wirth, 2007).



**Abbildung 2.1** Multifaktorielle Entstehung der Adipositas. Genetische Prädisposition und psychosoziale Faktoren interagieren

Die Energiezufuhr des Menschen unterliegt einer komplexen, teilweise kognitiv steuerbaren Regelung, wird jedoch auch von biologischen und impliziten psychologischen sowie soziologischen Faktoren beeinflusst. Nebst der Hunger- und Sättigungsregulation spielen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten eine wesentliche Rolle bei der Entstehung klinisch relevanten Übergewichts. Die in den letzten Jahrzehnten veränderten Ernährungsgewohnheiten wie der vermehrte Konsum von fett- und zuckerhaltigen Nahrungsmitteln sowie Süßgetränken mit hohem Energiegehalt tragen zum Anstieg der Prävalenzraten bei. Neben der Energiedichte stellt jedoch auch die Portionsgröße einen wesentlichen Faktor bei der erhöhten Energiezufuhr dar. Die Genese der Adipositas wird zudem durch den Rückgang der körperlichen Aktivität in den letzten Jahren bestimmt. Aus der erhöhten Energiezufuhr in Kombination mit einer verminderten Häufigkeit körperlicher Aktivität resultiert eine positive Energiebilanz, welche die Trendkurve der Adipositasprävalenz weiter ansteigen lässt. Multimodale Programme zur Behandlung der Adipositas basieren auf diesen Kenntnissen und streben mittels Verhaltensänderungen in den Bereichen Essverhalten, Ernährung

und Bewegung eine Stabilisierung bzw. Reduktion des Körpergewichts an. In Anlehnung an die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) (<http://www.adipositas-gesellschaft.de>) werden abhängig von Schweregrad und Vorhandensein von Folgekrankheiten auch medikamentöse sowie chirurgische Maßnahmen empfohlen (Munsch & Hartmann, 2008). Das Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten wird wesentlich vom soziokulturellen Umfeld geprägt. Dabei spielen das familiäre Interaktions- und Modellverhalten sowie die Zugänglichkeit von Nahrungsmitteln eine tragende Rolle (Birch & Fisher, 1998; Munsch et al., 2007; Hasenböhler et al., 2009). Auf die Relevanz familiärer Rollenmodelle verweisen auch die Ergebnisse von Epstein (2000), der unter anderem zeigen konnte, dass Kinder von körperlich aktiven Eltern bis zu sechsmal aktiver sind als Kinder von körperlich inaktiven Eltern.

Bei Adipositas können unterschiedliche Folgeerkrankungen auftreten, die bereits in Kapitel 1 genannt wurden. Eine detaillierte Übersicht ist bei Wirth (2007) zu finden.

### **Psychische Störungen**

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass adipöse Patienten mit Essanfällen im Vergleich mit rein adipösen Patienten gehäuft unter weiteren psychischen Störungen leiden. Dabei ist die Prävalenz komorbider Achse-I- oder Achse-II-Störungen weniger vom BMI als vom Essanfallstatus abhängig. Verglichen mit der Bulimia nervosa zeichnet sich die BES zudem durch eine geringere allgemeine Psychopathologie aus. BES-Patienten sind jedoch ähnlich häufig von Angst- bzw. affektiven Störungen betroffen (für eine Übersicht s. Wonderlich et al., 2009). Zur korrekten Bestimmung der Komorbiditätsrate bei BES sind Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung notwendig. Mittels dieses methodischen Vorgehens wird die Tendenz einer erhöhten Einschätzung der Prävalenz komorbider Störungen vermieden, wie sie aus Untersuchungen an behandlingssuchenden Populationen resultieren kann (Berkson Bias). Die epidemiologische Forschung im Bereich der Komorbidität wird weiter durch die unterschiedliche Wahl der Erhebungsinstrumente beeinträchtigt. Die Verwendung von Selbstbefragungsinstrumenten birgt dabei ebenfalls die Gefahr einer erhöhten Einschätzung der BES und assoziierten komorbiden Störungsbildern. Generell kann davon ausgegangen werden, dass Bulimia nervosa-Patienten das höchste Risiko zur Entwicklung einer komorbiden Störung (Angst, affektive Störungen, Substanzabusus und Impulskontrollstörungen) aufweisen (94,5 Prozent, Odds ratio, OR: 4.7 (4.3–7.5)), gefolgt von BES-Patienten, bei denen das Risiko um das 2,3-fache erhöht ist (78,9 Prozent, OR: 2.3 (2.6–3.7)). Patienten mit Anorexia nervosa weisen im Vergleich das geringste Risiko auf (56,2 Prozent, OR: 2.1 (1.2–2.9)) (Hudson et al., 2007). Zusammengefasst kann von einer Lebenszeitprävalenz komorbider affektiver Störungen (Major Depression, Dysthymie) von 50 bis 60 Prozent bzw. Angststörungen von 20 bis 50 Prozent bei BES ausgegangen werden, zudem treten gehäuft Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ auf (Wietersheim, 2008).

### **Komorbidität im Überblick**

- ▶ Ca. 30 bis 40 Prozent aller BES-Patienten leiden zusätzlich unter Adipositas.
- ▶ Adipositas und somit eine medizinische Behandlungsindikation liegt bei Übergewicht und gleichzeitig auftretenden medizinischen Folgeerscheinungen bzw. einem BMI größer oder gleich  $30 \text{ kg/m}^2$  vor (Behandlungsalgorithmus s. DAG, <http://www.adipositas-gesellschaft.de>).
- ▶ Die Entwicklung der Adipositas wird durch das Vorliegen einer genetischen Prädisposition für Übergewicht in Interaktion mit einem fettreichen Ernährungs- bzw. einem sitzenden Lebensstil («sedentary lifestyle») begünstigt.
- ▶ Die häufigsten komorbiden Achse-I-Störungen bei BES stellen affektive Störungen und Angststörungen dar.
- ▶ Weiterhin kommen gehäuft Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ vor.
- ▶ Das Risiko einer komorbiden psychischen Störung bei BES kann bis um ein Vierfaches erhöht sein.