



# BINGE-EATING-STÖRUNG (BES)

# GLIEDERUNG

1. Definition
2. Ätiologie
3. Epidemiologie
4. Prävalenz
5. Komorbiditäten
6. Diagnostik
7. Therapie
8. Stigmatisierung
9. Quellen

# DEFINITION

- BES eine relativ neue Diagnose --> erstmalig 1994 als Forschungsdiagnose im DSM-IV
- Im DSM V als eigenständige Diagnose aufgenommen Im ICD-10 unter nicht näher bezeichnete Essstörung

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 244)

(vgl. Reich, G. et al. 2001, S.43)

# DEFINITION – KRITERIEN DSM 5 (307.51)

## A. Wiederholte Episoden von Essanfällen

**Essanfall** = Verzehr einer Menge an Nahrung in einem bestimmten Zeitraum

(größere Nahrungsmenge), das Gefühl die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme zu verlieren

## B. Die Essanfälle treten mit mindestens drei der Symptome auf:

schneller essen; Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl;

Essen großer Nahrungsmenge (ohne Hunger); alleine essen aus Scham;

Ekelgefühl gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder Schuldgefühle nach den Essanfällen

## C. Leidensdruck aufgrund der Essanfälle

## D. Essanfälle treten in der Regel mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf

## E. Keine unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen

z.B. Selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten, übermäßige körperliche Bewegung

(vgl. DSM-5; American Psychiatric Association, APA, 2013)

# DEFINITION

- Durch einen Essanfall können negative Emotionen durch andere ausgetauscht werden
- Assoziierte Probleme: negatives Körperbild, restriktives Essverhalten, Selbstwertprobleme, dysfunktionale Emotionsregulation

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 243ff.)

# ÄTIOLOGIE

- Noch nicht hinreichend untersucht
- BES ist eine komplexe psychische Störung --> vermutlich multifaktoriell bedingt
  - z.B. eventuelle genetische Faktoren, Übergewicht im Kindesalter, kritische Lebensereignisse, Stress, emotionales Essverhalten, restriktive elterliche Ernährungspraktiken, Körpergewicht, Ausgeprägtes Schönheitsideal, Figur- und gewichtsbezogene Kritik
- Auslösende Faktoren: vor dem Auftreten eines Essanfalls
  - > reihe von Belastungen, Sorgen um Figur & Gewicht
- Aufrechterhaltende Faktoren: vor einem Essanfall
  - > negative Stimmung, Verfügbarkeit der Nahrung, belohnungsorientiert, impulsives Verhalten, wenig effektive Lösungsstrategien

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 245ff.)

# EPIDEMIOLOGIE

- Höchste Neuerkrankungsrate liegt zwischen 15,5 und 27 Jahren  
Persistenz von 4,3 Jahren  
--> BES-Muster tendenziell stabil

(vgl. Vinood, B. Patel/ Victor R. 2019 S. 959f.)

(vgl. Tuschen-Caffier, B./ Svaldi J. 2014 S.258)

# PRÄVALENZ

- Geschätzte Lebenszeitprävalenz: 1,53% in der Allgemeinbevölkerung
- höchste Rate unter Essstörung
- 2-4% Frauen
- 1-3% Männer
- Nicht behandelte BES --> chronisch & persistierend, sehr wechselhaft
- Verlauf nach Therapie --> langanhaltender Behandlungserfolg nach Psychotherapie
- 12 Jahre Follow Up --> 67% ohne Diagnose

(vgl. Vinood, B. Patel/ Victor R 2019, S. 958)

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 249)



# KOMORBIDITÄTEN

- Schwere Adipositaszustände --> 40-70%
  - > ungeklärt ob BES eine Folge oder Ursache ist
- Psychische Störung (70%)
  - > Mayor Depressionen, Bipolare Störungen, diverse Angststörungen

(vgl. Vinood, B. Patel/ Victor R 2019, S.248)

# DIAGNOSTIK - VORGEHEN

- Verdacht auf eine Essstörung --> Kriterien ICD oder DSM erfüllt
- weiterführende Diagnostik --> strukturierte klinische Interviews oder Checklisten vorsehen.
- Kurzes diagnostisches Screening Vorhandensein einer Essstörung
- Verdacht auf eine Essstörung --> Kriterien DSM oder ICD
- Ausführliche Diagnostik mit folgenden Kriterien: körperliche Merkmale (Übergewicht), essstörungsspezifische Symptome, mit Essstörung assoziierten psychopathologische Merkmale
- Empfohlen: vertiefende Diagnostik  
--> Therapieplanung

(vgl. Vinood, B. Patel/ Victor R 2019, S.19)

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 19ff.)

# KLASSIFIKATORISCHE DIAGNOSTIK

## **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM 5 (SKID)**

- Ausgerichtet an den DSM 5
- Erfassung & Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen
- Limitation --> nur diagnostisch relevante Symptome abgefragt
- Interrater-Reliabilität --> gut bis sehr gut
- Anwendung --> Training, Beachtung der Regeln

## **Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)**

- Erfassung & Diagnostik --> psychische Störungen
- Systematische Erfassung von Komorbiditäten
- Zunächst wird Körpergröße, Gewicht, höchstes & niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter abgefragt
- Danach die spezifischen Kriterien der Essstörung
- Interrater-Reliabilität --> überwiegend sehr gut
- Anwendung --> Training, Beachtung der Regeln

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 25)

# KLASSIFIKATORISCHE DIAGNOSTIK

## Internationale Diagnose-Checklisten (IDCL)

- Zeiteffizienz
- Diagnostisch relevante Symptome werden erfasst
- Systematische Erfassung von Komorbiditäten
- Test-Retest-Reliabilität & Interrater-Reliabilität --> befriedigend bis gut
- Es fehlen Sprungbefehle --> unvollständige Durchführung
- Zusätzlich strukturierte diagnostische Verfahren beachten

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 26)

# DIMENSIONALE DIAGNOSTIK

## Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)

- 28 Items beziehend auf die letzten 28 Tage
- Durchführungsdauer: weniger als 15 Minuten
- Auswertung durch Subskalenmittelwerten & einzelner Items
- Interne Konsistenzen der Subskalen von  $.80 \leq \text{Cronbachs } \alpha \leq .93$
- Retest-Reliabilität der Subskalen bei  $.68 \leq r_{tt} \leq .74$ .
- kein Instrument zur Erfassung von klinischen Diagnosen
- Screeninginstrument
- Abbildung des Verlaufs (Patient\*innensicht)

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 26)

# DIMENSIONALE DIAGNOSTIK

## Eating Disorder Inventory (EDI-2)

- Symptome erfassen
- 91 Items --> 11 Skalen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Körperunzufriedenheit, Minderwertigkeitsgefühl, Perfektionismus, zwischenmenschliches Misstrauen, Interozeption, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulierung, Soziale Unsicherheit

## SIAB-S

- Sicht der Patient\*innen: Symptome
- 87 Items
- Durchführungszeit: 30 Minuten
- Interne Konsistenz --> zufriedenstellend

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 31f.)

# THERAPIE

## Grundsätzliche Behandlungsziele

- Behandlung der Symptome
- Behandlung weiterer Beschwerden
- Behandlung komorbider psychischer Störungen
- Behandlung der Adipositas

## Psychotherapie

- Meta-Analyse von Hilbert
- kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie
- Großer Effekt bei Essanfallsepisoden (ES=1,22)
- 53% der Patient\*innen die behandelt wurden --> Abstinenz Essanfälle
- Essstörungspsychopathologie (ES=0,52) & Depressivität (ES=0,67)
- Stabile Effekte beim 6 – 12 Monats-Follow-Up

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 254ff.)

# THERAPIE

## Pharmakotherapie

- Meta-Analyse von Hilbert
- Keine Medikamente zur Behandlung von BES zugelassen --> Off-Label-Use
- Reduktion Essanfälle (ES=1,27)
- Essstörungspsychopathologie (ES=0,52)
- Depressivität (ES=0,58)
- Reduktion BMI (ES=0,44)

## Konservative Gewichtsreduktionstherapie

- Meta-Analyse von Hilbert
- Veränderung Bewegung, Ernährung, Verhalten --> Gewichtsreduktion
- Reduktion Essanfälle (ES=0,90)
- Essstörungspsychopathologie (ES=0,24)
- Depressivität (ES=0,63)
- Reduktion BMI (ES= 1,55)
- Relativ stabile Effekte beim 6 – 12 Monats-Follow-Up

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 256)

(vgl. Herpertz et al. 2019, S. 258ff.)



# THERAPIE

## Yoga

- Yogatechniken gezielt eingesetzt --> Förderung körperliche, emotionale & mentale Gesundheit
- Zeigt Verbesserung der Binge-Eating-Symptome (BES-Werte um 20,25% reduziert)
- Aber: keine Vergleichsstudien, untersucht keine langfristige Auswirkung, kleine Studie (47 Teilnehmer\*innen)
- Keine anerkannte evidenzbasierte Therapiemethode

(vgl. Li et al. 2024)

# STIGMATISIERUNG

## **Gewichts-Stigma-Kultur**

- Soziale Ablehnung, Diskriminierung & ideologische Abwertung (aufgrund Körpergröße & Gewicht)
- Gesundheitssystem --> negative Einstellungen und Stereotype gegenüber Übergewicht

## **Binge-Eating**

- hohes Stigma für Übergewichtige Menschen + Binge-Eating-Störung im Gesundheitssystem (Dienstleistern)

## **Umfrage – Australien**

- Essstörung ist keine wirkliche Krankheit (11%)
- Ist ein Zeichen für Schwäche (12%)
- Können sich davon erholen, wenn sie wollten (16%)

## **Studie zeigt:**

- Negative Stereotype --> Vorurteile Menschen mit Essstörungen
- Empathie und Verständnis --> Viele Menschen zeigen dies, sind unsicher über Ursachen & Behandlungen
- Diskriminierungserfahrungen --> Menschen mit Essstörungen berichten von Stigmatisierung

(vgl. Bryant E./ Touyz S./ Maguire 2023, S.Iff)

(vgl. Barnes, Rachel D./ Lawson, Jessica L. 2024, S.Iff)

# QUELLEN

- Barnes, Rachel D./ Lawson, Jessica L. (2024): Weight stigma and binge eating related to poorer perceptions of healthcare provider interaction quality in a community-based sample. In: Journal of Eating Disorder. BMC Part of Springer Nature.
- Bryant E./ Touyz S./ Maguire S. (2023): Public perceptions of people with eating disorder: Commentary on results from the 2022 Australian national survey of mental health-related stigma and discrimination. In: Journal of Eating Disorder. BMC Part of Springer Nature.
- Herpertz, S./ Fichter, M./ Herpertz\_Dahlmann, B./ Hilbert, A./Tuschen-Caffier, B./Vocks, S./ Zeeck, A. Hrsg. (2019): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen 2. Auflage. Springer Berlin Heidelberg. 978-3-662-59606-7.
- Li, H./ Liu, C./ Shen, Y./ Zhao, L./ Yin, C./ Yu, J./ Mao, S. (2024): High-intensity interval training vs. yoga in improving binge eating and physical fitness in inactive young females. In scientific reports. BMC Part of Springer Nature.
- Reich, G./ Cierpka, M. (2001): Psychotherapie der Essstörungen. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. ISSN: 2626-5087.
- Tuschen-Caffier B./ Svaldi J. (2014): Evidenzbasierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen. In: die Psychotherapie Ausgabe 3. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg. ISSN: 2731-7161
- Vinood B. Patel/ Victor R. (2023): Eating Disorders, Springer nature reference, London. ISBN: 978-3-031-16690-7.