



Munsch • Wyssen • Biedert

4. Auflage

Binge Eating

Kognitive Verhaltenstherapie
bei Essanfällen



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Anschriften der Autoren:

Prof. Dr. Simone Munsch
Departement für Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Fribourg, Schweiz
E-mail: simone.munsch@unifr.ch

Dr. phil. Esther Biedert
Departement für Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Fribourg, Schweiz

Dr. phil. Andrea Wyssen
Departement für Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Fribourg, Schweiz
E-mail: andrea.wyssen@unifr.ch

Sowie:
Praxis für Psychotherapie am Blumenrain
Blumenrain 14
CH-4051 Basel
E-Mail: esther.biedert@bluewin.ch

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist auch erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29220-7 Print
ISBN 978-3-621-29221-4 E-Book (PDF)

4., neu ausgestattete Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Anne-Marie Grätz
Bildnachweis: istock © Ian_Redding

Herstellung: Victoria Larson
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort zur dritten Auflage	9
I Grundlagen	11
1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES)	12
2 Epidemiologie und Komorbidität	17
3 Klassifikation und Diagnostik	25
4 Erklärungsansätze	33
5 Stand der Behandlungsforschung	41
II Therapie	53
6 Therapievoraussetzungen	54
7 Optionale Behandlungsinhalte: Bewegungssteigerung und Gewichtsreduktion	63
8 Durchführung der Behandlung (8 Sitzungen)	69
9 Nachbehandlungsphase	116
10 Fallbeispiele	118
Anhang	133
Hinweise zum Online-Material	134
Literatur	193
Sachwortverzeichnis	204

Inhalt

Vorwort zur dritten Auflage 9

I Grundlagen 11

1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES) 12

2 Epidemiologie und Komorbidität 17

2.1 Verbreitung und Verlauf 17

2.2 Komorbidität 20

3 Klassifikation und Diagnostik 25

3.1 Diagnosekriterien 25

3.2 Differenzialdiagnose 28

3.3 Diagnostische Instrumente 29

4 Erklärungsansätze 33

4.1 Prädisponierende Faktoren 34

4.2 Auslösende bzw. aufrechterhaltende Faktoren 37

5 Stand der Behandlungsforschung 41

5.1 Psychotherapeutische Behandlungsansätze im Überblick 41

5.2 Effektivität der psychotherapeutischen Behandlungsansätze 42

5.3 Prädiktoren, Moderatoren und Wirkfaktoren der Behandlung 45

5.4 Pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten 46

5.5 Behandlungsleitlinien für BES 48

5.6 Evaluation der vorliegenden manualisierten Interventionen zur
kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von
Essanfällen 49

II Therapie 53

6 Therapievoraussetzungen 54

6.1 Therapieaufbau und -struktur 54

6.2 Therapeutisches Vorgehen 57

6.3 Diagnostische und vorbereitende Phase vor Behandlungs-
beginn 60

7	Optionale Behandlungsinhalte: Bewegungssteigerung und Gewichtsreduktion	63
7.1	Bewegungssteigerung	63
7.2	Körpergewicht: Stabilisierung und Regulierung	64
8	Durchführung der Behandlung (8 Sitzungen)	69
8.1	Sitzung 1: Einführungs- und Motivationssitzung	70
8.2	Sitzung 2: Persönliche Ziele formulieren	75
8.3	Sitzung 3: Das ABC-Modell: Einführung in die Problemanalyse	80
8.4	Sitzung 4: Einführung in die Bewältigung von Essanfällen	87
8.5	Sitzung 5: Bewältigung von Essanfällen	95
8.6	Sitzung 6: Standortbestimmung und Erkennen und Verändern dysfunktionaler Gedanken	97
8.7	Sitzung 7: Erkennen und Verändern dysfunktionaler Gedanken	102
8.8	Sitzung 8: Rückfallprophylaxe, Abschluss und Neustart	109
9	Nachbehandlungsphase	116
10	Fallbeispiele	118
10.1	Frau K. (Gruppensetting): Wunsch nach Gewichtsreduktion	118
10.2	Frau N. (Einzelsetting): Essanfälle zur Spannungsreduktion	126
	Anhang	133
	Hinweise zum Online-Material	134
	Literatur	193
	Sachwortverzeichnis	204

Vorwort zur dritten Auflage

Unsere Patienten beschreiben ihre Essanfälle auf eindrückliche Weise und machen damit deutlich, wie groß die Belastung durch den Kontrollverlust über das Essen und das ständige Gedankenkreisen rund um das Essen ist.

»Ich esse unkontrolliert, wenn ich erschöpft oder wütend bin, oder bei Ungewissheit. Dann drehen meine Gedanken besonders und ich besänftige mich mit Essen. Nachher bin gereizt und unzufrieden.«

»Ich gehe von einem Laden zum anderen und kaufe mir jeweils Brötchen, die ich dann beim Laufen esse. Ich versuche, nicht allzu viele Brötchen aufs Mal zu kaufen, damit es nicht auffällt. Oft habe ich aber trotzdem Angst, dass Leute merken, dass ich viel esse und etwas Seltsames mache.«

»In letzter Zeit hat sich dies sehr ausgedehnt. Ich habe nicht, wie früher noch, Essanfälle nur zu bestimmten Zeiten, Situationen oder Orten. Essanfälle können fast immer und überall passieren. Manchmal esse ich auch den ganzen Tag irgendetwas.«

»Wenn ich einen Essanfall habe, fühle ich mich elend, körperlich und psychisch. Um dieses Gefühl zu »überdecken« esse ich weiter – ein Essanfall folgt auf den nächsten.«

»Ich gehe einmal zum Kühlschrank, zweimal, dreimal ... irgendwann läuft alles automatisch ab.«

»Schon während des Einkaufens bekomme ich ein Gefühl von Erleichterung und Ruhe, das ich sonst so gut wie nie habe und das sich während des Essanfalls nochmal verstärkt.«

»Seit meiner Jugend habe ich immer wieder Diäten gemacht und habe mir dadurch ein gestörtes Verhältnis zum Essen quasi antrainiert. Essanfälle sind für mich mehr als das schlechte Gefühl nach dem Kontrollverlust; sie beeinträchtigen auch meine physische Gesundheit massiv.«

Unsere Patienten sind unsere Lehrmeister. In der Zusammenarbeit mit ihnen entdecken wir neue Aspekte der Binge-Eating-Störung (BES), denen wir in unserer Behandlung gerecht zu werden versuchen. Unsere Patienten inspirieren uns auch zu neuen Übungen, die wir in dieser überarbeiteten Neuauflage des Manuals haben einfließen lassen.

Viele Menschen, die regelmäßig Essanfälle erleben, sind auch von einer Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und weiteren psychischen Störungen betroffen. Viele haben oft und erfolglos versucht, ihr Essverhalten in den Griff zu bekommen und entwickeln im Verlauf der Störung Übergewicht. Obwohl in den letzten 20 Jahren intensiv beforscht, ist das Krankheitsbild der BES sowohl bei Betroffenen als auch bei Behandlungspersonen immer noch unzureichend bekannt und wird oft nicht spezifisch behandelt. Die mit dem Erleben von Kontrollverlust einhergehende ausgeprägte Scham der Betroffenen, über ihr Leiden zu sprechen, trägt dazu bei, dass das Krankheitsbild unerkannt und somit auch unbehandelt bleibt. Das Fortbestehen regelmäßiger Essanfälle hat langfristig nicht nur ein weiteres Ansteigen des Körpergewichts, sondern auch eine zunehmende psychische Vulnerabilisierung zur Folge.

Bereits 1959 wurde der Begriff »binge eating« von Albert Stunkard im Zusammenhang mit Adipositas geprägt. Er beschrieb damit anfallsartiges Essen großer Nahrungsmittel-

mengen, unabhängig von Hunger und Sättigung. 1980 wurde der Begriff der Bulimie (»Essgier«) offiziell in die dritte Version des DSM integriert. Forschungsarbeiten zeigten später auf, dass bulimische Verhaltensweisen sowohl isoliert als auch in Zusammenhang mit dem Einleiten von Gegenmaßnahmen auftreten. Letztere Störungsform wurde im DSM-III-R als *Bulimia nervosa* aufgenommen. In den 90er Jahren wurde gefordert, das Vorkommen von Essanfällen ohne Gegenmaßnahmen als eigenständige Kategorie in internationale Diagnosesysteme aufzunehmen. Im DSM-IV wurde die BES als Kategorie erwähnt, die weiterer Forschung bedarf. Im DSM-5 wurde die Binge-Eating-Störung 2013 nun als eigenständige Diagnose im Kapitel der Fütter- und Essstörungen aufgenommen.

Im deutschen Sprachraum wird das Krankheitsbild der BES am ehesten mit dem Begriff der »Essanfallsstörung« beschrieben, wobei sich die Bezeichnung der Binge-Eating-Störung (BES) in Anlehnung an das Englische durchgesetzt hat.

In diesem Manual stellen wir Inhalt und Vorgehen einer empirisch belegt wirksamen Behandlung der BES vor. Dabei ist es uns ein großes Anliegen zu vermitteln, dass die für die Betroffenen belastende und beeinträchtigende Essstörung effektiv behandelt und somit Leiden verringert werden kann.

»Ich fühle mich den Essanfällen nicht mehr so hilflos ausgeliefert, sondern habe das Gefühl, etwas tun zu können – nachhaltig. Darüber bin ich sehr glücklich. Dieses Gefühl des totalen Kontrollverlustes hat das ganze Leben so unsicher und unberechenbar werden lassen. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich dieser Weg lohnt, dem Essverhalten auf die Spur zu kommen und es schrittweise zu verändern und die Ursachen für Entgleisungen zu erkennen.«

»Ich habe oft aus Langweile und aus Gewohnheit gegessen. Wenn ich Essanfälle gehabt habe, dann ist der Frust weitergegangen: Schon wieder habe ich es nicht beherrschen können! Im Laufe der Behandlung habe ich herausgefunden, wie ich meine Essanfälle bewältigen kann. Ich bin stolz, dass ich mit diesem Programm angefangen habe, trotz meiner Zweifel. Ich bin stolz, dass ich nicht aufgegeben habe und Schritt für Schritt meinen Zielen näher gekommen bin.«

»Essen war immer mit großem Stress und viel Trauer verbunden. Ich wollte mich endlich auf diesen entscheidenden Weg machen und mein Essproblem anpacken. Die Behandlung hat mir dabei geholfen, wieder die Kontrolle zu übernehmen und bewusst, mit möglichst viel Genuss und Lockerheit zu essen.«

Im Folgenden wird, um eine flüssigere Lektüre zu ermöglichen, durchweg die männliche Form gewählt, wenn z. B. von »Patienten« oder »Therapeuten« die Rede ist. Natürlich sind mit dieser Bezeichnung immer beide Geschlechter gemeint.

Unser Dank gebührt den vielen Betroffenen mit BES, die unsere Forschung und die Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts ermöglicht haben.

Fribourg, Bern und Basel, im Herbst 2017
Simone Munsch, Andrea Wyssen, Esther Biedert

I Grundlagen

- 1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES)
- 2 Epidemiologie und Komorbidität
- 3 Klassifikation und Diagnostik
- 4 Erklärungsansätze
- 5 Stand der Behandlungsforschung

1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES)

Leitsymptom: Essanfälle

Das Kernsymptom der Binge-Eating-Störung (BES) sind Essanfälle, die typischerweise mit Kontrollverlust einhergehen. Darüber hinaus sind Menschen, die an einer BES leiden, von kognitiven und emotionalen Belastungen betroffen. Der daraus resultierende Leidensdruck wird am folgenden Patientenbeispiel deutlich.

Beispiel

Wenn Essanfälle das Leben bestimmen

Frau R.:

»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. Während eines Essanfalls fühle ich mich ausgeliefert und hilflos.

Die Essanfälle machen mir Angst, denn ich bin es nicht gewohnt, die Kontrolle über mich zu verlieren. An manchen Tagen denke ich über Stunden darüber nach, ob es sein könnte, dass ich irgendwo anders auch so leicht die Kontrolle verlieren könnte. An anderen Tagen kann ich Gedanken rund um das Essen und meine Figur nicht unterdrücken. Wie ist das möglich? Wichtig ist vor allem, dass niemand von meinen Essanfällen erfährt. Ich versuche diese hinauszuzögern, bis ich dann endlich alleine bin. Erst dann habe ich das Gefühl, mich endlich in Ruhe etwas entspannen zu können. Häufig stopfe ich dann wahllos Essen in mich hinein; als ob ich dadurch meine Sorgen loswerden könnte.

Das Gefühl der Erleichterung dauert leider nie lange an; denn bereits während und vor allem kurz nach einem Essanfall schäme ich mich. Ich schäme mich, weil ich es selbst nicht verstehen kann, dass Essen mein Leben beherrscht. Wie kann ich das nur zulassen? Dann fühle ich mich auch schuldig, dass ich meine Zeit verschwende. Schließlich kommt dann noch das Gefühl des Versagens in mir hoch: »Und schon wieder habe ich 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. Bei manchen Betroffenen erfolgt die Nahrungszufuhr innerhalb eines umschriebenen Zeitraums, andere wiederum essen beinahe dauernd kleinere Mengen

an Nahrung, ohne dies kontrollieren zu können (protrahierte Essanfälle, »grazing«; Peterson et al., 2012). Als Folge von Essanfällen empfinden Betroffene mit BES häufig Ekel, Deprimiertheit oder Schuldgefühle sich selbst gegenüber. Auf der Verhaltensebene können auf Essanfälle Kompensationsversuche folgen, wie z. B. das Auslassen von Mahlzeiten oder vermehrte körperliche Betätigung. Diese unterscheiden sich jedoch von den typischen Gegenmaßnahmen bulimischer Patienten in ihrer Regelmäßigkeit und Intensität. Das Essverhalten von Personen mit BES zeichnet sich zwischen den Essanfällen durch ein Abwechseln von Hemmung und Enthemmung der Kontrolle aus. Viele Betroffene versuchen, die Kalorienzufuhr infolge der Essanfälle zu kompensieren, was Ihnen jedoch nur kurzfristig bis zum nächsten Kontrolldurchbruch gelingt.

Nach wie vor zu wenig Beachtung wird kognitiven Symptomen bei BES-Patienten geschenkt. Betroffene grübeln häufig exzessiv und lange über ihr Gewicht, ihren Körper, Nahrung und ihre Diätversuche. Weiter führt das wiederholte Erleben von Kontrollverlust im Bereich der Nahrungszufuhr häufig zu einer Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts. Daraus resultiert oft negative Stimmung, Ängstlichkeit und eine Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus (Brownley et al., 2016).

Ähnlich wie bei anderen Essstörungen ist auch bei der BES die Haltung zum eigenen Körper deutlich negativ gefärbt und führt dazu, dass die Betroffenen den Anblick ihres Körpers als aversiv empfinden und möglichst vermeiden (Grilo, 2013). Die Überbewertung der eigenen Figur und des Gewichts für den Selbstwert wird als Kernsymptom von Essstörungen betrachtet (Fairburn & Harrison, 2003) und hat sich als unabhängig von BMI, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit erwiesen (Grilo, 2013). 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 essstörungsspezifischen Psychopathologie. Analog der Klassifizierung in den Vorgängermodellen, findet auch im DSM-5 das kognitive Konstrukt des negativen Körperbilds und seiner emotionalen und verhaltensbezogenen Korrelaten bei der BES keinen Eingang in die Diagnosekriterien. Dies wird kritisiert, vor allem als dass dadurch die BES beinahe ausschließlich durch das Verhalten des Überessens charakterisiert wird, was der umfassenden Belastung der betroffenen Personen nicht gerecht wird. So wird gefordert, die »übermäßige Bedeutung von Figur und Gewicht« bei der nächsten Revision als Kriterium oder Subtyp in die Diagnose aufzunehmen (Grilo, 2013).

Körperbild bei der BES

- ▶ Figur und Gewicht haben eine übermäßige Bedeutung für den Selbstwert.
- ▶ Die negative Haltung zum eigenen Körper ist ähnlich stark ausgeprägt wie bei anderen Essstörungen.

- ▶ Höhere Figur- und Gewichtssorgen sind mit erhöhter essstörungsspezifischer Psychopathologie und einer allgemein niedrigeren psychischen Befindlichkeit korreliert.
- ▶ Figur- und Gewichtssorgen sind unabhängig von BMI, Alter und ethnischer Zugehörigkeit.

Das Auftreten regelmäßiger Essanfälle führt zu einer Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und ist mit einem hohen Leidensdruck verbunden (Tomba et al., 2014). BES-Patienten erweisen sich im Beck Depressionfragebogen-II (BDI-II; Hautzinger et al., 2006) sowie bezüglich dem Erleben sozialer Stressoren (Trierer Inventar zum chronischen Stress, TICS; Schulz et al., 2004) als stärker belastet als Betroffene mit Adipositas und Gesunde (Fischer et al., 2012).

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 Folgeerscheinungen

Die BES geht häufig mit somatischen Folgeerscheinungen einher, die auf das Vorliegen von Übergewicht oder Adipositas zurückzuführen sind. Diese umfassen Diabetes Typ 2, Bluthochdruck und die Dyslipidämie. Weiter treten gehäuft Schlafstörungen, chronische Schmerzen, Asthma, Schwangerschaftskomplikationen sowie ein erhöhtes Karzinomrisiko auf. Es gibt zudem erste Hinweise darauf, dass die BES das Risiko dieser medizinischer Komorbiditäten über den Einfluss der Adipositas oder weiterer psychischer Störungen hinaus zusätzlich erhöht (Olguin et al., 2017).

Somatische Folgeerscheinungen bei BES

- ▶ Es besteht ein erhöhtes Risiko an somatischen Erkrankungen, die auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen sind, zu erkranken.
- ▶ Asthma, Schlafstörungen, chronische Schmerzen treten gehäuft auf.

Welche Situationen können Essanfälle auslösen?

Essanfälle treten oft in Situationen auf, die durch das Erleben von interpersonalen Stressoren charakterisiert sind, und erfüllen häufig die Funktion einer Stimmungsregulation und Spannungsreduktion. Als interpersonale Stressoren können zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, empfundene Zurückweisung und Kritik bezüglich des eigenen Erscheinungsbilds, Isolation, Stimmungsschwankungen, Einsamkeit, Langeweile, aber auch Entlastung und Zustände intensiver Freude genannt werden. Die Essanfälle dienen als Strategie, einen als aversiv erlebten emotionalen Zustand durch einen weniger aversiven zu ersetzen (Haedt-Matt & Keel, 2011). Untersuchungen zeigen, dass nebst diesen Emotionsregulationsdefiziten bei BES auch eine erhöhte Impulsivität das Auftreten von Essanfällen begünstigt. Insbesondere in Situationen mit hoher emotionaler Aktivierung fällt es Betroffenen schwer, den Drang nach Nahrungszufuhr und der damit verbundenen positiven Erwartung in Bezug auf die Spannungsreduktion zu inhibieren (Munsch et al., 2012).

Was und wie viel wird gegessen?

Patienten mit BES verzehren während der Essanfälle häufig rasch verfügbare Nahrungsmittel, die nicht zubereitet werden müssen, wie z. B. Schokolade und Kekse.

Die Angaben bezüglich der Nahrungsmengen, die verzehrt werden, variieren stark. Ein Teil der Patienten führt sich während der Essanfälle bis über 1600 kcal zu (Yanovski et al., 1992). Es zeigt sich jedoch, dass auch bei kleineren Kalorienmengen das subjektive Gefühl des Kontrollverlusts auftritt und seine beeinträchtigende Wirkung auf Selbstwirksamkeit und Selbstwert entwickeln kann. Das Krankheitsbild der BES ist somit weitgehend unabhängig von der Quantität der verzehrten Nahrungsmenge (Amianto et al., 2015).

Wie lange dauern die Essanfälle?

Entsprechend der Diagnosekriterien, wie sie im DSM-5 beschrieben sind, erlebt ein Teil der Betroffenen mit BES Essanfälle in einem abgrenzbaren Zeitraum von z. B. einer Stunde. Während bei der Bulimia nervosa Beginn und Ende der Essanfälle genau ausgemacht werden können, kommen bei der BES auch sogenannte »protrahierte« Essanfälle vor. Patienten berichten in diesen Fällen, 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 und die Diagnosestellung der BES sind unabhängig vom Körpergewicht. Im Vordergrund stehen die Essanfälle, die typische negative Haltung zum eigenen Körper, die beeinträchtigte psychische Befindlichkeit und ein sorgenvolles Fokussieren auf Gewicht, Figur und Nahrung. Je nach Häufigkeit und Ausprägung der Essanfälle sowie in Abhängigkeit vom Ess- und Ernährungsverhalten zwischen den Essanfällen kann das Gewicht der Betroffenen variieren. Zudem entwickeln gewisse Betroffene erst im Anschluss an Diätversuche aufgrund von Übergewicht und Adipo-

sitas Essanfälle (sogenannter »diet first«-Subtyp), während eine weitere Subgruppe erst im Verlauf der Essanfälle an Gewicht zunimmt (sogenannter »binge first«-Subtyp).

Erscheinungsbild der BES im Überblick

- ▶ Das wiederholte Vorkommen von Essanfällen mit Kontrollverlust stellt das Kernsymptom der BES dar.
- ▶ Es bestehen kognitive Symptome, die sich in einer übermäßigen Beschäftigung mit Figur, Gewicht und der Nahrungsaufnahme sowie einer Überbewertung von Figur und Gewicht für den Selbstwert zeigen.
- ▶ Emotionale Aktivierung durch interpersonale Konflikte und das Vorliegen von Schwierigkeiten mit der Impulsregulation begünstigen Essanfälle.
- ▶ Essanfälle erfüllen oft die Funktion einer kurzfristigen Spannungsreduktion.
- ▶ Die Nahrungsmittelmenge, die während eines Essanfalls verzehrt wird, und die Dauer eines Essanfalls sind variabel.
- ▶ Das Krankheitsbild der BES präsentiert sich unabhängig vom Körpergewicht ähnlich.

2 Epidemiologie und Komorbidität

2.1 Verbreitung und Verlauf

Prävalenz

Unter den Essstörungen ist die BES sowohl in den USA und in Europa die häufigste. Unterschiede in Angaben zu Prävalenzraten von älteren im Vergleich zu neuen Untersuchungen sind zumindest teilweise auf die Relaxierung der Diagnosekriterien der BES im revidierten DSM-5 (APA, 2013) zurückzuführen (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Kolar et al., 2016; Thomas et al., 2016; van Hoeken et al., 2016).

Epidemiologische Untersuchungen in den USA und Australien, welche die BES anhand der DSM-IV-TR-Kriterien erfasst haben, zeigen Lebenszeitprävalenzraten zwischen 1,9 und 2,8 Prozent (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013). 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 einer repräsentativen Untersuchung, welche die Prävalenz der BES in den USA unter Anwendung sowohl der DSM-IV-TR- als auch der DSM-5-Kriterien erfasst hat, resultiert eine höhere Lebenszeitprävalenz unter Verwendung der neueren Diagnosekriterien (2,0 resp. 1,5 Prozent; Cossrow et al., 2016). Diese Zunahme ist auf die Veränderung des Zeit- und Häufigkeitskriteriums zurückzuführen: Reduktion der Zeitdauer von sechs auf drei Monate; Reduktion von mindestens zwei Episoden mit Essanfällen auf mindestens eine Essanfallsepisode pro Woche. Auf der Basis dieser Veränderungen ist damit zu rechnen, dass die Prävalenzangaben vor allem bei Männern ansteigen.

Eine repräsentative Studie in der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz zeigt eine Lebenszeitprävalenz der BES für Frauen von 2,4 Prozent resp. 0,7 Prozent für Männer (Schnyder et al., 2012). Diese für den europäischen Raum große Prävalenzstudie verweist auf die Vergleichbarkeit der BES-Prävalenz in der Schweiz mit anderen industrialisierten Ländern. In Deutschland liegen bislang nur Angaben zur 12-Monatsprävalenz der BES vor, die sowohl für Frauen als auch für Männer 0,1 Prozent betragen (Jacobi et al., 2014). Für Österreich fehlen bisher repräsentative Daten über die Häufigkeit der BES. Es wird angenommen, dass die Prävalenzzahlen sich nicht wesentlich von anderen westlichen Staaten unterscheiden. Ein narrativer Review, basierend auf Studien aus den Jahren 2015 und 2016, zur Epidemiologie der Essstörungen in Europa zeigt auf, dass die Lebenszeitprävalenz der BES bei Frauen einen bis 4 Prozent beträgt (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Erstmanifestation

Im Unterschied zur Anorexia und Bulimia nervosa, bei denen die Hauptrisikogruppe zwischen 15 und 30 resp. 14 und 22 Jahren liegt (Hudson et al., 2007), 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 und das junge Erwachsenenalter (17 bis 27 Jahre) zurückdatieren (Kessler et al., 2013).

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 Subtypen einteilen (Reas & Grilo, 2007): Patienten, die vor ihrem ersten Essanfall zunächst eine Diät durchführen, der sogenannte »diet first«-Subtyp, weisen im Durchschnitt mit ca. 26 Jahren erstmals eine Essattacke auf. Diejenigen Patienten, die Essanfälle erleben, bevor sie je eine Diäterfahrung gemacht haben, werden dem »binge first«-Subtyp zugeordnet und zeigen das Störungsbild bereits im Alter von zwölf Jahren. Ein Drittel bis die Hälfte der BES-Patienten gehören zu diesem Subtyp.

Verlauf und Stabilität der Diagnose

Frühere Untersuchungen zum natürlichen Verlauf der BES gaben ein optimistisches Bild ab, indem nach fünf bis sechs 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 vorkam (Cachelin et al., 1999; Fairburn et al., 2000). Neuere Studien weisen auf einen deutlich komplizierteren Verlauf hin. Wird die BES behandelt, so weisen im Verlauf von vier Jahren 64 bis 82 Prozent der BES-Patienten keine Essstörung mehr auf (Agras et al., 2009; Hilbert et al., 2012). Dies spricht für eine moderate bis gute Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Behandlungsverlaufs der BES. Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt acht bis 14 Jahre (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Schnyder et al., 2012). Weitere Untersuchungen weisen jedoch auch auf eine Fluktuation der BES-Diagnose zu anderen Essstörungen hin. So entwickelten in der Studie von Welch et al. (2016) 16 Prozent der vormals BES-Diagnostizierten im Verlauf eine andere Essstörung: am häufigsten eine Bulimia nervosa und eine Nicht Näher Bezeichnete Essstörung und seltener eine Anorexia nervosa.

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 (Rohde et al., 2015).

In einigen Untersuchungen wurde bei BES-Patienten anamnestisch gehäuft kompensatorisches Verhalten durch Laxantiengebrauch oder durch Induzieren von Erbrechen gefunden (Peterson et al., 1998). 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).

Diese Befunde zur transdiagnostischen Entwicklung von Essstörungen deuten auf eine gemeinsame ätiopathologische Wegstrecke hin, wobei diese und die Frage nach spezifischen Faktoren für die Entwicklung einer Anorexia, Bulimia nervosa oder BES ungeklärt bleiben.

Geschlechtsunterschiede

Die psychische und physische Beeinträchtigung durch die BES scheint bei Männern und Frauen vergleichbar zu sein. Bisherige Befunde zeigten wenig Unterschiede hinsichtlich des Essverhaltens und des negativen Selbst- und Körperkonzeptes. Auch scheinen beide Geschlechter ein ähnliches Ausmaß an klinischer Beeinträchtigung zu erleben. Jedoch sind abschließende Aussagen schwer zu treffen, da Männer in klinischen Studien weiterhin untervertreten sind (Udo et al., 2013). Ein Unterschied betrifft die Prävalenz komorbider psychischer Störungen, die sich bei männlichen BES-Patienten im Vergleich zu weiblichen Patientinnen als erhöht erweist (Mitchison et al., 2014). Auch metabolische Probleme infolge des Übergewichts bzw. der Adipositas sind bei Männern mit BES verbreiteter als bei Frauen (Udo et al., 2013).

Soziodemografische Merkmale

BES-Patienten weisen im Vergleich zu Gesunden keine Unterschiede hinsichtlich Ausbildungsstand und Einkommen auf (Hay et al., 2015). Marques et al. (2011) fanden in verschiedenen Ethnien eine ähnlich hohe BES-Prävalenz. Die Anzahl der Essanfälle unterscheidet sich auch nicht zwischen unterschiedlichen Ethnien (Marques et al., 2011; Solmi et al., 2016), hingegen ist das Ausmaß der Figur- und Gewichts-sorgen sowie der BMI höher bei Afro- und Hispanoamerikanern im Vergleich zu kaukasischen BES-Patienten (Franko et al., 2012). Weitere Studien weisen auf einen höheren Anteil ethnischer Minoritäten bei der BES im Vergleich zur Anorexia oder Bulimia nervosa hin (Hay et al., 2015).

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. einem bis 3 Prozent auf.
- ▶ Lebenszeitprävalenzraten werden bei der BES auf ca. 2,6 Prozent geschätzt.
- ▶ Neuere Untersuchungen basieren auf den aktualisierten und relaxierten Diagnosekriterien des DSM-5, was aufgrund des veränderten Zeit- und Häufigkeitskriteriums zu leicht höheren Prävalenzzahlen führt.
- ▶ Die BES kommt häufiger bei Frauen vor als bei Männern (Verhältnis ca. 3:2). Der Geschlechtsunterschied ist weniger deutlich ausgeprägt als 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. acht bis 14 Jahre geschätzt. Es zeigen sich vor allem Symptomverschiebungen zur Diagnose der Bulimia nervosa und jener der Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen.
- ▶ Aufgrund bisheriger Untersuchungen weisen Frauen und Männer mit BES ähnliche Störungsbilder auf. Erste Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass bei Männern mit BES gehäuft komorbide Störungen auftreten.
- ▶ Die Prävalenz der BES ist in verschiedenen Ethnien vergleichbar hoch, hingegen sind ethnische Minoritäten häufiger von der BES betroffen als von der Anorexia oder Bulimia nervosa.

2.2 Komorbidität

Adipositas

Eine große Zahl der Betroffenen mit BES, ca. 33 bis 40 Prozent, leidet auch unter Adipositas (Kessler et al., 2013). 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 siehe Munsch & Hilbert, 2015). Weitere häufige somatische Komorbiditäten der BES sind u.a. Diabetes mellitus Typ 2, Hypertension, Dyslipidämien, funktionelle gastrointestinale Symptome, Schmerzen, Asthma. Obwohl die BES mit substantiellen somatischen Erkrankungen assoziiert ist, ist es bislang unklar, ob diese direkt auf die BES selbst, die Adipositas und/oder auf die psychischen Komorbiditäten zurückzuführen sind (Olguin et al., 2017).

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). Die Adipositas wird gemäß den evidenzbasierten S3-Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) als Krankheit eingeordnet, sie ist jedoch im Unterschied zur BES keine psychische Störung.

Definition

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

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

Adipositas und somit die medizinische Indikation zur Behandlung liegt bei einem BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ vor.

Ebenso wichtig und für die metabolischen Folgeerscheinungen der Adipositas bedeutender 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 $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$) eine Behandlung angezeigt sein. In der folgenden Übersicht werden die einzelnen Gewichtskategorien zusammengefasst (Wirth & Hauner, 2013).

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

Einteilung in BMI-Bereiche

BMI $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$	→	Normalgewicht
BMI $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$	→	Übergewicht
BMI $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$	→	Adipositas Grad I
BMI $35,0\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$	→	Adipositas Grad II
BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$	→	Extreme Adipositas, Grad III

Epidemiologie der Adipositas. Die Prävalenzraten für Adipositas sind weltweit im Steigen begriffen. Gemäß den Angaben der WHO (2013) hat sich die weltweite Adipositasprävalenz zwischen den Jahren 1980 und 2008 beinahe verdoppelt: 2008 waren 10 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen adipös (resp. 5 Prozent und 8 Prozent im Jahr 1980). In den USA sind über 30 Prozent von krankhaftem Übergewicht betroffen, in Europa sind über 50 Prozent der Männer und Frauen übergewichtig und 20 Prozent der Männer resp. 23 Prozent der Frauen sind adipös (Beispiele zur Adipositasprävalenz: Deutschland 23,3 Prozent der Männer bzw. 23,9 Prozent der Frauen; Schweiz 13,9 Prozent der Männer bzw. 11,3 Prozent der Frauen [Bochud et al., 2017]; Österreich 19,9 Prozent der Männer und 19,8 Prozent der Frauen). Die steigenden Prävalenzraten betreffen nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche. Dies kommt einer fatalen Entwicklung gleich, da ein übergewichtiges sechsjähriges Kind mit 50- bis 70-prozentiger Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter unter Adipositas leidet (Lo et al., 2014). Zudem zeigt sich die Zunahme der

Adipositas sowohl in Entwicklungs- wie auch in Schwellen- und Industrieländern. Die Prävalenz von Adipositas ist wesentlich geringer bei Personen mit hohem sozioökonomischem Status.

Eine aktuelle Studie zeigt, dass bei einer fortbestehenden Zunahme der Adipositasprävalenzen bis ins Jahr 2025 bereits 18 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen betroffen sein werden. Oder mit anderen Worten: Bis in wenigen Jahren dürfte fast jeder fünfte Erdenbewohner krankhaftes Übergewicht haben (Collaboration, 2016). Die gleichen Autoren verweisen auf das Novum, dass aktuell mehr Übergewichtige als Untergewichtige auf der Erde leben.

Ätiologie der Adipositas. Bezüglich der Ätiologie der Adipositas geht man heute von einer Interaktion biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren aus. Zwillingsstudien zeigen einen Varianzanteil des BMIs von ca. 30 bis 70 Prozent durch die genetische Disposition (Wirth & Hauner, 2013). 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 & Hauner, 2013).

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. Weitere individuell intervenierende Faktoren sind auch die Selbstregulation (Defizite in den Exekutivfunktionen, beeinträchtigte Impuls- und Emotionsregulationsfähigkeiten) sowie Aspekte der Stressreaktivität (intensivere Reaktivität auf Stress, emotionales Essen). 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) werden abhängig von Schweregrad und Vorhandensein von Folgekrankheiten auch medikamentöse sowie chirurgische Maßnahmen empfohlen. 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 (Munsch & Hilbert, 2015).

Bei Adipositas können unterschiedliche Folgeerkrankungen auftreten, die bereits in Kapitel 1 genannt wurden. Eine detaillierte Übersicht ist bei Wirth & Hauner (2013) zu finden.

Psychische Störungen

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass adipöse Patienten mit BES im Vergleich mit rein adipösen Patienten gehäuft unter weiteren psychischen Störungen leiden. Dabei ist die Prävalenz komorbider Störungen weniger vom BMI als vom Vorliegen regelmäßiger Essanfänge abhängig. Die Bestimmung der Komorbiditätsrate bei BES sollte in Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung erfolgen, da klinische bzw. um Behandlung nachsuchende Personengruppen nicht für die Gesamtpopulation der BES aussagekräftig sind (*Berkson Bias*). Ein weiteres Problem der epidemiologischen Forschung stellt die Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente dar, womit die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar sind. Zudem sind Selbstbefragungsinstrumente im Unterschied zu Interviews zur Erfassung psychischer Störungen weniger reliabel. Generell kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mit Bulimia nervosa 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 bzw. 14 bis 20 Prozent Substanzkonsumstörungen (Kessler et al., 2013) bei BES ausgegangen werden, zudem treten gehäuft Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ auf (Friborg et al., 2014). Hinzu kommt ein zweifach erhöhtes Risiko, zusätzlich zur Essstörung an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu leiden (Nazar et al., 2016). Welch und Kollegen (2016) weisen auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei BES hin, das auch nach Kontrolle hinsichtlich des Vorhandenseins einer depressiven Störung bestehen bleibt. Das erhöhte Suizidrisiko betrifft auch nicht-adipöse BES-Patienten.

Die Belastung durch die BES und gegebenenfalls assoziierten komorbiden Erkrankungen (psychisch und somatisch) bedingen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität.

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 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 passiven Lebensstil (*sedentary lifestyle*) begünstigt.
- ▶ Die häufigsten komorbiden Achse-I-Störungen bei BES stellen depressive Störungen und Angststörungen dar.
- ▶ Weiterhin kommen gehäuft Borderlinepersönlichkeitsstörungen sowie Substanzkonsumstörungen vor.
- ▶ Das Risiko einer komorbiden psychischen Störung bei BES kann bis um ein Vierfaches erhöht sein.
- ▶ BES-Patienten weisen eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität auf.