

# ImpulsE zur Verbesserung der Impuls- und Emotionsregulation

**Hanna Preuss**  
**Katja Schnicker**  
**Tanja Legenbauer**

Ein kognitiv-behavioraler Therapieansatz  
für Patienten mit Adipositas und  
pathologischem Essverhalten

## **ImpulsE zur Verbesserung der Impuls- und Emotionsregulation**



Hanna Preuss  
Katja Schnicker  
Tanja Legenbauer

# ImpulsE zur Verbesserung der Impuls- und Emotionsregulation

Ein kognitiv-behavioraler Therapieansatz  
für Patienten mit Adipositas und  
pathologischem Essverhalten

**Dipl.-Psych. Hanna Preuss**, geb. 1987. 2006–2012 Studium der Psychologie in Marburg und Madrid. 2016 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und zertifizierte Schematherapeutin nach den Kriterien der ISST e.V. 2013–2016 Promotionsstipendiatin und Therapeutin des Behandlungs- und Forschungsschwerpunktes für Essstörungen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Therapeutin im Essstörungsschwerpunkt der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz.

**Dr. phil. Katja Schnicker**, geb. 1974. 1999–2004 Studium der Psychologie in Mainz. 2001–2007 Mitarbeiterin im Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz. 2008 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2008–2009 Psychotherapeutin in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (St. Valentinushaus) in Bad Soden am Taunus. 2012 Promotion. Seit 2009 Psychotherapeutische Leiterin des Behandlungs- und Forschungsschwerpunktes für Essstörungen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz. Zertifizierte Schmerzpsychotherapeutin der DGPSF.

**Prof. Dr. rer. nat. Tanja Legenbauer**, geb. 1973. 1993–1998 Studium der Psychologie in Frankfurt und Marburg. 1998–2002 psychotherapeutische Tätigkeit in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach. 2002 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2002 Promotion. 2002–2007 Wissenschaftliche Assistentin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Mainz und von 2003–2007 Leitung des Behandlungs- und Forschungsschwerpunktes für Essstörungen der Poliklinischen Institutsambulanz. 2010 Habilitation. 2007–2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL Klinik Dortmund. Seit 2011 Leitung der Forschungsabteilung der LWL Universitätsklinik Hamm für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 2014 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LWL Universitätsklinik Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ruhr-Universität Bochum.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Illustrationen: Dorothee Grix, Frankfurt am Main  
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format PDF

1. Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2754-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2754-7)

ISBN 978-3-8017-2754-3

<http://doi.org/10.1026/02754-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>7</b>
----------------------	----------

## I. Theoretischer Hintergrund

<b>Kapitel 1: Adipositas und pathologisches Essverhalten</b> .....	<b>11</b>
1.1 Symptomatik und Klassifikation .....	11
1.2 Differenzialdiagnostik, Komorbidität und Folgen .....	14
1.3 Ätiologische Annahmen .....	15
1.4 Stand der Therapieforschung .....	17
1.4.1 Behandlung der Adipositas .....	17
1.4.2 Behandlung der Binge-Eating-Störung .....	18
<b>Kapitel 2: Impulsivität, Emotionsregulation und Essverhalten</b> .....	<b>20</b>
2.1 Impulsivität und Inhibitionsfertigkeiten .....	20
2.2 Einfluss von Impulsivität auf Essverhalten und Körpergewicht .....	24
2.3 Zusammenhänge zwischen Impulsivität, Emotionsregulation und Essverhalten .....	25
2.4 Stand der Therapieforschung .....	26
<b>Kapitel 3: Evaluation des vorliegenden Therapiemanuals</b> .....	<b>28</b>
3.1 Konzeption des Therapieansatzes ImpulsE .....	28
3.2 Studiendesign zur Wirksamkeitsüberprüfung .....	29
3.3 Ergebnisse der Evaluationsstudie .....	32

## II. Therapeutischer Leitfaden

<b>Kapitel 4: Therapievorbereitung</b> .....	<b>37</b>
4.1 Ablauf des Erstgesprächs .....	37
4.2 Diagnostische Empfehlungen .....	41
4.2.1 Diagnostik von Impulsivität .....	41
4.2.1.1 Fragebögen zur Erfassung genereller Impulsivität .....	42
4.2.1.2 Fragebögen zur Erfassung nahrungsbezogener Impulsivität .....	44
4.2.1.3 Behaviorale Maße zur Erfassung von Impulsivität .....	46
4.2.2 Diagnostik von Emotionswahrnehmung/-regulation .....	48
4.2.3 Diagnostik von Essstörungen und pathologischem Essverhalten .....	52

4.2.4	Diagnostik von weiteren komorbiden psychischen Störungen .....	54
4.3	Integration in ein umfassendes Konzept der Adipositas- und Essstörungsbehandlung .....	54
<b>Kapitel 5: ImpulsE im Überblick .....</b>		<b>57</b>
5.1	Einbettung der ImpulsE-Module in das Störungsmodell .....	57
5.2	Allgemeine Hinweise zum therapeutischen Vorgehen .....	58
5.2.1	Therapeutisches Setting .....	58
5.2.2	Zeitliche Struktur .....	58
5.2.3	Indikationen und Kontraindikationen zur Teilnahme an ImpulsE .....	59
5.3	ImpulsE im Gruppensetting .....	60
5.3.1	Exemplarischer Ablaufplan von ImpulsE .....	60
5.3.2	Allgemeine Übung zur Stärkung der Gruppenkohäsion .....	62
5.3.3	Herausfordernde Therapiesituationen im Gruppensetting .....	63
5.4	Arbeitsmaterialien .....	64
<b>Kapitel 6: Die ImpulsE-Module .....</b>		<b>67</b>
6.1	Modul I – Aufbau eines Verständnisses für die Entstehung und Aufrechterhaltung des eigenen pathologischen Essverhaltens .....	69
6.2	Modul II – Etablierung einer Bereitschaft zum bedürfnis- und zielorientierten Handeln .....	84
6.3	Modul III – Ausbau von funktionalen Emotionsregulationsfertigkeiten .....	93
6.4	Modul IV – Verbesserte Hemmung von Störfaktoren .....	107
6.5	Modul V – Ausbau eines angemessenen Belohnungsaufschubs .....	114
6.6	Modul VI – Verbesserung der Handlungskontrolle .....	123
6.7	Modul VII – Rückfallprävention aus einer werteorientierten Perspektive .....	130
<b>Kapitel 7: Zusatzmodule .....</b>		<b>136</b>
7.1	Zusatzmodul I – Etablierung eines gesunden Ess- und Ernährungsverhaltens .....	137
7.2	Zusatzmodul II – Aufbau eines regelmäßigen Bewegungsverhaltens .....	145
7.3	Zusatzmodul III – Ausbau von Stressbewältigungsfertigkeiten .....	152
7.4	Zusatzmodul IV – Weitere Stabilisierung des Gewichtsverlustes .....	160
<b>Literatur .....</b>		<b>165</b>
<b>Anhang</b>		
	Überblick über die Materialien auf der CD-ROM .....	180

**CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Adobe Acrobat® Reader (vgl. [www.adobe.com/de/reader](http://www.adobe.com/de/reader)) gelesen und ausgedruckt werden.



# Vorwort

*Warum kann ich nicht, obwohl ich will, was ich muss?*  
(nach Kant, 1789)

Patienten und Patientinnen mit Adipositas stellen eine besondere Behandlungsgruppe im psychotherapeutischen Kontext dar. So gilt Adipositas nicht als primär psychische Erkrankung, sondern als Übermaß an Fettgewebe. Die Ursachen sind komplex, wobei neben einer deutlichen genetischen Komponente von psychischen Einflussfaktoren ausgegangen wird. Eine besondere Gruppe Patienten und Patientinnen mit Adipositas stellen dabei jene dar, die ein pathologisches Essverhalten, wie z.B. Überessen, ausgeprägtes Verlangen nach Süßem oder „Grazing“-Verhalten und Essanfälle mit gänzlichem Kontrollverlust erleben, aufweisen. Patienten und Patientinnen mit Adipositas und pathologischem Essverhalten gelten als psychisch stark belastet und als besonders schwer zu behandeln. Zum einen greifen die herkömmlichen Gewichtsreduktionsprogramme nicht, zum anderen wirken psychotherapeutische Programme zur Behandlung der Essstörungspathologie nicht reduzierend auf das Gewicht. Insgesamt fehlt es hier an Behandlungsprogrammen, die auf die Bedürfnisse dieser speziellen Patientengruppe eingehen. Motivationale Stärkung gemeinsam mit einer Verbesserung des Ernährungs-, Bewegungs- und Stressmanagements scheinen nicht ausreichend zu sein, um eine Normalisierung des Essverhaltens und eine dauerhafte Gewichtsreduktion zu erreichen. Unbedachte Ermahnungen von Angehörigen und Vertretern des Gesundheitssystems, wie „Sie müssen abnehmen – essen Sie weniger und bewegen Sie sich mehr.“ sind für die Betroffenen meist nur frustrierend. Die Vertretung von Kants Idealvorstellung und dem meist doch unterschwellig bestehenden Adipositasstigma, oftmals selbst internalisiert von den betroffenen Patienten und Patientinnen, führt eher zu weiterem Scham- und Schuldleben und damit einhergehender Bagatellisierung von ungünstigen Essverhaltensmustern sowie Aufrechterhaltung

des enthemmten Essverhaltens zur Regulation dieses aversiven emotionalen Erlebens.

In den letzten Jahren gibt es Hinweise darauf, dass insbesondere eine hohe Impulsivität den Therapieverlauf von Patienten und Patientinnen mit Adipositas und pathologischem Essverhalten negativ beeinflusst, während beispielsweise erfolgreiche Abnehmer, die auch langfristig ihr Gewicht halten, insbesondere durch gute Selbstkontroll- und Emotionsregulationsfertigkeiten auffallen. Vor diesem Hintergrund wurden erste experimentelle Trainingsprogramme zur Steigerung der Impulskontrolle entwickelt. Ergebnisse dieser bislang sehr vorläufigen Untersuchungen an populationsbasierten Stichproben sind vielversprechend, weisen sie doch darauf hin, dass eine hochkalorische Nahrungsaufnahme durch solch ein Training zumindest kurzfristig reduziert werden kann. Auch die Integration von Interventionen zur Verbesserung der Emotionsregulation scheint zu einer schnelleren Reduktion der Essstörungspathologie zu führen und mit niedrigeren Abbruchquoten einherzugehen.

Der hier dargestellte kognitiv-behaviorale Therapieansatz *ImpulsE*<sup>1</sup> ist der erste, welcher gezielt auf Defizite in der inhibitorischen Kontrolle und der Emotionsregulation als dysfunktionale aufrechterhaltende Faktoren eingeht und an einer klinischen Stichprobe von Patienten und Patientinnen mit Adipositas und pathologischem Essverhalten evaluiert wurde. Neben motivationaler Stärkung und einer Verbesserung verschiedener Inhibitionsfertigkeiten und der Emotionsregulation unterstützen die eingesetzten therapeutischen Interventionen das Erleben von Selbstwirksamkeit. Der vorliegende Therapieansatz gründet

1 Akronym für *Impulsivität* und ihre Interaktion mit *Emotionsregulation*.

sich auf theoretischen Überlegungen, zu denen wir angesichts bereits durchgeführter Studien zu den Themen Impulsivität und Adipositas, bzw. Essanfällen, ausführlichen Literaturrecherchen sowie unserer langjährigen klinischen Erfahrung in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Essstörungen und/oder Übergewicht und Adipositas gelangten. Im Rahmen einer ersten randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie erwies sich *ImpulsE* bereits als effektiver alternativer Therapieansatz zu einer Richtlinienbehandlung bei hoher Behandlungszufriedenheit der Patienten und Patientinnen. Sowohl Selbstkontrollfertigkeiten als auch die Essstörungspathologie hatten sich in beiden Behandlungsgruppen bedeutsam verbessert, wobei *ImpulsE* hypothesenkonform die nahrungsbezogene interruptive Inhibition<sup>2</sup> effizienter zu verbessern scheint. Die therapeutischen Effekte stabilisierten sich bis zur 3-Monats-Katamnese. Darüber hinaus scheint sich ein zusätzlicher positiver Effekt von *ImpulsE* auf den längerfristigen Gewichtsverlauf generell bei Patienten und Patientinnen mit Adipositas und pathologischem Essverhalten und speziell in der Reduktion der objektiven Essanfälle in der Subgruppe von Patienten und Patientinnen mit diagnostizierter Binge-Eating-Störung zu ergeben. Bei rund 56 % der bislang behandelten Patienten und Patientinnen mit *ImpulsE* war eine vollständige Remission der Essstörungssymptomatik drei Monate nach Therapieende zu erkennen. Eines unserer Hauptanliegen ist es mit dem vorliegenden Therapieansatz Behandlern in Beratung und Psychotherapie für oftmals entmutigte Patienten und Patientinnen mit Adipositas und pathologischem Essverhalten psychotherapeutische Interventionen an die Hand zu geben, die an mitunter entscheidenden aufrechterhaltenden Mechanismen ansetzen.

Im Folgenden verzichten wir aus Gründen der Lesbarkeit und Einfachheit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Wir sprechen von Patienten und (Psycho-)Therapeuten, wohl wissend, dass es sich dabei ebenfalls um Patientinnen und (Psycho-)Therapeutinnen handelt. Die dargestellten Inhalte gelten somit gleichwohl für Personen beiderlei Geschlechts.

2 Handlungskontrolle; Fertigkeit der Impulskontrolle, einen bereits initiierten Handlungsimpuls auf schmackhafte Nahrungsstimuli zu hemmen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende, erkenntnisreiche Lektüre sowie viel Freude und Erfolg bei der Umsetzung der therapeutischen Techniken in der Arbeit mit Patienten mit Adipositas und pathologischem Essverhalten.

## Danksagung

Dieses Therapiemanual entstand im Rahmen einer dreijährigen Therapiestudie am Behandlungs- und Forschungsschwerpunkt für Essstörungen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Während dieser Zeit wurden wir bei der Konzeption, Rekrutierung, Datenerhebung und Durchführung der Gruppentherapien großartig von unseren studentischen Hilfskräften und Praktikantinnen Eva-Maria Beitzel, Ariane Blaschke, Verena Gehrman, Paula Geigges, Martina Kühnel, Larissa Leister und Gabriele Twistel sowie von unseren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Lena Herdt, Alexandra Kaluza, Carina Pika und Catalina Schmitz unterstützt – vielen Dank für eure wertvolle Mitarbeit. Für die Anfertigung der wundervollen Zeichnungen möchten wir uns ganz herzlich bei Dorothee Grix bedanken. Darüber hinaus möchten wir an dieser Stelle auch Rita Leist, Dr. Dipl.-Psych. Manuela Schäfer und Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Witthöft für jegliche Unterstützung bei unserer Studienorganisation in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie herzlich danken. Zudem gilt für die äußerst kooperative Zusammenarbeit und die Möglichkeit, ein zweites Studienzentrum in Frankfurt am Main zu eröffnen, ein weiterer herzlicher Dank Dipl.-Psych. Urban Leim-Frübis, Dipl.-Psych. Gitte Tullius und Dipl.-Psych. Anne-Marie Maasch des Frankfurter Institutes für Verhaltenstherapie FIVE-AMB. Unseren Kollegen aus der Impulsivitätsforschung, Dr. Dipl.-Psych. Adrian Meule, Dipl.-Psych. Nathalie Deux und Dr. Dipl.-Psych. Marlies Pinnow, möchten wir ebenfalls für die wertvollen Anregungen und Diskussionen danken. Der größte Dank gilt jedoch den an unserer Therapiestudie teilnehmenden Patienten und Patientinnen, die wir ein Stück ihres Weges begleiten durften. Nur durch ihr Vertrauen, ihre motivierte Mitarbeit sowie ihre überaus hilfreichen Rückmeldungen ist es uns gelungen dieses Therapiemanual zu der jetzigen Endfassung zu bringen.

Mainz und Hamm,  
im März 2018

Hanna Preuss,  
Katja Schnicker und  
Tanja Legenbauer

# I. Theoretischer Hintergrund



# Kapitel 1

## Adipositas und pathologisches Essverhalten

Übergewicht und Adipositas sind in den letzten Jahren zu einer Pandemie erklärt worden und stellen ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko mit hoher Chronifizierungsgefahr dar. Assoziiert mit dem starken Übergewicht sind körperliche Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und kardiovaskuläre Erkrankungen. Auch ist von einem erhöhten Mortalitätsrisiko auszugehen. Neben körperlichen Folgeerkrankungen sind zudem psychische Belastungen und komorbide Störungen zu beachten, die sich auch erschwerend auf die Behandlung auswirken können. Dazu gehören insbesondere die Binge-Eating-Störung wie auch andere nicht näher bezeichnete Formen pathologischen Essverhaltens sowie depressive und Angsterkrankungen. In diesem Kapitel wird daher ein Überblick über die Klassifikation von Übergewicht und pathologischem Essverhalten gegeben, differenzialdiagnostische Überlegungen dargestellt und mögliche Komorbidität und Folgen aufgezeigt. Zudem werden aktuelle ätiologische Erklärungen zur Entwicklung von Übergewicht und Adipositas und gestörtem Essverhalten erläutert und der aktuelle Stand der Therapieforschung zusammenfassend beschrieben.

### 1.1 Symptomatik und Klassifikation

Adipositas ist definiert als ein an der Körpergröße standardisiertes Körpergewicht von größer oder gleich  $30 \text{ kg/m}^2$ . Seit 2013 gilt Adipositas als chronische Erkrankung (Kyle, Dhurandhar & Allison, 2016), die mit schweren körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen einhergeht. So ist die Sterblichkeitsrate bei adipösen Menschen deutlich erhöht, verschiedenste Körperfunktionen sind beeinträchtigt und können zu schweren gesundheitlichen Schäden und Funktionsbeeinträchtigungen führen (Sjöström, 2013). Insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzin-

farkt und Schlaganfall, erhöhter Bluthochdruck und Diabetes mellitus, aber auch Krebserkrankungen kommen bei adipösen Menschen häufiger vor als bei normalgewichtigen Personen (Baker & Sørensen, 2011). Darüber hinaus werden adipöse Menschen stärker diskriminiert und stigmatisiert, womit möglicherweise auch eine stärkere psychische Belastung und eine generell niedrigere Lebensqualität zusammenhängen. Insbesondere Angsterkrankungen und depressive Störungen treten gehäuft auf (Legenbauer et al., 2009; Luppino et al., 2010; Rankin et al., 2016).

Trotz der eindeutig nachgewiesenen genetischen Komponente von Essverhalten und Körpergewicht ist davon auszugehen, dass auch Umweltfaktoren wie Ernährung und körperliche Bewegung das Körpergewicht nicht unerheblich beeinflussen (Herpertz, 2015). Insbesondere die Imbalance zwischen Energieaufnahme und -abgabe in Richtung einer positiven Energiebilanz führt zu einem stetig steigenden Körpergewicht und unterstützt die Entwicklung von Übergewicht bzw. Adipositas. Angenommen wird, dass hier die Etablierung einer ungünstigen Ernährungsweise bei gleichzeitig eher inaktivem Lebensstil eine Rolle spielt. Darüber hinaus scheint bei einer Subgruppe an adipösen Menschen die Nahrungsaufnahme an seelische Prozesse gekoppelt zu sein und neben der Hungersättigung weitere, psychische Funktionen zu übernehmen wie die Regulation von negativen Gefühlszuständen. Die Ausprägung des pathologischen Essverhaltens variiert dabei von Überessen bei Mahlzeiten über Heißhunger auf besondere Nahrungsmittel bis hin zu regelmäßigen Essanfällen im Sinne einer Binge-Eating-Störung (Williamson & Martin, 1999). Letztere ist seit 2013 als eigenständige psychische Störung in das Diagnostische und Statistische Manual der amerikanischen Psychiatriervereinigung (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) aufgenommen worden.

Im Vergleich zu normalgewichtigen Personen ist eine erhöhte Auftretenshäufigkeit von Essstörungssymp-

tomen bei adipösen Personen zu finden. Insbesondere die Binge-Eating-Störung wird als häufige komorbide Störung bei adipösen Personen beobachtet. Liegt die Prävalenz der Binge-Eating-Störung in der allgemeinen Bevölkerung bei ca. 3% (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007), so finden sich unter Teilnehmern in Gewichtsreduktionsprogrammen ca. 30% Betroffene mit Adipositas und Binge-Eating-Störung (Treasure, Claudino & Zucker, 2010). Untersuchungen an Patienten mit Binge-Eating-Störung zeigen eine komorbide Adipositas bei ca. 65 bis 70% der Patienten (siehe bspw. Grucza, Przybeck & Cloninger, 2007; Striegel-Moore et al., 2001).

Das Hauptkriterium der Binge-Eating-Störung sind *regelmäßig auftretende Essanfälle* mit dem Gefühl des *Kontrollverlustes*. Die Essanfälle sollen einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auftreten (nach DSM-5 APA, 2013). Viele Betroffene berichten keine klar umgrenzten Essanfälle, sondern nehmen über mehrere Stunden hinweg unkontrolliert Nahrung zu sich (Williamson & Martin, 1999), so dass in diesen Fällen nicht die Anzahl der Essanfälle zur Diagnosestellung relevant ist, sondern die Anzahl der Tage, an welchen Essanfälle auftreten (ein Tag pro Woche über drei Monate). Das Ausmaß der Essanfälle kann sich soweit entwickeln, dass die Betroffenen nicht mehr sozialen oder beruflichen Verpflichtungen nachgehen können. Die bei Essanfällen verzehrten Kalorien sind bei Betroffenen mit Binge-Eating-Störung mit 600 bis 3.000 kcal in der Regel geringer als bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (Walsh & Boudreau, 2003). Als Auslöser für Essanfälle können z.B. negative emotionale Reize (z.B. eine negative Stimmungslage) oder zwischenmenschliche Konflikte fungieren (Greeno, Wing & Shiffman, 2000). Im Gegensatz zur Bulimia nervosa führen die Betroffenen mit einer Binge-Eating-Störung keine gegenregulatorischen Maßnahmen durch, wie z.B. übermäßiges Sportverhalten oder Erbrechen. Dennoch machen auch sie sporadisch Diäten (z.B. mithilfe des Auslassens von Mahlzeiten und vermehrter körperlicher Betätigung; Grilo, Masheb & Wilson, 2001), welche einen Versuch darstellen, die Kontrolle über das sonst sehr chaotische Essverhalten (Phasen mit enthemmtem oder gehemmttem Essverhalten, Überessen) zurückzuerlangen (Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli & Walsh, 2002). Das kompensatorische Verhalten ist in Bezug auf Regelmäßigkeit und Intensität somit deutlich unterschiedlich im Vergleich zur Bulimia nervosa, was sich im ansteigenden Gewichtsverlauf zeigt. Zusätzlich zu den Essanfällen sind zur Diagnosestellung verschiedene Verhaltensweisen gefordert, wie z.B. alleine Essen aus Schamgefühlen, Essen ohne Hunger, Gefühl von Ekel, Traurigkeit oder

Schuld nach dem Essen (vgl. Kasten zu den diagnostischen Kriterien nach DSM-5).

Obwohl in den Diagnosekriterien zur Binge-Eating-Störung die Körperbildstörung nicht aufgeführt ist, besteht auch bei den Betroffenen eine Überbewertung der eigenen Figur und des Gewichts im Hinblick auf die Stabilisierung des Selbstwertes (Fairburn & Harrison, 2003; Legenbauer et al., 2011). Es wurde diskutiert, das Kriterium der „übermäßigen Beschäftigung mit Figur und Gewicht“ in die Diagnosekriterien aufzunehmen (Mond, Hay, Rodgers & Owen, 2007). Dies ist jedoch in der 5. Fassung des DSM nicht umgesetzt worden. Im Folgenden sind die *Diagnosekriterien* für die Binge-Eating-Störung des DSM-5 aufgeführt:

**Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, dt. Ausgabe © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)**

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:
1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
  2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
1. Wesentlich schneller essen als normal.
  2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.
  3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt.
  4. Alleine essen aus Scham über die Menge, die man isst.
  5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.

E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit wiederholten unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen wie bei der Bulimia Nervosa und nicht ausschließlich im Verlauf einer Bulimia Nervosa oder Anorexia Nervosa auf.

*Bestimme, ob:*

*Teilremittiert:* Nachdem zuvor alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, treten die Essanfälle seit einem längeren Zeitraum durchschnittlich seltener als einmal pro Woche auf.

*Vollremittiert:* Nachdem zuvor alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, tritt keines der Kriterien seit einem längeren Zeitraum auf.

*Bestimme den aktuellen Schweregrad:*

Die minimale Ausprägung des Schweregrades wird über die Häufigkeit der Essanfälle bestimmt (siehe unten). Der Schweregrad kann höher angesetzt werden, um andere Symptome und den Grad der funktionellen Beeintrachtung zu verdeutlichen.

*Leicht:* 1 bis 3 Essanfälle pro Woche

*Mittel:* 4 bis 7 Essanfälle pro Woche

*Schwer:* 8 bis 13 Essanfälle pro Woche

*Extrem:* 14 oder mehr Essanfälle pro Woche

Neben objektivierbaren Essanfällen werden weitere Formen pathologischen Essverhaltens beschrieben wie bspw. „grazing“ oder „nibbling“. Dabei werden kleinere Mengen über den Tag verteilt zwischen den Mahlzeiten oder auch statt der Mahlzeiten gegessen. Als pathologisch wird dieses häufige Essen kleinerer Mengen angesehen, wenn das Essen ohne Hungergefühl und mit einem Kontrollverlust einhergeht (siehe bspw. Conason, 2014; Conceio et al., 2014; Lane & Szab, 2013).

Abzugrenzen von der Binge-Eating-Störung ist des Weiteren die *Bulimia Nervosa vom Non-purging Typus*, bei der die Betroffenen – ebenso wie bei der Binge-Eating-Störung – kein Erbrechen als Kompensation durchführen, dafür aber Fasten oder übermäßiges Sportverhalten. Betroffene mit Binge-Eating-Störung zeigen zwar auch phasenweise Diätverhalten/restriktives Essen, jedoch nicht in dem Ausmaß wie bei der Bulimia nervosa. Dieser Unterschied der Bulimia nervosa im Vergleich zur Binge-Eating-Störung führt dazu, dass das Gewicht von Betroffenen mit Bulimia nervosa häufig im Bereich des Normalgewichts liegt. Im Vergleich zur Bulimia nervosa berichten Patienten mit Binge-Eating-Störung, dass sie das Essen sowie den Geruch auch genießen und während des

Essens entspannen können. Dennoch zeigt sich nach den Essanfällen auch bei Betroffenen mit Binge-Eating-Störung verstärktes körperliches Unwohlsein und Angst (Mitchell et al., 1999).

Ferner ist ein *bermaiges Essverhalten*, welches nicht die Ausmaße der Essanfälle mit Kontrollverlust erleben wie bei der Binge-Eating-Störung annimmt, von der Diagnose der Binge-Eating-Störung abzugrenzen. Dies kann z.B. im Verlauf einer Major Depression auftreten. Abzugrenzen ist zudem *gestörtes Essverhalten, welches durch medizinische Krankheitsfaktoren* (z. B. Kleine-Levine-Syndrom) verursacht wird.

Darüber hinaus sind im DSM-5 weitere Störungen im Essverhalten aufgeführt, welche auch bei adipösen Personen auftreten können, über deren Prävalenz und auch deren Auswirkung auf das Gewicht und den Therapieverlauf allerdings oft nicht viel bekannt ist. Dabei handelt es sich beispielsweise um Personen, die Essanfälle berichten, aber nicht alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllen (bspw. geringere Häufigkeit, begrenzte Dauer [DSM-5]) sowie Personen, die insbesondere und ausschließlich nächtliches Essen (nachdem bereits geschlafen wurde) oder exzessives Essen nach dem Abendessen als Hauptproblematik schildern, das sogenannte Night Eating-Syndrom (DSM-5); dieses ist abzugrenzen von einer Binge-Eating-Störung (Zwaan, Mller, Allison, Brähler & Hilbert, 2014).

Neben diesen umschriebenen Formen pathologischen Essverhaltens sind zudem nicht näher bezeichnete Ftter- oder Essstörungen zu nennen (DSM-5). Dabei liegen zwar charakteristische Symptome einer Ftter- oder Essstörung vor, die klinisches Leiden verursachen, jedoch die Kriterien einer spezifischen Störung nicht erfüllen.

Zudem wird *Food Craving* – das suchartige Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln – mit Übergewicht und Adipositas assoziiert. Aktuell ist Food Craving nicht als eigenständige Störung in den Klassifikationssystemen enthalten, die Übertragung der Kriterien für Suchterkrankungen auf ein gestörtes Essverhalten im Zusammenhang mit spezifischen Nahrungsmitteln wird in der Wissenschaft aber lebhaft diskutiert (bspw. Hebebrand et al., 2014; Meule & Gearhardt, 2014).

Insgesamt finden sich bei Menschen mit Adipositas verschiedenste Formen pathologischen Essverhaltens, welche zu identifizieren und gemäß den oben dargestellten Kriterien zu charakterisieren sind, um diese in der Behandlung adäquat berücksichtigen zu können; denn adipöse Patienten mit pathologischem Essverhalten stellen eine besondere Gruppe dar.