

Binge Eating Disorder

Bio-psychosoziale Ätiologiemodelle und psychotherapeutische Behandlungsansätze

26. Oktober 2023
Privatklinik Aardorf

Yoan Mihov, Dr. phil.

Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Verhaltenstherapeut SGVT

Postdoc, Ko-Leiter Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Fribourg

Universität Fribourg

Departement für Psychologie

Rue P.-A.-de-Faucigny 2

CH-1701 Freiburg

E-Mail: yoan.mihov@unifr.ch

1.0. Einleitung

**Wie verbreitet sind
Essstörungssymptome?**

Aktuelle Trends: z.B. Deutschland

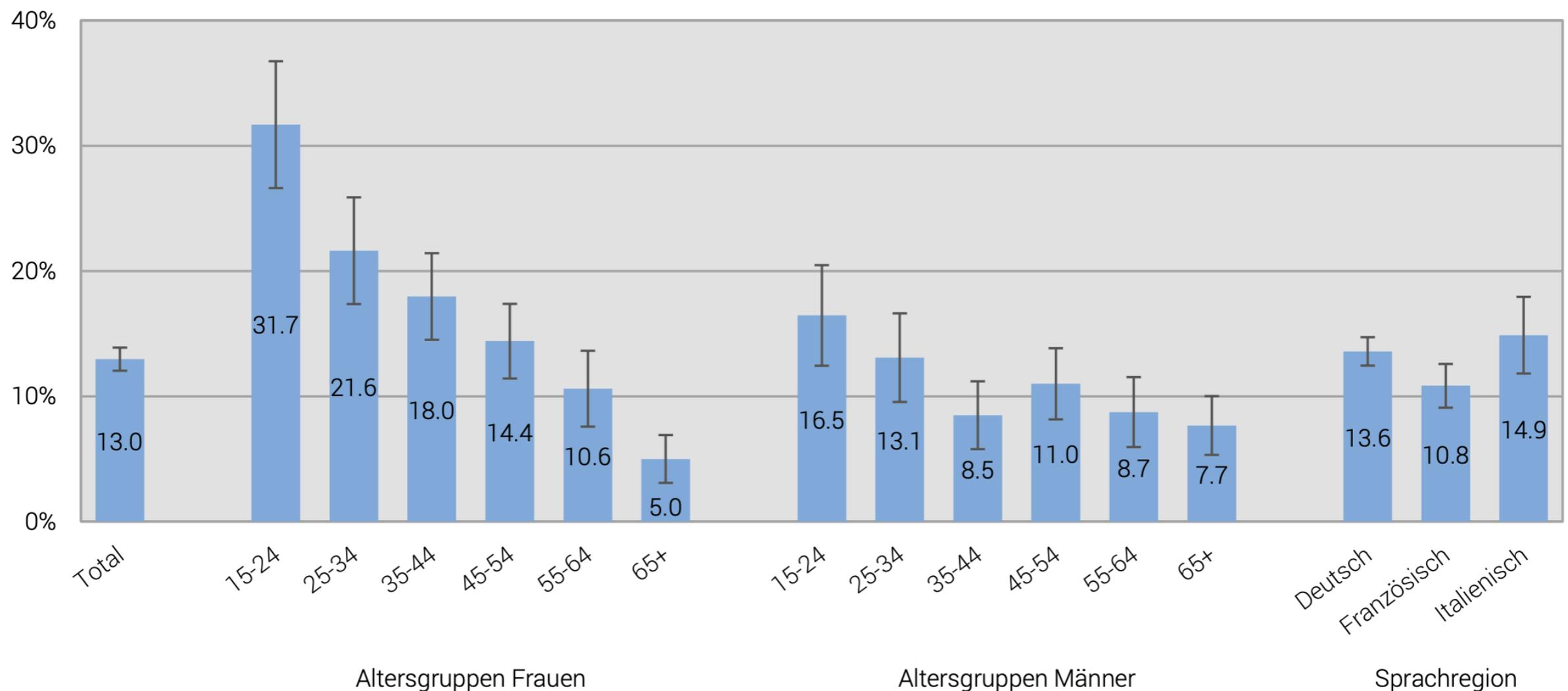
(n=1524) aus Nordrhein-Westfalen (DE) zwischen 11 und 17 Jahren (Schuck, Munsch, Scheider, 2018)

Körperbild und Essverhalten im letzten Monat	Prävalenzen
Gefühl, dick zu sein	36.0%
Angst vor Gewichtszunahme	21.9%
Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht	36.1%
Auslassen von Mahlzeiten	34.8%
Fasten	15.3%
Vermeidung bestimmter Lebensmittel	20.6%
Schuld und Schamgefühle nach dem Essen	25.7%
Essanfälle	16.0%
Selbst-verursachtes Erbrechen	2.8%
Einnahme von Diät-Pillen und Laxantien	1.7%

Essstörungssymptome in der Schweiz

G 3.13 Symptome Essstörung, nach Geschlecht, Alter und Region, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5484

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Übersicht

- 1.1. Diagnostik und Messung
- 1.2. Komorbiditäten
- 1.3. Epidemiologie
- 1.4. Neuro
- 1.5. Leitlinien
- 1.6. Veränderungsmotivation
- 1.7. KVT-E
- 1.8. i-KVT-E

- 1.9. Exkurs: IPT
- 2.0. Exkurs: EFT
- 2.1. Exkurs: Adipositasmedikamente

1.1. Diagnostik und Messung

Diagnoseinstrumente

Diagnosekriterien

ICD-10 (WHO, Krankenkasse)

ICD-11 (WHO, Krankenkasse)

DSM-5 (APA, Forschung)

Strukturierte Interviews

SKID, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5

Beesdo-Baum, Zaudig, & Wittchen (2019)

DIPS, Diagnostisches Interview für Psychische Störungen

Margraf, Cwick, von Brachel, Suppiger, & Schneider (2021)

<https://www.doi.org/10.46586/rub.172.149>

EDE, Eating Disorder Examination, Interview und Fragebogen

Fairburn & Cooper (1993); dt. Fassung von Hilbert, Tuschen-Caffier, & Ohms (2004).

- Häufigkeits- und Intensitätsratings

Fragebögen zur dimensionalen Erfassung der Symptomatik

EDE-Q, Eating Disorder Examination - Questionnaire

Deutsche Fassung von Hilbert & Tuschen-Caffier (2016)

https://www.dgvt-verlag.de/e-books/2_Hilbert_Tuschen-Caffier_EDE-Q_2016.pdf

4 Skalen:

- Restraint (gezügelter Essen)
- Eating Concern (essensbezogene Sorgen)
- Weight Concern (Gewichtssorgen)
- Shape Concern (Figursorgen)

WBQ, Weekly Binges Questionnaire (Munsch et al., 2007)

EDI-2, Eating Disorder Inventory (Thiel et al., 1997)

12 Skalen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation, Soziale Unsicherheit

Nachschlagewerke

ICD-11

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

- in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Bundesamt für Statistik

ICD-10

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. überarbeitete Aufl.)*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hans Huber.

Dilling, H., & Freyberger, H. (Hrsg.) (2017). *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. (8. Aufl.)*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hogrefe.

- (2019) (9. Aufl.). German Modification (ICD-10-GM) 2019 des Deutschen Instituts für Medizinische Datenverarbeitung und Information (DIMDI)

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2016). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. (6. Aufl.)*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hogrefe.

DSM-5

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association.

Binge-Eating-Störung

ICD-11: 6B83 (ICD-10: F50.8; DSM-5: 307.51)

- **Wiederholte Essanfälle**

Zeit + Menge + Gefühl des Kontrollverlusts

- Die Essanfälle sind **begleitet durch mindestens drei:**

Wesentlich **schneller** essen

Essen bis zu einem unangenehmen **Völlegefühl**

Alleine essen aus Scham

Ekelgefühle, Deprimiertheit, Schuldgefühle

- **Leidensdruck / Beeinträchtigung**

- **Frequenz**

im Durchschnitt ≥ 1 / Woche

Zeitraum: 3 Monaten (ICD-11 “über mehrere Monate”)

- Nicht ausschliesslich im Rahmen von **AN oder BN**

- **Teil-** ($< 1/W$) / **vollremittiert**

- **Leicht** (1-3/W); **Mittel** (4-7/); **Schwer** (8-13/W); **Sehr schwer** (≥ 14)

1.2. Komorbiditäten

Komorbiditäten von AN, BN und BES -1-

Major Depressive Disorder

AN: 32 - 40%

BN: 45 - 78.6 %

BES: 32.3%

Bipolare Störung I und II

AN: 0 - 3%

BN: 7.1 - 17.1%

BES: 12.5%

Panikstörung

AN: 3 - 12%

BN: 10 - 16.2%

BES: 13.2%

Soziale Angststörung

AN: 12 - 55%

BN: 16 - 59%

BES: 31.9%

Spezifische Phobien

AN: 12.9 - 34%

BN: 5 - 50%

BES: 37.1%

GAS

AN: 6 - 24%

BN: 0 - 45.4%

BES: 26.3%

PTSD

AN: 0 - 5%

BN: 3 - 17.4%

BES: 8.2%

OCD

AN: 7.5 - 35%

BN: 3.5 - 40%

BES: 12.2%

Komorbiditäten von AN, BN und BES -2-

Alkoholgebrauchsstörung

AN: 8 - 24.5%

BN: 33.7 - 46.1%

BES: 21.4%

Substanzgebrauchsstörungen

AN: 0 - 17.7%

BN: 12.5 - 26%

BES: 19.4%

Adipositas

Kessler et al. (2013). Biol Psychiatry

in HC = 15.8%

in BN = 32.8%

in BED = 36.2 %

Body-Mass-Index (BMI) und Perzentile

<https://adipositas-gesellschaft.de/bmi/>

BMI

- $\text{BMI} = \text{kg} / \text{m}^2$

Normalgewicht

- BMI im Bereich [18.5; 25]

Übergewicht

- Übergewicht: $25 < \text{BMI} < 30$
- Adipositas Grad I: $30 < \text{BMI} < 35$
- Adipositas Grad II: $35 < \text{BMI} < 40$
- Adipositas Grad III: $40 < \text{BMI}$

Untergewicht

- Leicht: $17 < \text{BMI} < 18.5$
- Mittel: $16 < \text{BMI} < 17$
- Schwer: $15 < \text{BMI} < 16$
- Extrem: $\text{BMI} < 15$
 - ➔ BMI < 15 Indikation zur **stationären Behandlung**

Binge-Eating(-Störung) als Komorbidität von Adipositas

Variable Schätzungen, je nach untersuchter Population...

He et al. (2016). doi: 10.1002/eat.22661

In Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas

22% Binge eating

31% LOC eating

Segura-Garcia et al. (2017). doi: 10.1016/j.jad.2016.11.005

All obese outpatients seeking treatment for weight loss

61% BES

1.3. Epidemiologie

Prävalenz von Essstörungen über die Lebensspanne

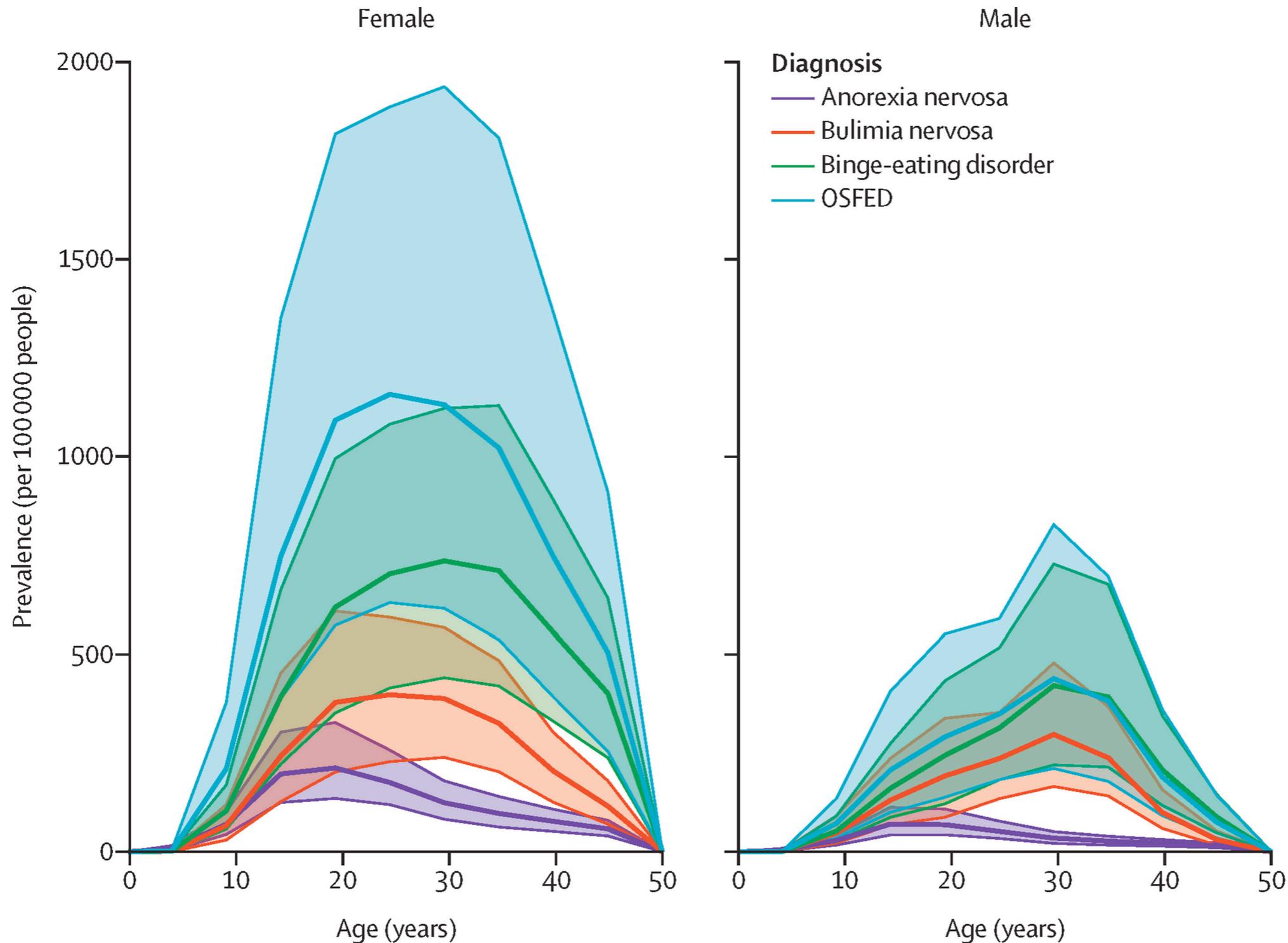


Figure 2 in "The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019" by Santomauro et al. (2021), [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7), licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Epidemiologie und Verlauf

Lebenszeitprävalenz USA

AN: 0.9% (USA); F:M etwa 10:1

BN: 1.5% (F); 0.5% (M) in den USA

BES: 3.5% (F); 2% (M) in den USA

Lebenszeitprävalenz Schweiz (Frauen / Männer)

AN: (1.2% / 0.2%)

BN: (2.4% / 0.9%)

BES: (2.4% / 0.7%)

Achtung

Änderungen in den Diagnosekriterien, z.B. für BN von DSM-IV zu DSM-5, wirken sich auf die Prävalenzzahlen aus

Globale Faktoren wie die zunehmende Nutzung sozialer Medien und oder COVID-19-Pandemie können sich ebenfalls auf die Prävalenz von Essstörungen auswirken

Agras & Robinson (2018), p. 34-39; Schnyder, Milos, Mohler-Kuo, & Dermota (2012)

Diagnostischer Cross-over

Milos et al. (2005), doi: [10.1192/bjp.187.6.573](https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.573)

Fichter et al. (2007), doi: [10.1002/eat](https://doi.org/10.1002/eat)

Castellini et al. (2011), doi: [10.1097/PSY.0b013e31820a1838](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838)

Schätzungen variieren:

- ca. 5% - 20% Cross-over zwischen **BES** und **BN** oder **EDNOS**

1.4. Einsichten aus den Neurowissenschaften und Pharmakotherapie

Food Addiction Model

Smith, D.G., & Robbins, T.W. (2013). The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model. *Biological Psychiatry*, 73, 804-810. [doi:10.1016/j.biopsych.2012.08.026](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.026)

Viele Ähnlichkeiten, unter anderem:

- Symptomebene
- Neurochemische Faktoren (Opioid- und Dopaminaktivität)
- Reaktion auf antizipatorische Stimuli
- Strukturelle Veränderungen

Frank, G. (2016). The perfect storm - a bio-psycho-social risk model for developing and maintaining eating disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10(44), 1-4. [doi:10.3389/fnbeh.2016.00044](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00044)

AN: DA-System sensitisiert & hohe kognitive Kontrolle

BN: DA-System desensitisiert & hohe kognitive Kontrolle

BES: DA-System desensitisiert & geringere Kontrolle

Glutamat und Binge Eating

Mihov & Hasler (2016). <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw002>

- Negative allosterische Modulatoren von mGlu5 (mGlu5 NAMs)
- Reduzieren dosisabhängig die Nahrungsaufnahme in Ratten, Mäusen, Affen

Yohn et al. (2019). <https://doi.org/10.1021/acscchemneuro.8b00601>

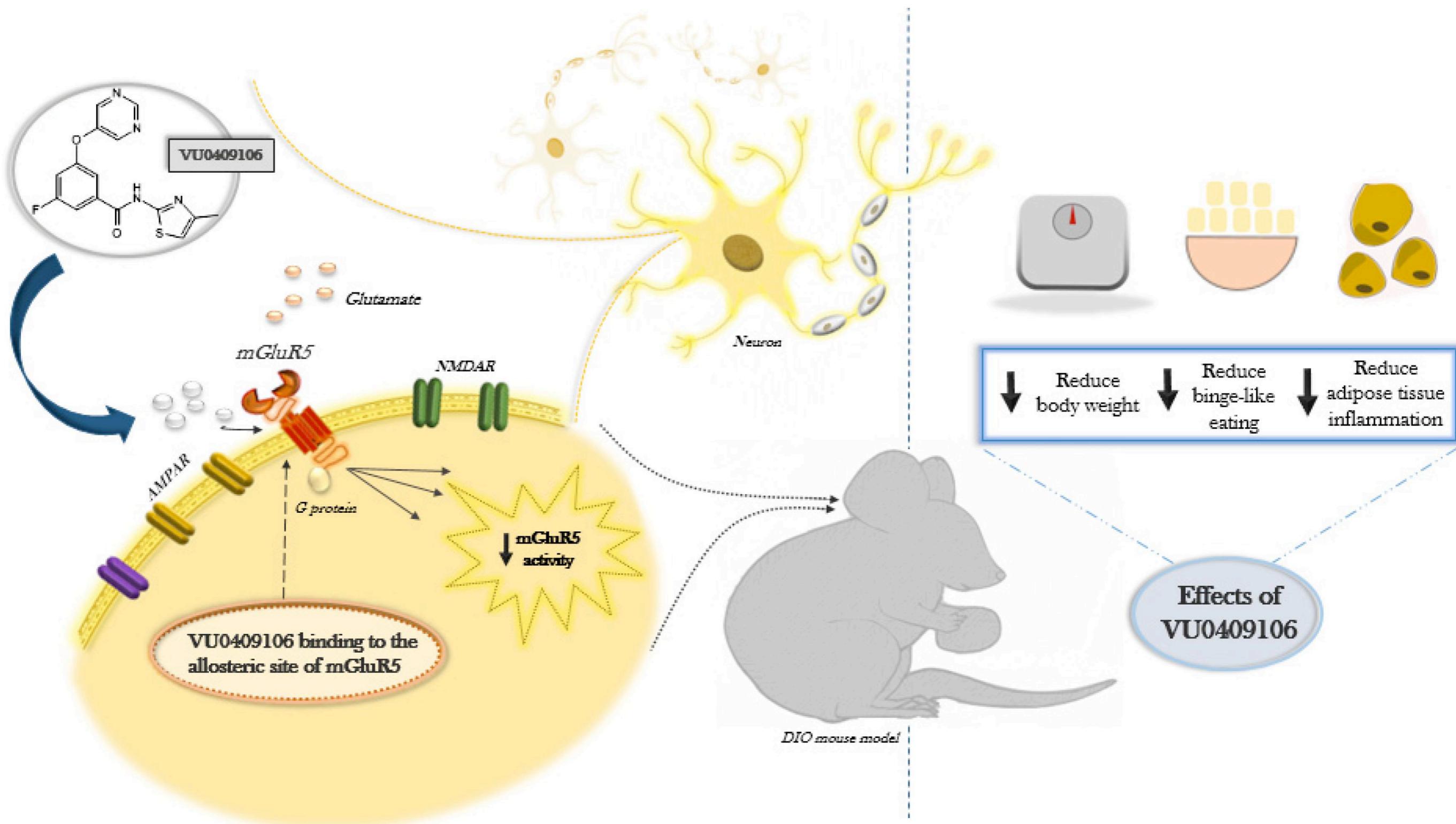
- Überlappungen zwischen Substanzkonsumstörungen, Adipositas, BES
- Gruppe-I-mGlu-s (mGlu1, mGlu5) im mesolimbischen Dopaminsystem

Mihov et al. (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63389-7>

- PET mit [11C]ABP688 mGlu5
- Frauen mit Bulimia nervosa vs. gesunde Kontrollen
- Erhöhtes Ratio der Verteilungsvolumina (DVR) im Gyrus rectus, anterioren Gyrus cingulum, subgenualen Präfrontalkortex

Oliveira et al. (2022). <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.631311>

- High-fat diet (HFD) => Modell für Übergewicht
- Intermittent high-fat diet (IHFD) => Modell für Binge Eating
- VU0409106 (mGlu5 NAM) reduziert beides sowie Insulinspiegel und Entzündungsparameter in HFD & IHFD bei Mäusen



Graphical abstract of “Negative Modulation of the Metabotropic Glutamate Receptor Type 5 as a Potential Therapeutic Strategy in Obesity and Binge-Like Eating Behavior” by Oliveira et al. (2022), doi: 10.3389/fnins.2021.631311, licensed under the terms of a Creative Commons Attribution License (CC BY), <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Sozialer Stress im Tiermodell

Razzoli et al. (2017), doi:10.1016/j.neubiorev.2017.01.026

Mausmodell des chronischen psychosozialen Stresses

social subordination stress

Hyperphagie und Insulinresistenz

+ hochkalorisches Futter => Gewichtszunahme

1.5. Leitlinien

S3-Leitlinie Essstörungen

Quellen:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-59606-7> (Herpertz et al., 2019)

Stärke der Behandlungsempfehlung

- **A** („Soll“)
- **B** („Sollte“)
- **O** („Kann“)
- **KKP** („Klinischer Konsenspunkt“)

Evidenzgrade nach Harbor & Miller (2001), zitiert nach Herpertz et al. (2019), Seite XV

Evidenzgrad	Studien zu Therapie/Prävention/Ätiologie
1a	Systematische Übersicht über randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
1b	Ein RCT (mit engem Konfidenzintervall)
1c	Alle-oder-Keiner-Prinzip
2a	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien
2b	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität
2c	Outcome-Studien, Ökologische Studien
3a	Systematische Übersicht über Fall-Kontrollstudien
3b	Eine Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien oder Kohorten-/Fall-Kontrollstudien minderer Qualität
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen/Laborforschung

S3-Empfehlungen Binge-Eating-Störung

Einige Empfehlungen BES (vollständige Auflistung; pp. 295-296, Herpertz et al., 2019)

- Bei **Übergewicht und Adipositas** Essanfälle erfragen (KKP)
- Als Therapie der ersten Wahl **Psychotherapie** anbieten (1a; A)
- **KVT** anbieten (1a; A)
- Alternativ zu KVT **interpersonelle Therapie IPT** anbieten (1b; B)
- Alternativ **tiefenpsychologisch** fundierte Psychotherapie (2b; O)
- Strukturierte, manualisierte **Selbsthilfe**, insbesondere mit KVT-Elementen (1a; B)
- **Pharmakotherapie**, z.B. mit Lisdexamphetamin, in Erwägung ziehen, wenn Psychotherapie abgelehnt wird oder nicht wirksam ist (1a; O)
- Kurzfristig multimodale (Ernährung, Bewegung, Verhalten) **Gewichtsreduktionstherapie** (1a; O)
- **Kombination** aus **Gewichtsreduktionstherapie und Psychotherapie** in Erwägung ziehen, wenn Monotherapie nicht ausreichend (1a; O)
- **Stationäre Behandlung** in Erwägung ziehen, wenn ambulante nicht ausreichend (2b; O).
Indikationskriterien (KKP):
 - Ausgeprägte **Komorbiditäten**
 - Hohe **Krankheitsschwere**
 - **Therapieverhindernde Faktoren** (z.B. Körpergewicht)
 - Notwendigkeit einer **multiprofessionellen** Behandlung
- **Kindern und Jugendlichen** eine Psychotherapie unter Einbeziehung der Bezugspersonen empfehlen (KKP)

Leitlinien Adipositas

S3-Leitlinie, 2014 (Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>)

Einige A-Empfehlungen (pp. 37-58):

- Indikation Behandlung:

BMI \geq 30

25 < BMI < 30 und gleichzeitig

übergewichtsbedingte Gesundheitsstörung (z.B. Hypertonie, T2DM)

abdominale Adipositas

Erkrankungen, welche durch Übergewicht verschlimmert

eines hohen psychosozialen Leidensdrucks

- **Basisprogramm** mit drei Komponenten: Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltenstherapie
- Nach Gewichtsreduktion **langfristige Gewichtsstabilisierung**
- **Chirurgischen Eingriff** bei extremer Adipositas (BMI \geq 40) oder mit erheblichen Komorbiditäten (z.B. T2DM) erwägen

Praxisleitfaden Adipositas, 2016 (Quelle: www.sgedssed.ch/praxisleitfaden-adipositas)

- **Ernährungsberatung**
- **Bewegungsangebote**
- **Psychologische Unterstützung**
- **Diabetesberatung**

1.6. Veränderungsmotivation

Veränderungsmotivation

Transtheoretical Model of Change

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller, W.R., Heather, N. (eds.) *Treating Addictive Behaviors* (pp. 3-27). Applied Clinical Psychology, vol 13. Boston, MA: Springer.

Eine stufenweise Entwicklung der Veränderungsmotivation

- Precontemplation
- Contemplation
- Preparation
- Action
- Maintenance

1.7. KVT-E

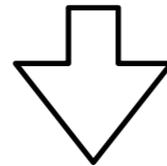
KVT für Essstörungen (KVT-E)

Der goldene Standard in der Behandlung von Essstörungen ist das **transdiagnostische** und **symptomorientierte** Behandlungskonzept ***Enhanced Cognitive Behavioural Therapy***, **CBT-E** bzw. **KVT-E** (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

KVT-Modell der AN / BN / BES

Soziokultureller Kontext

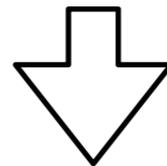
Risikofaktoren (gen. Faktoren, Geburtskomplikationen, Ess- und gastrointestinale Probleme in der Kindheit), **Tiefes Selbstwertgefühl** (interpersonale Defizite, Perfektionismus, belastende Lebensereignisse)



Die **Nahrungsrestriktion** führt zur Gewichtsabnahme (Reaktion)

Selbstwirksamkeit und **Selbstwertgefühl** erhöht (Verstärkung)

Folgeschäden der AN



Diätverhalten begünstigt **Heisshungeranfälle** (Reaktion)

Kompensatorische **Massnahmen** (Reaktion)

Spannungsreduktion (negative Verstärkung)

Folgeschäden der BN

modifiziert nach Jacobi, Paul, & Thiel (2004), p. 34-38

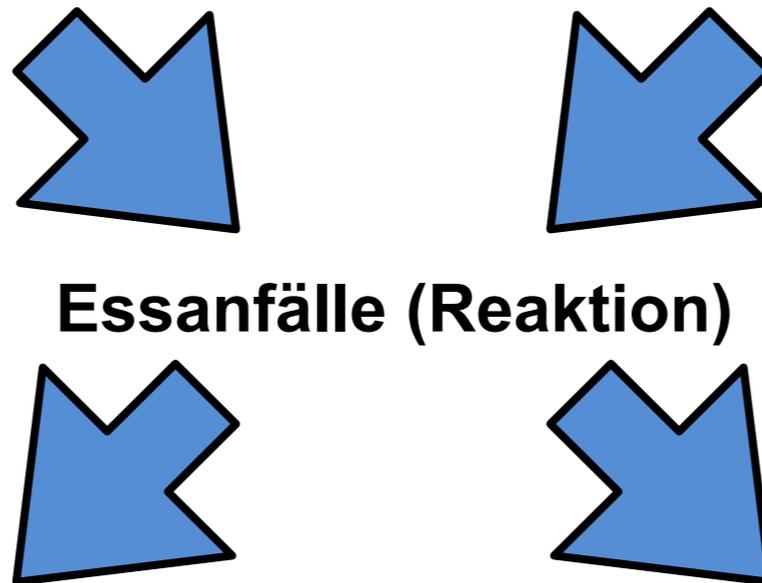
KVT-Modell der BES

Interne Auslösestimuli

- Sorgen um Figur und Gewicht
- Selbstwertprobleme
- Impulsivität
- Anspannung

Externe Auslösestimuli

- Stressoren
- Nahrungsmittel

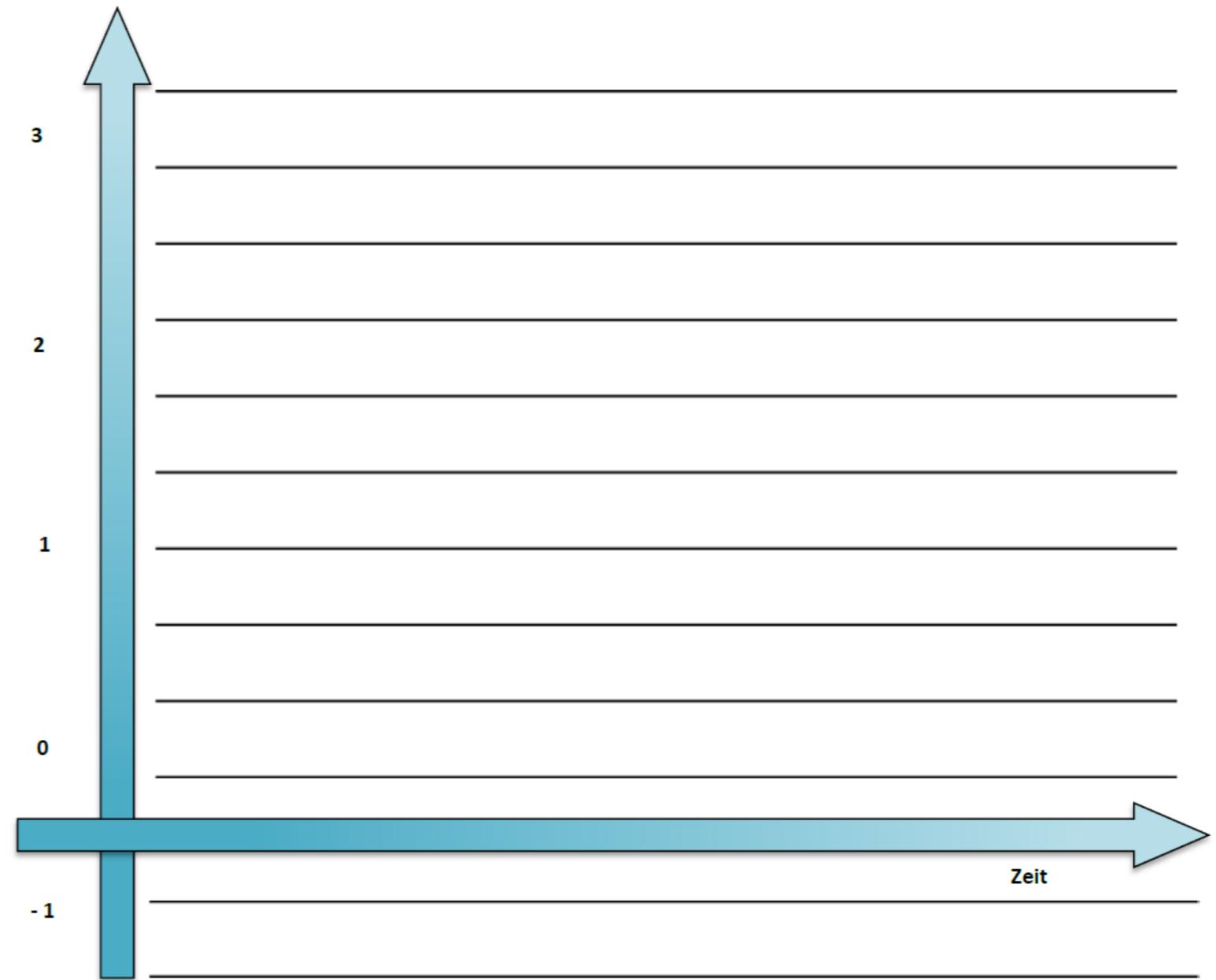


Scham, Schuld
Tiefe Selbstwirksamkeit
Diätverhalten

Verstärkung (Essen)
Neg. Verstärkung (Anspannung)

Ziele setzen mittels Zielerreichungs- -skala

Mein persönliches Ziel: _____



Notieren Sie Ihr Ziel und die Schritte auf dem Weg dazu. Denken Sie bitte daran, konkrete und erreichbare Ziele und Zwischenziele zu formulieren! Jede Woche tragen Sie ein, wo Sie sich auf der Zielerreichungsskala befinden.

Legende:

- 3 bedeutet: Ziel erreicht
- 2 und 1 bedeuten: Zwischenschritte auf dem Weg zur Zielerreichung
- 0 bedeutet: Aktuelle Situation
- -1 bedeutet Verschlechterung der aktuellen Situation

SORCK - das Arbeitspferd der KVT

S: Stimulus	>	Stimuluskontrolle
O: Organismus	>	Organismusbeeinflussung
R: Reaktion	>	Reaktionsalternativen
C: Kontingenz	>	Kontingenz aufbauen
K: Konsequenz	>	Konsequenzen beeinflussen

Lerntheoretische Grundbegriffe

- Positive Verstärkung C+
- Negative Verstärkung ~~C-~~
- Bestrafung C-

KVT-E bei BES Behandlungsinhalte



Therapiephase	Inhalt
Diagnostik Pre	DIPS, Fragebögen, BMI erheben
Vorbereiten Sitzungen 1-2	Psychoedukation, Störungsmodelle, Motivation, persönliche Ziele
Symptomreduktion Sitzungen 3-5	Hilflosigkeit reduzieren: Mahlzeitenplan, ABC-Modell der Essanfälle und Notfallkärtchen
Dysfunktionale Gedanken Sitzungen 6-7	Kognitive Verzerrungen identifizieren und kognitive Defusion trainieren
Rückfallprophylaxe / Indikation Sitzung 8	Ende der Behandlung planen, Indikation für additive Behandlung (Gewichtsmanagement, Affekt- und Emotionsregulation) klären, neue Ziele
Diagnostik Post	DIPS, Fragebögen, BMI erheben
Stabilisieren Sitzungen 9-11	Follow up Sitzungen nach 1, 3 und 6 Monaten; Stabilisierung, Umgang mit Problemen, neue Ziele
Diagnostik Follow up	DIPS, Fragebögen, BMI erfragen

Munsch et al., 2007; Munsch et al., 2012; Wyssen, A.. et al. & Munsch, S. (2021). DOI: 10.1002/erv.2856;
 Psychotherapeutische Praxisstelle Departement f. Psychologie, UniFR.

Evidenz zu KVT-E bei BES

Munsch et al. (2007). [doi:10.1002/eat.20350](https://doi.org/10.1002/eat.20350)

RCT: KVT vs. Gewichtsreduktionstherapie (GRT)

80 Personen mit BES und Übergewicht

16 wöchentliche Sitzungen + 6 monatliche + 12-monatliches Follow-up (12MFU)

Dropouts: 29.5% KVT-E / 25% GRT

Primary Outcomes: BMI und Tage mit Binge Eating reduziert

KVT: Schnellere Wirkung, stärkere Effekte am Ende der Therapie

KVT und GRT vergleichbare Effekte zum 12MFU

Munsch et al. (2012). [doi:10.1016/j.brat.2012.08.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.009)

Follow-up nach 6 Jahren

Symptomverschlechterung (EDE-Q)

Vergleichbare Effekte von KVT und GRT

Frühansprechen - positiver Prädiktor für Therapieergebnis

Einige Buchempfehlungen zu KVT-E

Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Legenbauer, T., & Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Berlin: Springer Verlag.

Hilbert, A., Braunhardt, A., & Munsch, S. (2017). *Ratgeber Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.

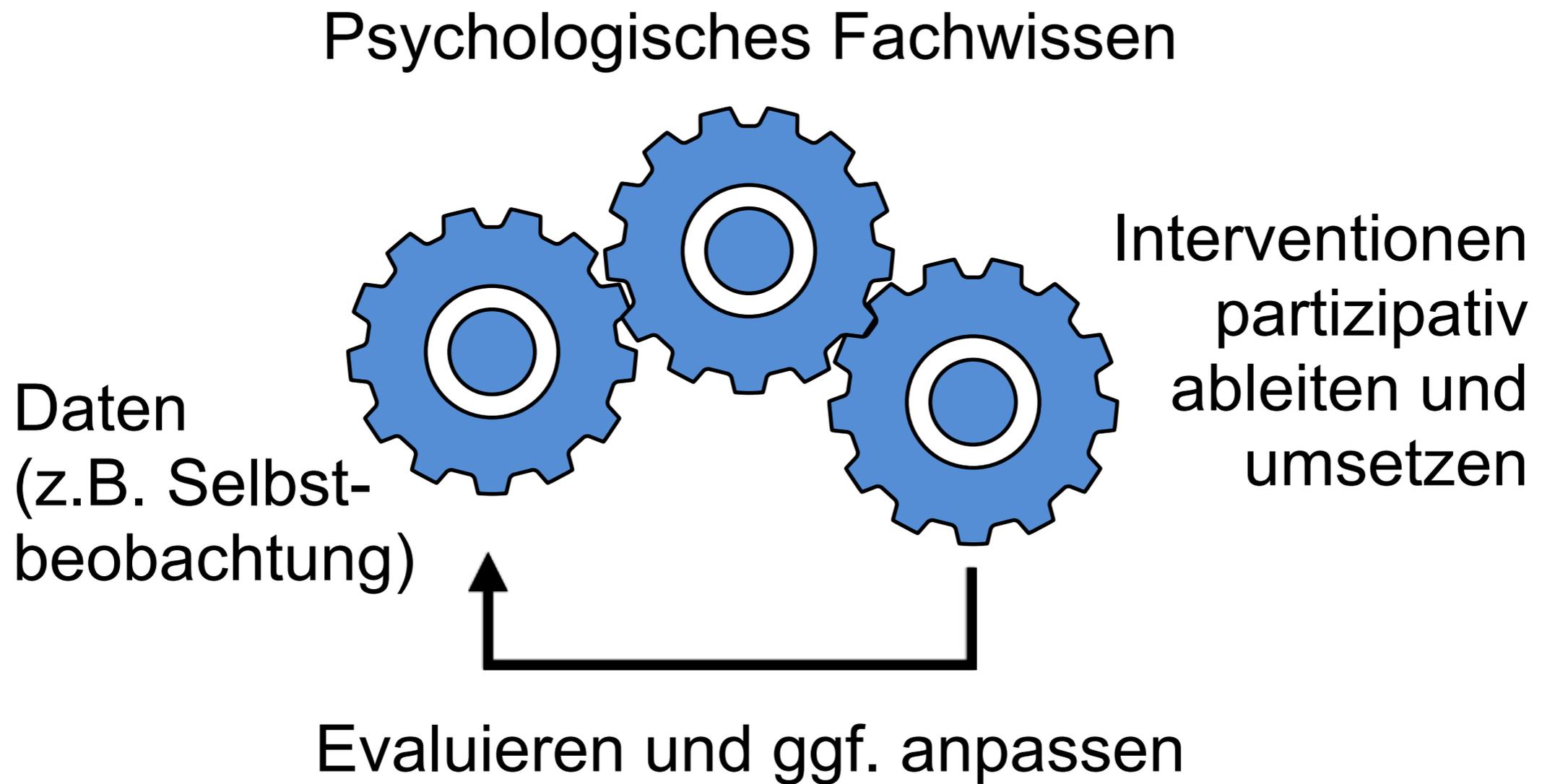
Munsch, S., Wyssen, A., Biedert, E. (2018). *Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen*. Weinheim Basel: Belz Verlag.

Munsch, S., Wyssen, A., Biedert, E. (2018). *Das Leben verschlingen? Hilfe für Betroffene mit Binge-Eating-Störung*. Weinheim Basel: Belz Verlag.

Tuschen-Caffier, B., & Hilbert, A. (2016). *Binge-Eating-Störung*. Göttingen: Hogrefe.

Tuschen-Caffier, B., & Hilbert, A. (2022). *Ratgeber Binge-Eating-Störung*. Göttingen: Hogrefe.

KVT-E als Selbstregulationsprozess



1.8.

i-KVT-E

i-KVT-E bei BES

Munsch et al. (2019). doi: [10.1186/s13063-019-3192-z](https://doi.org/10.1186/s13063-019-3192-z)

RCT: i-KVT-E für BES

8 Sitzungen + 3 Booster + Follow-up (1, 3, 6 Mo)

3 Gruppen: Sofortstart, Wartezeit, Wartezeit + positive Erwartungsinduktion

Wyssen et al. (2021). doi: [10.1002/erv.2856](https://doi.org/10.1002/erv.2856)

Dropouts: 27% während der Behandlung; 9.5% während Follow-up

Abnahme der wöchentlichen BE-Episoden: 3.4 => 1.7

Aufrechterhaltung der Effekte nach 6 Mo Follow-up

Forrer et al. (in Revision). doi: [10.21203/rs.3.rs-2304754/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2304754/v1)

BEAT-Studie mit Jugendlichen (14-24)

Blended treatment (2 Sitzungen + 6 E-Mail-Sitzungen)

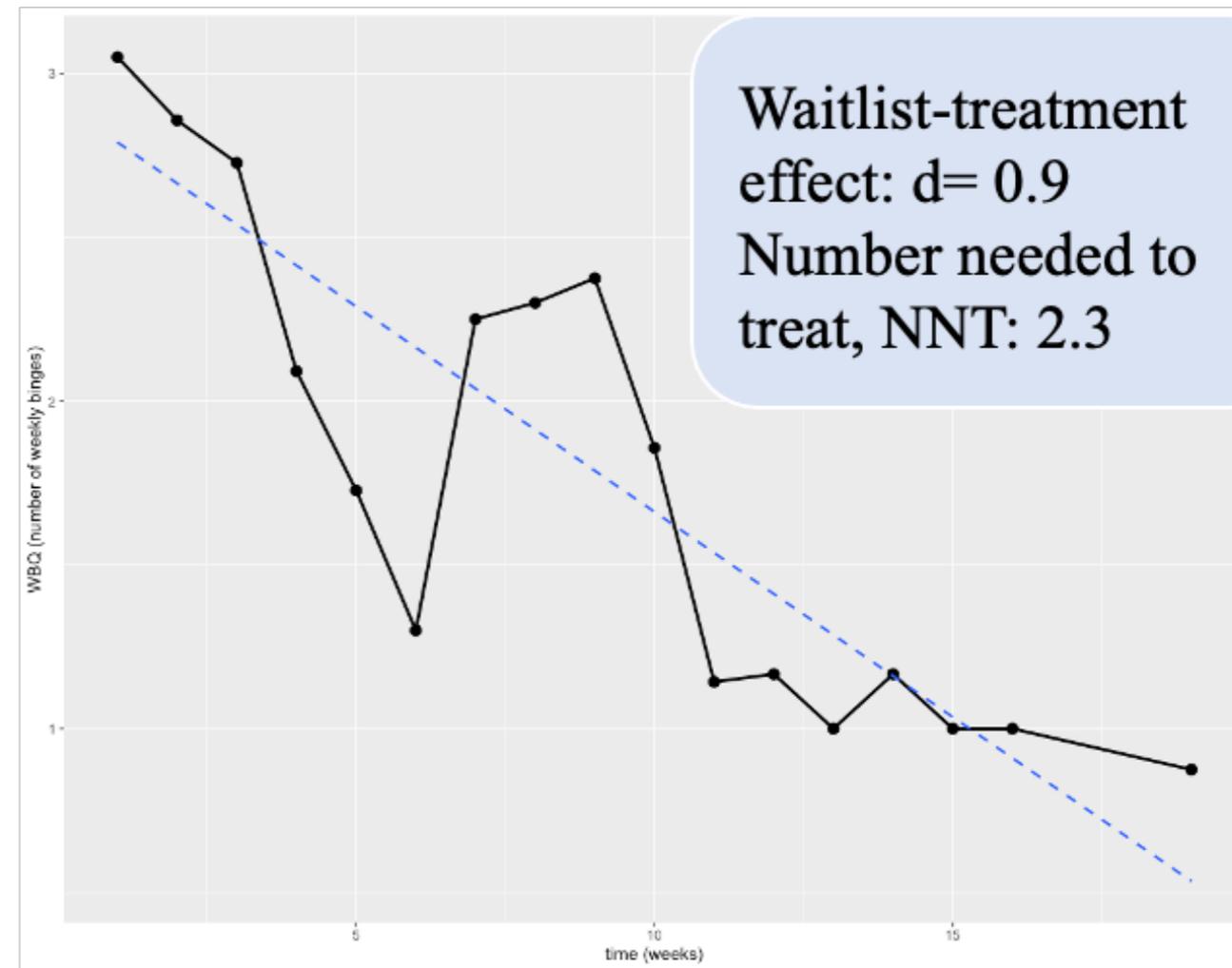
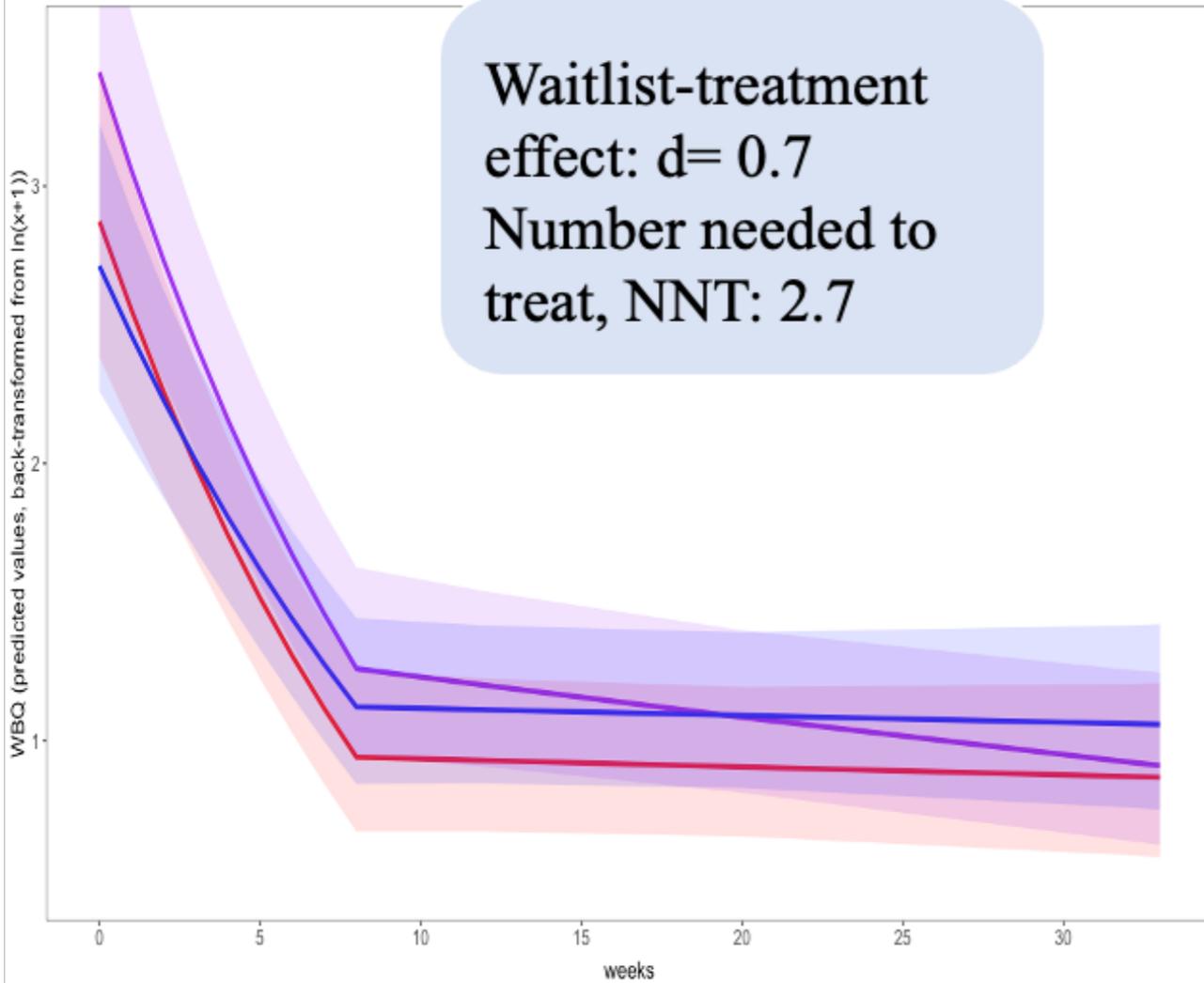
Munsch et al. (2021). doi: [10.1186/s40359-021-00690-8](https://doi.org/10.1186/s40359-021-00690-8)

3 Studien: EMA, Cyberball-Task, i-KVT-E

LOC in Jugendlichen

Modul KVT-E

Modul INTER-E



Teilnehmende mit regelmässigen Essanfällen für Online-Behandlungsprogramm i-BEAT gesucht

Das "Binge Eating Adolescent And Young Adults Treatment" (i-BEAT) ist ein forschungsbasiertes Online-Behandlungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 24 Jahren mit wiederkehrenden Essanfällen (Binge Eating).

Was ist das Ziel der Studie?

In der Studie wird das Online-Behandlungsprogramm hinsichtlich seiner Wirksamkeit evaluiert. Dabei wird ein Modul zur kognitiv-behavioralen Therapie von Essstörungen (KVT-E) mit einem Modul zur interpersonalen Emotionsregulation (INTER-E) verglichen.

Wer kann am i-BEAT Behandlungsprogramm mitmachen?

Am Online-Behandlungsprogramm kannst Du teilnehmen, wenn Du zwischen 14 und 24 Jahren alt bist, über ausreichend Deutschkenntnisse verfügst und bei Dir regelmässige Essanfälle vorkommen.

Nicht an der Studie teilnehmen kannst Du, wenn Du schwanger bist, wenn Du aktuell an einer Bulimia Nervosa oder Anorexia Nervosa leidest und Du aktuell an einer Psychotherapie zur Behandlung einer Essstörung teilnimmst.

Wie läuft das i-BEAT Behandlungsprogramm ab?

Das Online-Behandlungsprogramm ist ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm, bei dem Du insgesamt 12 wöchentliche Online-Sitzungen selbstständig bearbeitest und dabei von geschulten postgradualen Psycholog:innen / Psychotherapeut:innen begleitet wirst.

Das Programm besteht aus zwei Modulen. Im Modul zur kognitiv-behavioralen Therapie von Essstörungen (KVT-E) erfährst Du, was Essanfälle sind und wie Du diese erkennen und reduzieren kannst. Im Modul zur interpersonalen Emotionsregulation (INTER-E) werden Dir wichtige Inputs zum Umgang mit unangenehmen Emotionen gegeben. Die Teilnahme am i-BEAT Online-Behandlungsprogramm ist kostenlos.

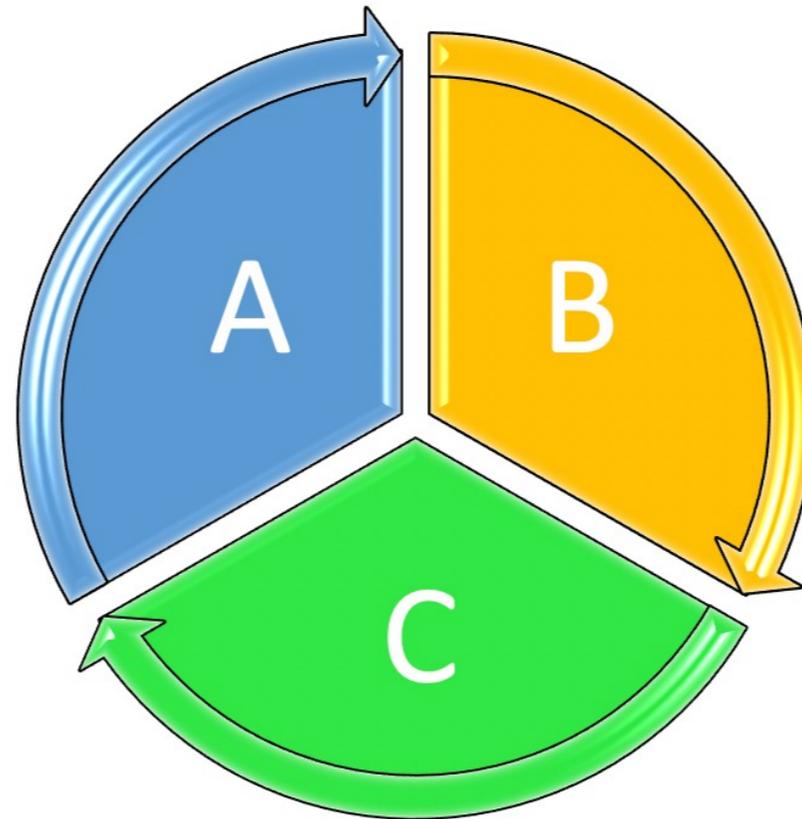
i-BEAT@unifr.ch

Selbstbeobachtungsbogen zur Anwendung des ABC-Modells

Was von A bis C bei _____ alles geschehen kann...

A = Auslöser

-
-
-
-



B = Verhalten

-
-
-
-

C = Konsequenzen

-
-
-
-

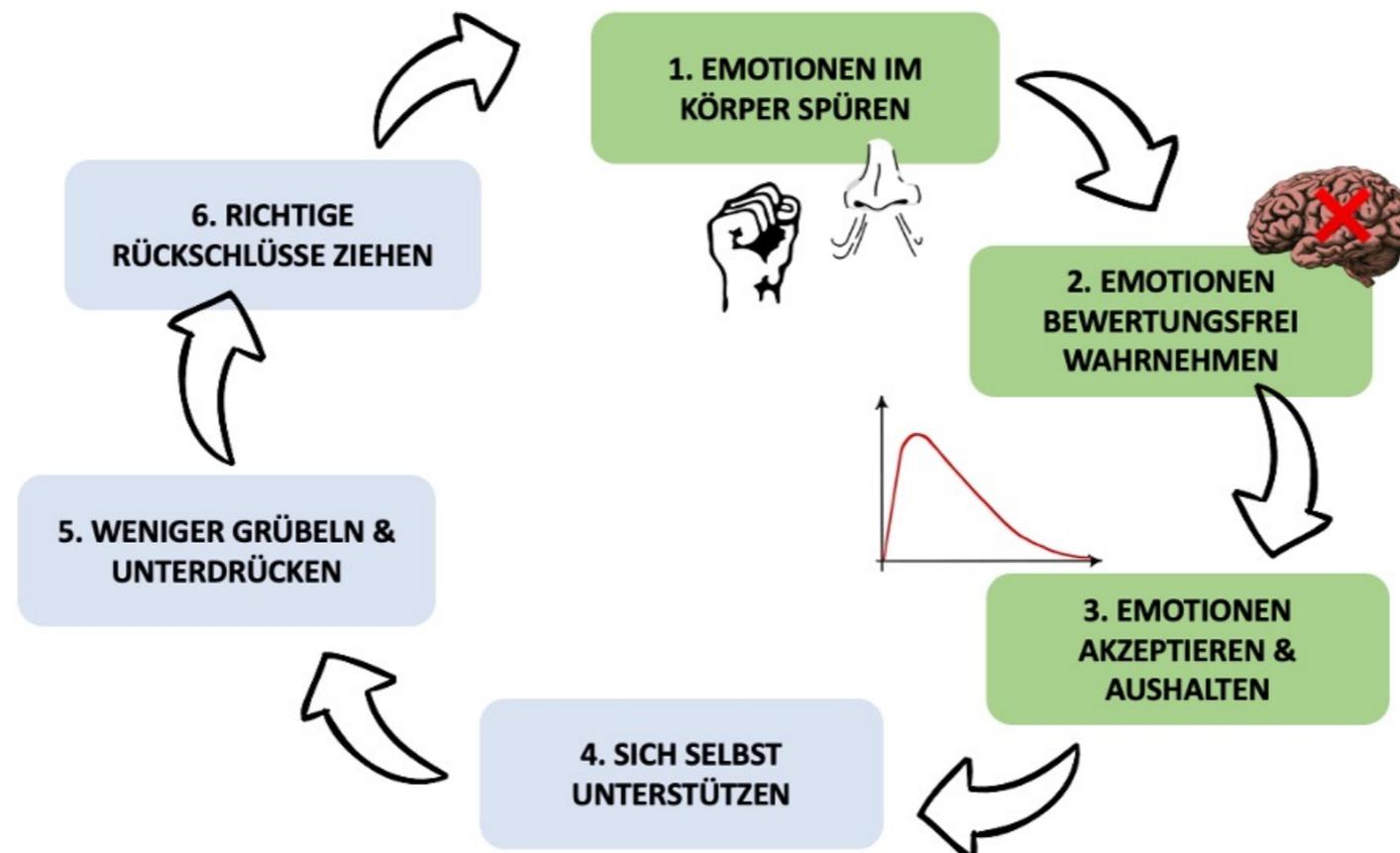
Was passiert, wenn Du unangenehme Emotionen akzeptierst und aushältst?

Unangenehme Emotionen – wie Angst, Scham, Frust, Traurigkeit oder Wut – **steigen zunächst schnell und stark an**. Häufig haben wir dann den Eindruck, überwältigt zu werden und befürchten, nie mehr raus zu kommen, total verrückt oder immer hilfloser, trauriger und frustrierter zu werden ...

Das ist allerdings **nicht** der Fall, da **jede Emotion** ihren **Höhepunkt erreicht** und dann **wieder nachlässt**.

Genau diese Erfahrung wirst Du machen, wenn Du die **INTER-E Strategien 1-3 anwendest** und **unangenehme Emotionen** (sowie damit einhergehende Gedanken, körperliche Veränderungen und nicht-hilfreichen Verhaltensweisen) ...

- 1) **spürst**, dabei **ruhig atmest** und die **Muskeln an- und entspannst**. (INTER-E Strategie 1)
- 2) **wahrnimmst**, aber **nicht bewertest**. (INTER-E Strategie 2)
- 3) **akzeptierst** und **aushältst**. (INTER-E Strategie 3)



1.9. Exkurs: Der IPT-Ansatz

Grundannahmen und Ablauf

Interpersonelle Therapie (IPT)

- Konzipiert als Kurzzeittherapie für unipolare Depression

Interpersonelle Probleme

- Beteiligt an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen
- Lösung führt zur Symptomverbesserung

Grundannahmen der IPT bei Essstörungen

Interpersonelle Probleme

- => Tiefes Selbstwertgefühl
- => Negative Emotionen
- => => erhöhen das Risiko für Essstörungssymptome

Dauer und Verlauf

- 16 - 20 Sitzungen über einen Zeitraum von 4-5 Monaten

Setting

- **Gruppensettings sind interpersonell** und eignen sich sehr gut für IPT
- **Erste Sitzung individuell** (interpersonal inventory & formulation)
- **Rückmeldung** der anderen Teilnehmenden sehr bedeutend
- **Interpersonelle Muster "online"** beobachten und bearbeiten

Burke et al. (2018); Hilbert (2006)

Problembereiche und Interventionen -1-

Mittlere Phase (Bearbeitung der Problembereiche)

- Strategien erarbeiten und umsetzen
- Zusammenhänge zwischen interpersonellen Ereignissen und Symptomen
- Dauer typischerweise **8-10 Sitzungen**

Problembereich	Therapeutische Ziele
Trauer <ul style="list-style-type: none">• 12% BN; 6% AN; 6% BES	<ul style="list-style-type: none">• Trauerprozess fördern• Aufbau neuer Interessen und Beziehungen
Interpersonelle Rollenkonflikte <ul style="list-style-type: none">• 64% BN; 33% AN; 29.6 % BES	<ul style="list-style-type: none">• Konflikt bestimmen• Zusammenhänge zwischen nicht-reziproken Rollenerwartungen und Konflikten explorieren• Erwartungen und Kommunikationsmuster bearbeiten

Problembereiche und Interventionen -2-

Problembereich	Therapeutische Ziele
Rollenwechsel <ul style="list-style-type: none">• 36% BN; 17% AN; 3.7% BES	<ul style="list-style-type: none">• Trauern über den Rollenverlust fördern• Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Kompetenzgefühl in der neuen Rolle fördern
Interpersonelle Defizite <ul style="list-style-type: none">• 16% BN; 33% AN; 60.5 % BES	<ul style="list-style-type: none">• Neue Beziehungen aufbauen• Wiederkehrende Muster identifizieren• Die therapeutische Beziehung explorieren• Ein neues interpersonelles Verhaltensrepertoire aufbauen, z.B. in Rollenspielen

2.0. Exkurs: Emotionsfokussierte Therapie

Emotionsfokussierte Therapie

Emotionale Schemata

komprimiertes präverbales und verbales Wissen
durch wiederholte Erfahrung geformt
schnell und unbewusst aktiviert
können Fühlen, Denken, Handeln leiten

Adaptiv: Wenn sie der Erfüllung von Grundbedürfnissen dienen

Maladaptiv: Wenn sie von der Erfüllung von Grundbedürfnissen entfernen

Primär adaptive Emotionen (im Hier-und-Jetzt, adaptive Folgen)

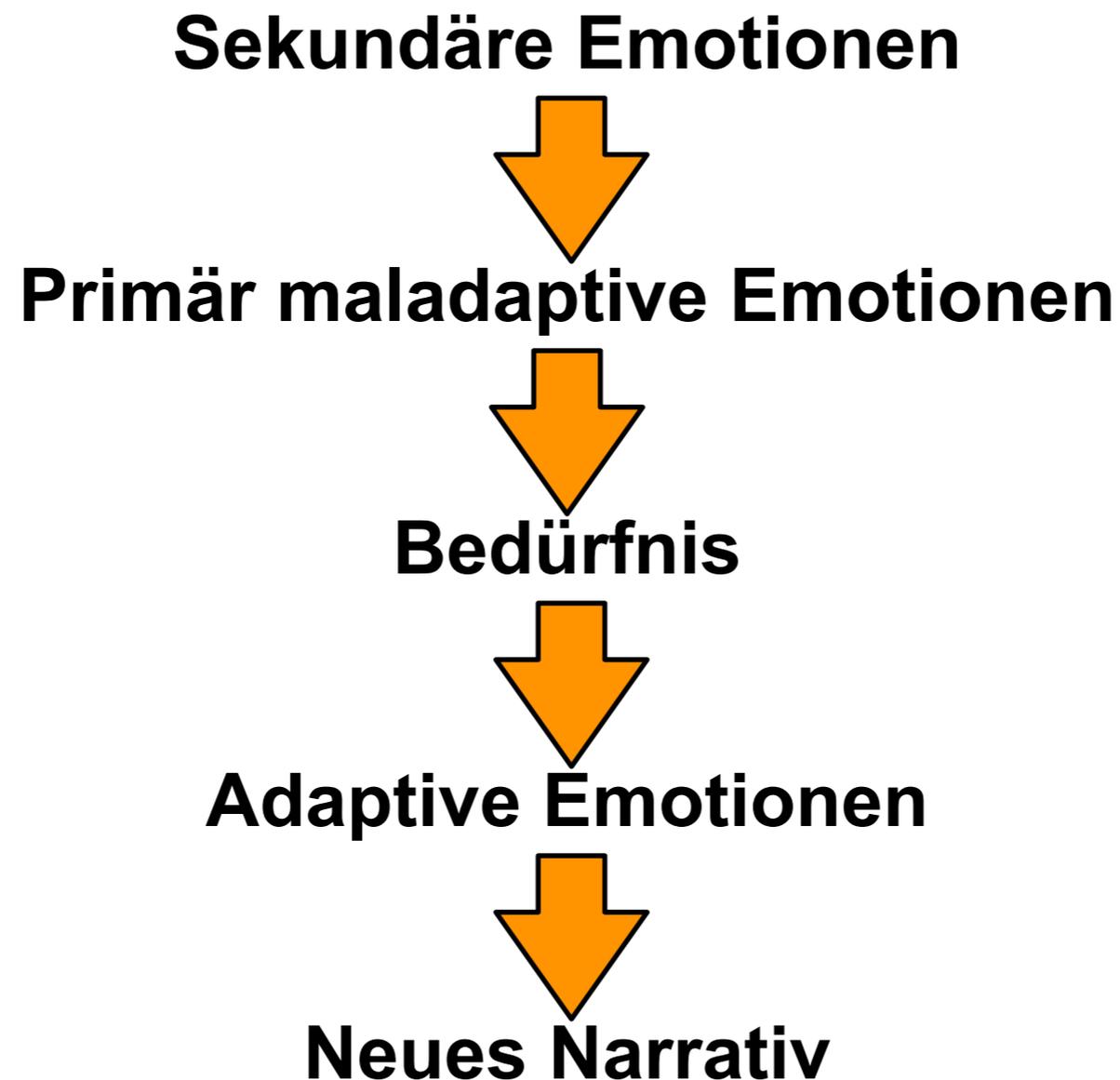
Primär maladaptive Emotionen (Reaktion auf die Vergangenheit)

Sekundär reaktive Emotionen (maladaptiv)

Instrumentelle Emotionen (manipulativ)

Emotionsfokussierte Therapie

Therapeutische Veränderung (Auszra et al., 2017, p. 53):



Emotionsfokussierte Therapie

Einzelne Berichte zeigen, dass EFT als **alleinige Therapie** Essstörungssymptome reduzieren könnte.

- Ein systematisches Review: Osoro et al. (2022)
- Anorexia nervosa: Dolhanty & Greenberg (2007)
- Bulimia nervosa: Wnuk et al. (2015)
- Binge-Eating-Störung: Glisenti et al., (2018, 2021)

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, **EFT mit KVT-E zu kombinieren** (Herrmann & Auszra, 2021):

- Beginn mit KVT-E, im weiteren Therapieverlauf EFT

Leitliniengemäss soll die Behandlung mit KVT-E beginnen

2.1. Exkurs: Adipositasmedikamente

Adipositasmedikamente

Informationen auf der Seite der **Deutschen Adipositas Gesellschaft**:

<https://adipositas-gesellschaft.de/adipositas-medikamente-fragen-und-antworten/>

Orlistat - Hemmung von Lipasen im Magen-Darm-Trakt

Inkretinmimetika

Inkretine => Insulinfreisetzung => Senkung Blutzuckerspiegel

Liraglutid, Semaglutid

Glucagon-like-peptide-1-(GLP-1)-Agonisten

Rezeptoren im Gehirn und der Bauchspeicheldrüse

Tirzepatid

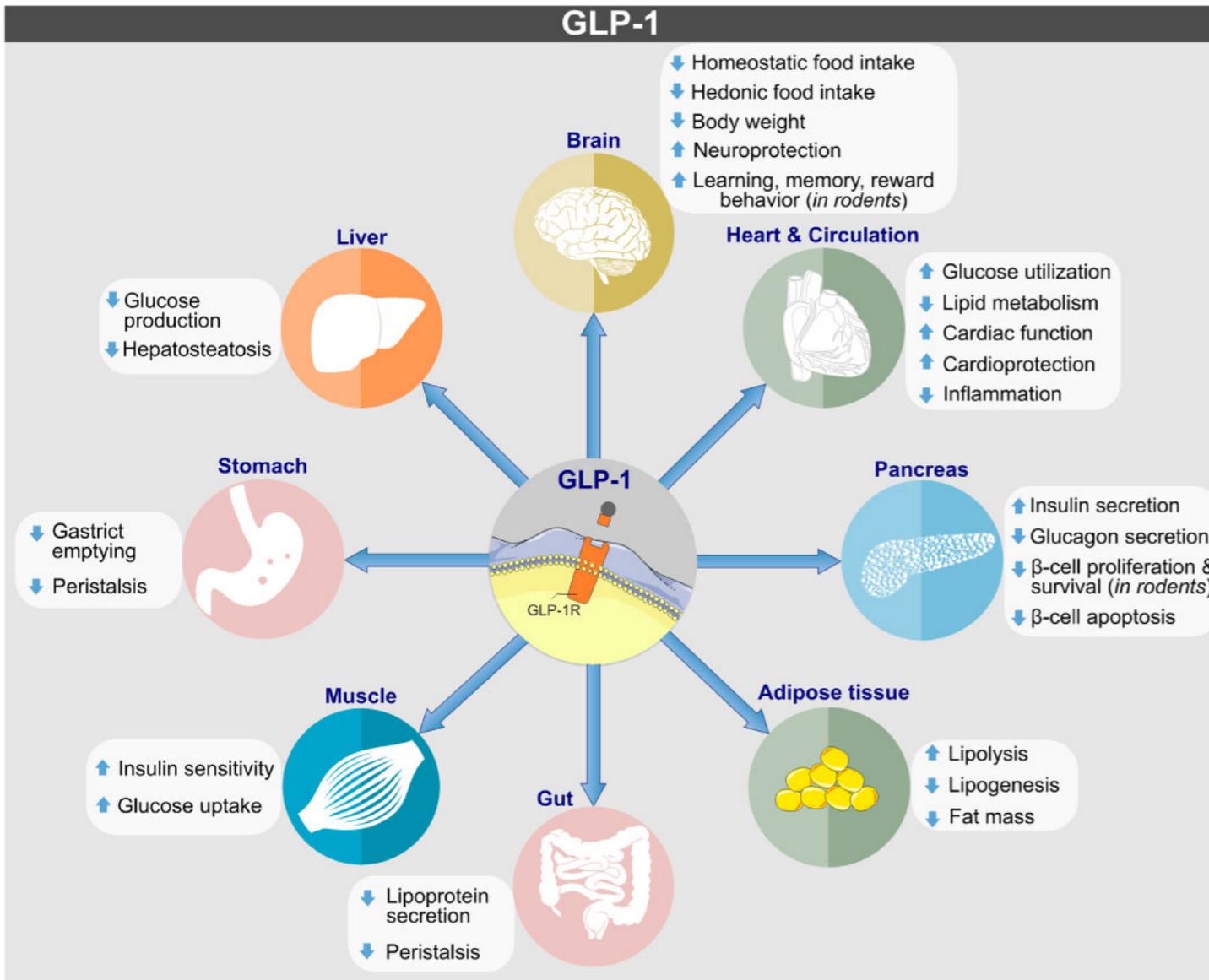
Gastric-inhibitory-peptide-(GIP)-Analogon

Rezeptoren in der Bauchspeicheldrüse => Insulinfreisetzung

Amfepramon - Amphetamin, Empfehlung zum Zulassungswiderruf

Adipositasmedikamente

A



B

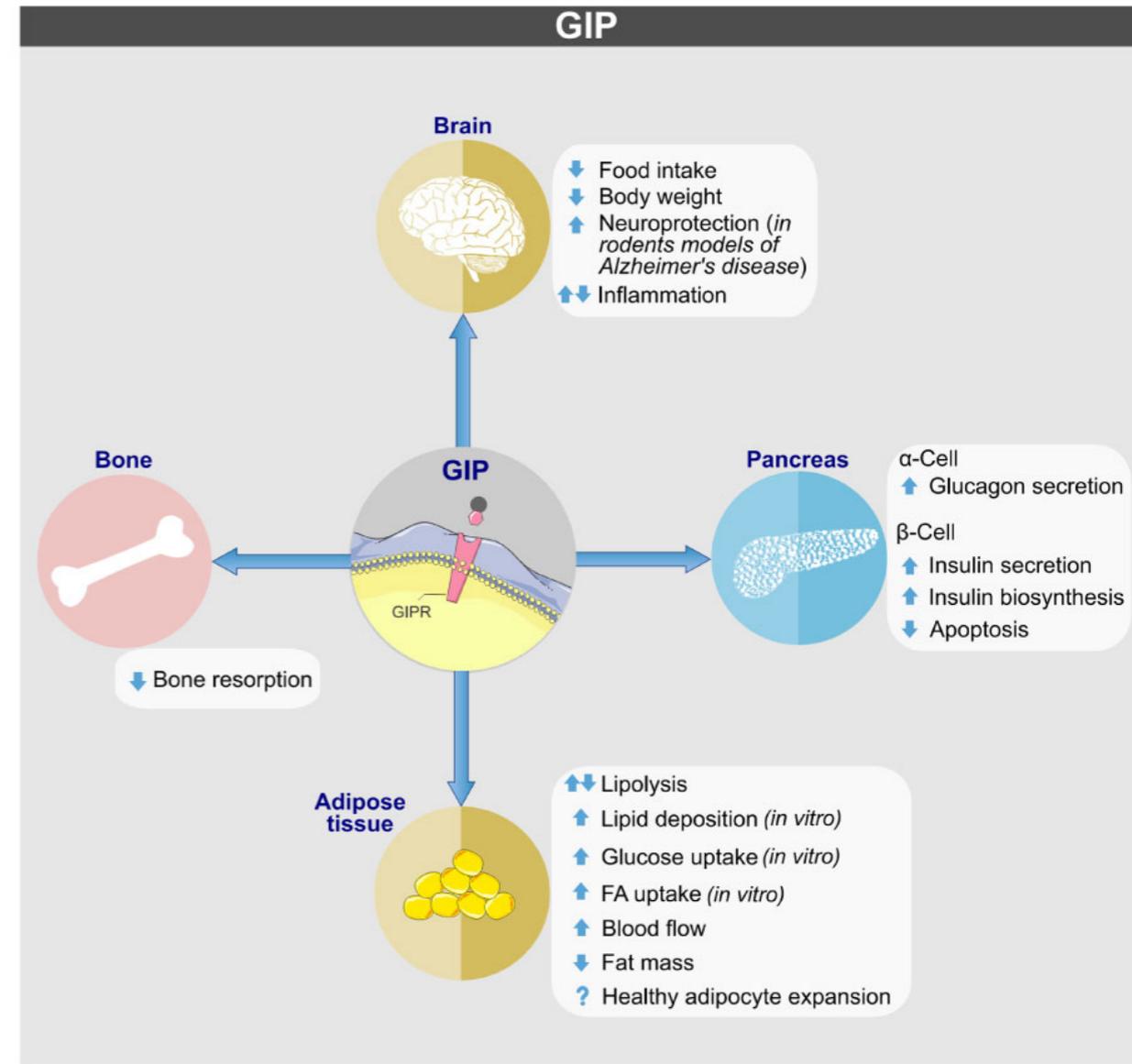


Figure 2 from “Recent Advances in Incretin-Based Pharmacotherapies for the Treatment of Obesity and Diabetes” by Tan et al. (2022), doi:10.3389/fendo.2022.838410, distributed under the Creative Commons Attribution License (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Adipositasmedikamente

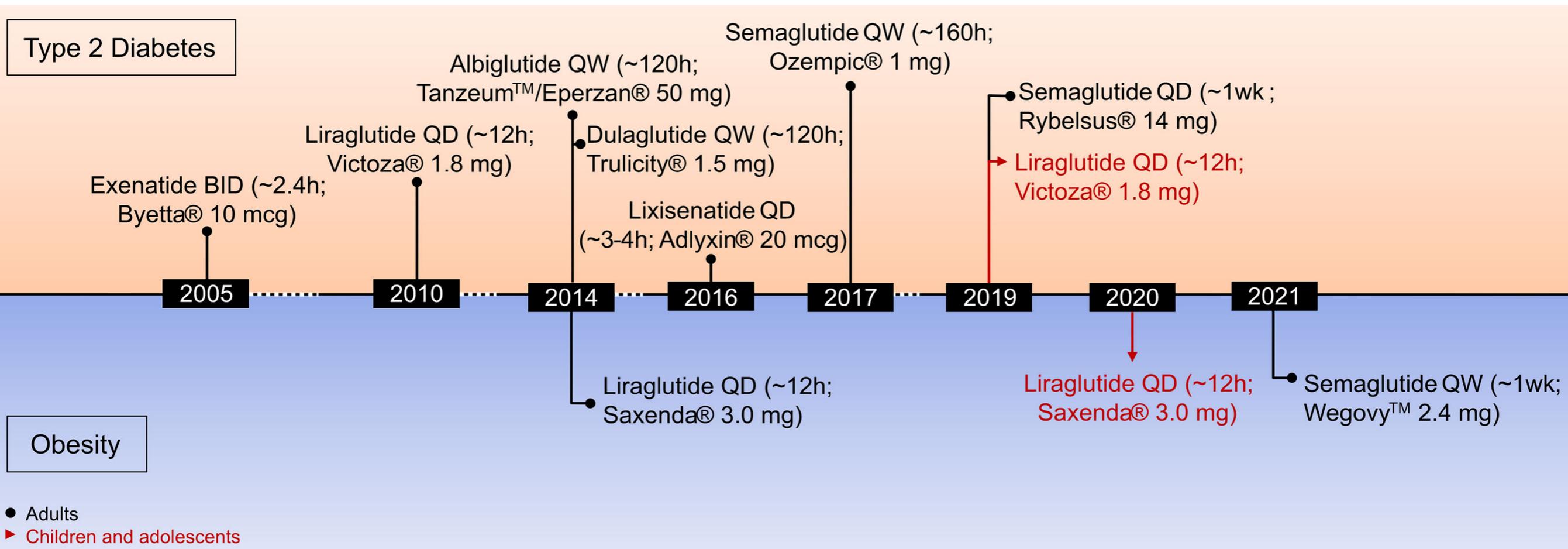


Figure 3 from “Recent Advances in Incretin-Based Pharmacotherapies for the Treatment of Obesity and Diabetes” by Tan et al. (2022), doi:10.3389/fendo.2022.838410, distributed under the Creative Commons Attribution License (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Literatur -1-

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association.
- Auszra, L., Herrmann, I., & Greenberg, L. (2017). *Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxismanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., & Wittchen, H.U. (2019). *SCID-5-CV. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen - Klinische Version*. Bern: Hogrefe AG.
- Burke, N., Karam, A.M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. (2018). Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Eating Disorders. In Agras, W.S., & Robinson, A. (Eds.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders. (2nd Ed.)* (pp. 287-318). New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–8.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (Hrsg.) (2017). *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. (8. Aufl., Nachdruck)*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2016). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. (6. Aufl.)*, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hogrefe.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2009). Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 366-382.
- Ely, A.E., & Kaye, W.H. (2018). Appetitive Regulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In Agras, W.S., & Robinson, A. (Eds.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders. (2nd Ed.)* (pp. 47-79). New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 842–855.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5):509-28. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S61–S66.
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–15.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.

Literatur -2-

- Herpertz, S., Fichter, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Zeeck, A. (2019). *S3-leitlinie diagnostik und behandlung der essstörungen* (2nd ed.). Springer.
- Herrmann, I. R., & Auszra, L. (2021). *Emotionsfokussierte therapie* (Vol. 82). Hogrefe Verlag.
- Hilbert, A. (2006). Interpersonelle Psychotherapie. In Rief, W., Exner, C., & Martin, A. (Eds.), *Psychotherapie* (pp. 404-416). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2016). *Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung, 2. Auflage*. Tübingen: DGVT Verlag.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Ohms, M. (2004). Eating Disorders Examination: A German version of the Structured Eating Disorder Interviews. *Diagnostica, 50*:2, 98-106
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., ..., & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
- Margraf, J., Cwik, J. C., von Brachel, R., Suppiger, A. & Schneider, S. (2021). *DIPS Open Access 1.2: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.]* Bochum: Mental Health Research and Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum. Doi: 10.46586/rub.172.149
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(3), 815–836.
- Schuck, K., Munsch, S., & Schneider, S. (2018). Body image perceptions and symptoms of disturbed eating behavior among children and adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 12*:10. doi: 10.1186/s13034-018-0216-5.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M., & Dermota, P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Smith, D.G., & Robbins, T.W. (2013). The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model. *Biological Psychiatry, 73*, 804-810.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O., & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*.
- Tuschen-Caffier, B., & Hilbert, A. (2016). *Binge-Eating-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wnuk, S., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2015). Emotion-Focused Group Therapy for Women with Symptoms of Bulimia Nervosa. *Eating Disorders, 23*, 253-261.
- Wyssen, A., & Munsch, S. (2022). Körperliche Aktivität in der Prävention und Behandlung von Essstörungen [Physical Activity in the Prevention and Treatment of Eating Disorders]. *Praxis (Bern 1994), 111*(6):327-332. doi: 10.1024/1661-8157/a003840.