

3

Binge Eating und Binge-Eating-Störung

Sandra Becker und Stephan Zipfel

Entstehung der Diagnose „Binge-Eating-Störung“ (BES)

Der Begriff „Binge Eating“ stammt aus dem Amerikanischen und bedeutet „Essgelage“. Im Deutschen wird die BES am ehesten mit „*Störung mit Essanfällen*“ übersetzt, wobei sich auch die englische Bezeichnung durchgesetzt hat.

Anfallartiges Essen großer Nahrungsmengen wird in der Medizingeschichte schon seit über 2000 Jahren immer wieder beschrieben (Ziolko 1996). In Zusammenhang mit Adipositas beschrieb Stunkard im Jahre 1959 erstmalig nächtliche (Night-Eating Syndrome) und tageszeitunabhängige Essattacken (Binge Eating), die vorwiegend mit Stress oder emotionalen Belastungen verbunden sind und mit unangenehmen Gefühlen einhergehen.

In den Fokus der Wissenschaft gelangte die BES erst im Jahre 1994, nachdem in der 4. Ausgabe des amerikanischen Klassifikationssystems psychiatrischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association 2000b) erstmals Forschungskriterien für die BES formuliert wurden. Sie ist bisher allerdings noch nicht als eigenständige Diagnose zugelassen. In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10; Dilling et al. 2000) wird die BES unter „*Nicht näher bezeichnete Essstörung*“ (F 50.9) subsumiert.

Diagnostik

Die BES ist durch *wiederholte Heißhungerattacken* gekennzeichnet, bei denen – begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts – große Mengen von Nahrungsmitteln verschlungen werden. Im Gegensatz zur Bulimie kommt es bei den Betroffenen jedoch nicht zu Kompensationsverhalten wie beispielsweise Erbrechen, Abführmitteleinnahme oder exzessives Bewegungsverhalten. Die Forschungskriterien der BES nach DSM-IV beschreiben Anzahl, Ausmaß und Charakter der Essanfälle. Die wesentlichen Aspekte der Diagnostik und Epidemiologie sind in Kap. 2 beschrieben.

Ätiologie

Die Ätiologie der BES ist noch weitgehend unklar, gesicherte Erkenntnisse liegen bisher nicht vor. Analog zu Ätiologiemodellen anderer psychischer Störungen ist von einem Zu-

sammenwirken genetischer, persönlichkeitsbezogener und gesellschaftsbedingter Faktoren auszugehen. Es scheinen bei der BES jedoch 2 Gruppen von Risikofaktoren eine besondere Rolle zu spielen: zum einen Faktoren, die allgemein das Risiko für psychische Störungen erhöhen, zum anderen solche, die das Risiko für Übergewicht steigern. Hierbei kommt dem Zusammenwirken von Übergewicht in der Kindheit und abwertenden Bemerkungen und Hänseleien der Familie über Figur, Gewicht und Aussehen eine herausragende Bedeutung zu. Derartige biografische Bedingungen treten bei Patienten mit BES häufiger auf als bei normalgewichtigen und adipösen Menschen (Fairburn et al. 1998; Jackson et al. 2000). Abbildung 3.1 fasst diese Vorstellung zu einem multifaktoriellen Ätiologiemodell der BES nach Munsch (2003) zusammen. Dabei wird zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterschieden. Eine strikte Trennung zwischen diesen Faktoren ist jedoch nicht möglich, da im Verlauf einer BES verschiedene auslösende Bedingungen gleichzeitig auch zu aufrechterhaltenden Variablen werden können. Anzumerken ist jedoch, dass noch wenig gesicherte Erkenntnisse und kontrollierte Studien über die Validität eines solchen Modells vorliegen, sodass dessen Repräsentativität noch nicht ausreichend überprüft ist.

Komorbidität

Die BES geht mit einer deutlich erhöhten Prävalenz *komorbider psychischer Störungen* einher. So besteht besonders ein erhöhtes Auftreten von Depression (Lebenszeitprävalenz: 40–60%) und Angststörungen (Lebenszeitprävalenz: 20–50%) (Bulik et al. 2002; Telch u. Stice 1998; Wilfley et al. 2000, 2001). Darüber hinaus konnten Javaras et al. (2008) im Rahmen einer Untersuchung zeigen, dass ca. 20% der Patienten mit einer BES unter Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit und 30% unter Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit leiden. Aber auch Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom und die körperdysmorphe Störung gehen gehäuft damit einher. Ebenso wird das erhöhte Vorkommen von Störungen der Impulskontrolle, wie beispielsweise die Kleptomanie, diskutiert (Javaras et al. 2008).

Verlauf und Prognose

Die bisherigen Studien zum Verlauf einer unbehandelten BES sind kontrovers und widersprüchlich, da es sehr unterschiedliche Ergebnisse zur zeitlichen Stabilität und Spontanremission der Symptomatik gibt. Einige Untersuchungen (Fairburn et al. 2000; Fichter et al. 1998; Wade et al. 2006) sprechen eher für das Vorliegen einer hohen *Spontanremissionsrate* bzw. einer deutlichen Variabilität in Ausprägung und Frequenz, während andere von einem chronischen Verlauf mit einer durchschnittlichen Dauer von 14,4 Jahren und somit von einem stabilen Syndrom ausgehen (Cachelin et al. 1999; Crow et al. 2002; Pope et al. 2006; Striegel-Moore u. Franko 2008).

Insgesamt ist die Datenlage noch unzureichend und zu heterogen, um fundierte Aussagen zum Verlauf und zur Prognose der BES treffen zu können.

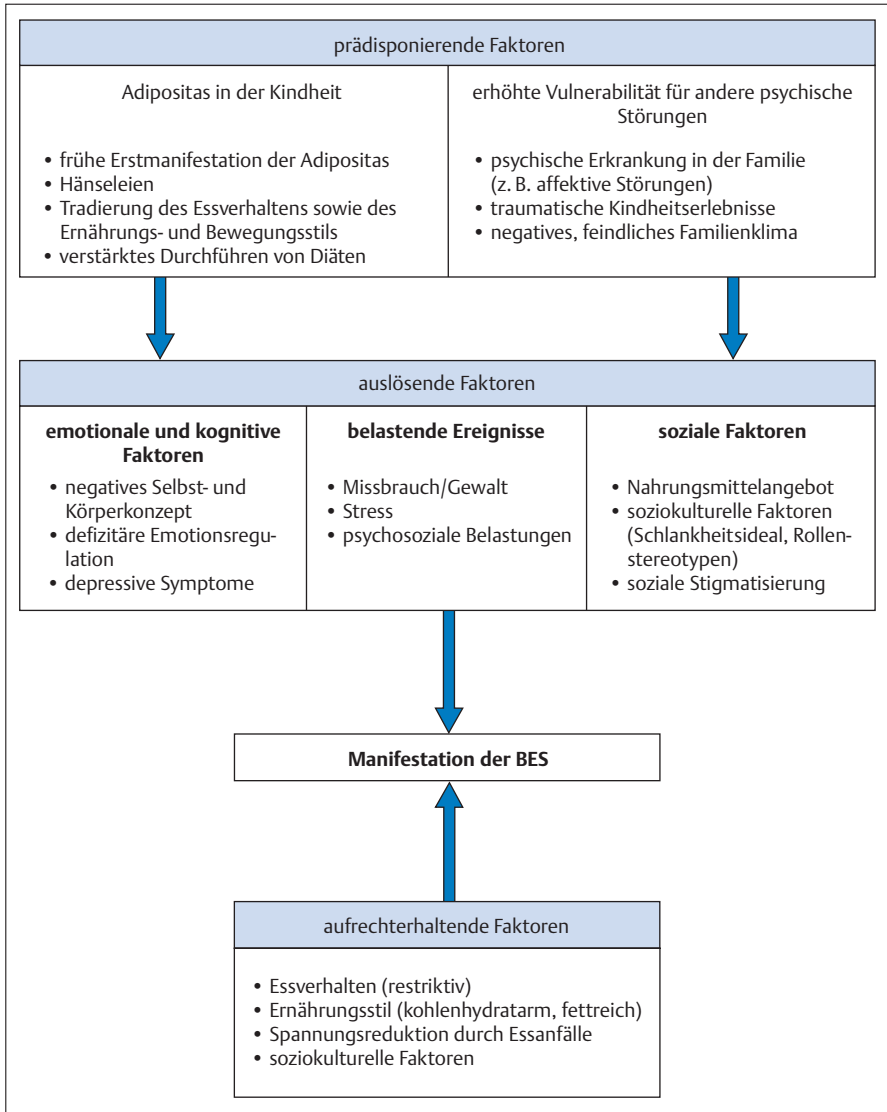


Abb. 3.1 Multifaktorielles Ätiologiemodell der Binge-Eating-Störung (BES; modifiziert nach Munsch 2003).

Therapie

Die bisher am besten untersuchten Therapieansätze sind die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die rein verhaltenstherapeutischen Ansätze zur Gewichtsreduktion. Aus diesem Grund werden im Folgenden Elemente dieser beiden Behandlungsansätze vor dem Hintergrund eines Fallbeispiels ausführlicher dargestellt. Auch die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und die interpersonelle Therapie (IPT) zeigen in ersten Ansätzen Wirksamkeit (Telch et al. 2001; Wilfley et al. 2002), allerdings lassen die Ergebnisse noch keine generellen Aussagen zu.

Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz zur Behandlung der BES wurde von Fairburn und Mitarbeitern (1993) in Anlehnung an die Behandlung der Bulimia nervosa modifiziert. Der Fokus liegt dabei – neben dem Erlernen einer regelmäßigen Ernährung im Sinne von 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten – auf der Reduktion der Intensität, der Dauer und der Häufigkeit der Essanfälle. Eine Gewichtsreduktion wird erst in zweiter Linie angestrebt. Die Verbindung von Stimmungen, ungünstigen Gedanken und Verhaltensweisen mit Heißhungerattacken wird dabei mit dem Patienten analysiert, um ihm auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der Essstörung bewusst zu machen. Techniken zur kognitiven Umstrukturierung bilden schließlich den Kern der Intervention. Aber auch verhaltenstherapeutische Prinzipien wie Verstärkermechanismen, Stimuluskontrolle, Motivationsstrategien oder Techniken zur Unterbrechung von Essanfällen kommen zum Einsatz. Die Behandlung kann auch im Einzel-Setting durchgeführt werden. Der Gruppentherapie ist allerdings der Vorzug zu geben, da zusätzliche gruppentherapeutische Wirkfaktoren wie Zusammenhalt, Motivation, gegenseitige Unterstützung und gemeinsames Bearbeiten von problematischen Verhaltensweisen die Durchführung der therapeutischen Interventionen erleichtern.

Nahezu alle Studien zur KVT sind im Gruppen-Setting durchgeführt worden und zeigen in Bezug auf eine Reduktion und teilweise auch auf eine Remission von Essattacken eine ausreichende Wirksamkeit (gute Übersicht bei Mitchell et al. 2008). Die *Abstinenzraten* liegen zwischen 37% und 80%, wobei der Zeitraum der Abstinenz mit einer Woche bzw. 4 Wochen nach Behandlungsende in den Studien unterschiedlich lang ist. Ein signifikanter Gewichtsverlust hingegen konnte in keiner Untersuchung zur KVT nachgewiesen werden. Aus diesem Grund wird von Anfang an – im Gegensatz zu Gewichtsreduktionsprogrammen bei Adipositas – kein expliziter Gewichtsverlust angestrebt. Da Patienten allerdings oft mit dem Wunsch nach einer Gewichtsabnahme in die Behandlung kommen, ist es die Aufgabe des Therapeuten, mit den Patienten die möglicherweise große Diskrepanz zwischen gewünschter und realistisch zu erwartender Gewichtsentwicklung zu bearbeiten.

Folgende verhaltenstherapeutische und kognitive Interventionen sind in der Regel Bestandteile der Behandlung einer BES:

- **Selbstbeobachtung.** Mit Hilfe der Protokollierung des eigenen Essverhaltens in Esstagebüchern (Abb. 3.2) werden die Essensmengen und deren Nahrungsmittelzusammensetzung erfasst und kontrolliert, sodass Auslöser und kritische Situationen (Risikosituationen) für ungünstiges Essverhalten (z.B. Essanfälle, ungeplantes Essen) identifiziert und bewusst gemacht werden können. Darüber hinaus lässt sich der Verlauf der essstö-

Name _____		Wochentag _____		Datum _____	
Mahlzeiten	Situation vor dem Essen	Wie viel und was	Getränk	Nach dem Essen: Tätigkeit, Gefühle, Gedanken	
Frühstück 8.00 Uhr	<i>Müde! Ich habe eigentlich keinen Hunger! Warum soll ich eigen- lich etwas essen?</i>	½ Brötchen mit Mager- quark und Marmelade	1 ½ Kännchen Kaffee	<i>Gestern Abend habe ich ja schon so viel gegessen, gut, dass ich mich beim Frühstück zurückhalten konnte.</i>	
11.00 Uhr	<i>Hektik im Büro</i>	1 Pfirsich	1 Glas Sprudel	<i>Naja, ein Obst kann ich mir ja erlauben. Am liebsten würde ich jetzt weiteressen, z. B. Kekse oder Schoko- lade.</i>	
Mittagessen 12.00 Uhr	<i>Kantine/habe Hunger</i>	1 Suppe 4 Gemüsemaisfaschen 1 Portion Kartoffelsalat 1 Schokopudding 1 Twix	1 ½ Gläser Wasser	<i>Am liebsten hätte ich weitergegessen. Das war aber schon zuviel. Ich ärgere mich, dass ich das Twix noch gegessen habe.</i>	
18.30 Uhr– 22.00 Uhr	<i>Hungergefühl/vom Abendessen werde ich nie satt/Frust über den stressigen Arbeits- tag/heute Abend habe ich nichts vor/schaue Fernsehen</i>	2 Teller Spaghetti mit Tomatensoße, 2 Schoko- puddinge Ab 20.00 Uhr über den Abend verteilt: ca. ½ Tüte Chips, 1 Hand- voll Erdnüsse, ¼ Tüte Gummibären	1 Liter Cola ½ Liter Wasser	<i>Ich kann mich nicht beherrschen, das ist furchtbar. Ich fühle mich entsetzlich, wenn mich jemand sehen könnte.... Scham, Ekel, Frustration.</i>	

Abb. 3.2 Essstagebuch einer Patientin mit Binge-Eating-Störung.

runungsspezifischen Symptomatik (z.B. Frequenz und Ausmaß der Essanfälle) beschreiben.

- **Ernährungsberatung.** Hierbei werden Informationen zu einer dauerhaft durchführbaren gesunden Ernährung vermittelt. Es soll auf ein ausgewogenes Essverhalten im Sinne der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2000) geachtet werden, bei denen die Betroffenen ein ausreichendes Sättigungsgefühl erreichen. Dies bedeutet in erster Linie, dass weniger Fett und mehr Kohlenhydrate mit niedrigem glykämischen Index verzehrt werden. Durch den Verzehr von ballaststoffreichen Produkten wird eine Senkung der Energiedichte bei Erhalt der Sättigung erreicht.
- **Durchführung von Verhaltensanalysen.** Situationen, in denen es typischerweise zu einem Heißhungeranfall kommt, werden auf damit in Verbindung stehende Verhaltensdefizite, dysfunktionale Gedanken, körperliche Reaktionen und nachfolgende Konsequenzen hin analysiert (Abb. 3.3). Ungünstige Mechanismen, die Heißhungerattacken auslösen und aufrechterhalten, lassen sich auf diese Weise identifizieren.
- **Stimuluskontrolle.** Strategien, die das Risiko für das Auftreten von Essanfällen minimieren, werden erarbeitet. Beispielsweise sollen Nahrungsmittel, die während eines Essanfalls vorwiegend gegessen werden, nur in kleinen Mengen zu Hause vorrätig sein oder ein Einkauf von Lebensmitteln soll nur mit vorgefertigter Liste und vollem Magen erfolgen.
- **Reaktionskontrolle.** Hierbei geht es darum, in kritischen Situationen, die bereits einen Essanfall ausgelöst haben, so zu reagieren, dass eine erneute Essattacke doch noch verhindert oder zumindest vorzeitig beendet werden kann, z.B. durch Verlassen des Ortes und Anwendung von Ablenkungsstrategien.
- **Körperübungen.** Die Beschäftigung mit dem eigenen Körperbild und -erleben soll angeregt werden. Ebenso soll es zu einer Förderung regelmäßiger sportlicher Betätigung zur Spannungsreduktion und damit zur Verbesserung des körperlichen Zustands kommen.
- **Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken.** Dysfunktionale Gedanken – schwerpunktmäßig zu den Themen „Essen“, „Figur“ und „Gewicht“ –, die zu ungünstigen Verhaltensweisen führen, werden identifiziert und verändert. Aber auch persönliche Einstellungen und Grundüberzeugungen, die die Symptomatik begünstigen, werden bearbeitet.
- **Rückfallprophylaxe/Transfer in den Alltag.** Hierbei geht es um den Umgang mit aktuellen und zukünftigen Schwierigkeiten, z.B. durch Erstellen von sogenannten Notfallkärtchen, auf denen individuelle Strategien zum Symptomanagement gesammelt werden. Risikosituationen sollen vorweggenommen und Handlungsstrategien im Voraus geplant werden.

Krankheitsgeschichte

Frau P, eine 30-jährige, allein lebende Büroangestellte, leidet seit ihrem Grundschulalter an Übergewicht. Mit 9 Jahren seien erstmalig ca. ein- bis 2-mal pro Woche Essanfälle aufgetreten. Im Alter von 12 Jahren habe sie schließlich 93 kg gewogen und weiterhin Essattacken gehabt. Beide Eltern sowie ihr jüngerer Bruder seien übergewichtig gewesen. Vor 4 Jahren ist es im Rahmen der Trennung von ihrem ersten Freund zu einer weiteren Gewichtszunahme auf 104 kg gekommen. Es habe seither immer wieder kurze Phasen gegeben, in denen sie mit Hilfe von Diäten auf ein Gewicht von ca. 90 kg abgenommen habe. Dennoch hat dieser Effekt nie lange angehalten, es sei dann immer wieder zu einer vermehrten Gewichtszunahme gekommen. Aktuell wiegt Frau P 116 kg bei einer Körpergröße von 173 cm (Body-Mass-Index: 38,7). Sie berichtet von einem

Name _____		Wochentag _____		Datum _____	
Stimulus = Auslösende Situation	Organismus = Körperliche Verfassung/über- dauernde persönliche Regeln und Pläne	Reaktion = Problemverhalten	Konsequenzen		
Abends alleine zu Hause vor dem Fernseher, nachdem Freundin K. eine Verabredung abgesagt hat/anstrengenden Arbeitstag gehabt, wegen Streit mit einer Kollegin	Körperliche Zustände: genetische Disposition (Übergewicht liegt in der Familie mütterlicherseits)/erhöhtes Hungergefühl, da ich tagsüber bei der Arbeit wenig gegessen habe Persönliche Einstellung: Geringe Selbstachtung: „Ich bin nicht wichtig für andere Menschen“/„Meine Meinung zählt sowieso nie“/ „Ich kann mich nie durchsetzen“	Cedanken: „Warum habe ich mich gegen meine Kollegin nicht gewehrt?“ „Mit mir kann man ja alles machen.“ „Bestimmt hat K. sich nicht mit mir treffen wollen, weil ich so langweilig bin.“ „Ich weiß ja gar nicht, was ich mit dem Abend alleine anfangen soll.“ Gefühle: Wut, Ärger, Einsamkeit, Hilflosigkeit Körperreaktion: Herzklopfen, flaves Gefühl im Magen, Hitzewallungen Verhalten: Rückzug, Einkaufen gehen, Essanfall mit Erbrechen	Kurzfristig positiv: – Reduktion des Ärgergefühls und der Hilflosigkeit – allgemeine Spannungsreduktion – Ablenkung von Einsamkeit und Langeweile Kurzfristig negativ: – Scham- und Schuldgefühle – Müdigkeit, Erschöpfung Langfristig negativ: – fehlende konstruktive Konfliktbewältigung – Depression – Einsamkeit – Gewichtsanstieg		

Abb. 3.3 Verhaltensanalyse auf Mikroebene bei einer Patientin mit Binge-Eating-Störung.

eher unstrukturierten Essverhalten. Sie esse zu den Hauptmahlzeiten manchmal deutlich über eine Normalportion hinaus und vor allem zwischendurch Süßigkeiten. Fast täglich kommt es zu einer Heißhungerattacke mit Verzehr von Süßigkeiten (z. B. 2 Tafeln Schokolade, eine Tüte Gummibärchen, 2 Becher Schokoladenpudding, ein Stück Sahnetorte). Sie erlebe dabei einen ausgeprägten Kontrollverlust. Gewichtsreduzierende Maßnahmen gebe es derzeit keine. Im Alter von ca. 19 Jahren habe sie für kurze Zeit Abführ- und Entwässerungsmittel, Appetitzügler sowie das Medikament Xenical zur Gewichtsreduktion eingenommen. Sport oder Bewegung falle ihr mittlerweile sehr schwer, sie lege in letzter Zeit viele Wege fast nur noch im Auto zurück. Wenn sie sich allerdings zwingen, könne sie sich beim Nordic-Walking oder Laufen noch gut bewegen.

Sozialanamnese

Die 30-jährige Patientin lebt allein in einer Zweizimmerwohnung. Seit der Trennung von ihrem Freund vor 2 Jahren ist sie keine Partnerschaft mehr eingegangen. Insgesamt hat sie nur wenige soziale Kontakte, fühlt sich unattraktiv und von anderen schnell abgelehnt. Sie arbeitet in Vollzeit als Sekretärin in einer Firma. Sowohl mit ihrem Chef als auch mit einer Kollegin kommt es immer wieder zu Konflikten. Frau P fühlt sich „ausgenutzt“ und kann sich nicht abgrenzen, wenn ihr neue Aufgaben aufgetragen werden. Sie traut sie sich nicht, einen eigenen Standpunkt zu vertreten. Ihre Eltern haben sich scheiden lassen, als die Patientin 4 Jahre alt war. Sie wuchs ab diesem Zeitpunkt mit ihrem 2 Jahre jüngeren Bruder bei ihrer Mutter auf. Beide Elternteile haben wenige Zeit später wieder eine eigene Familie mit jeweils einem weiteren Kind gegründet. Frau P hat sich dadurch zurückgesetzt gefühlt, sie hat in beiden Familien keinen Platz gefunden und sich mit den jeweiligen neuen Lebenspartnern der Eltern nicht verstanden. Zu einer offenen Austragung von Konflikten und Enttäuschungen durch die veränderte Familiensituation ist es aber nie gekommen. Frau P berichtet, ihren Ärger oder ihre Enttäuschungen für sich behalten zu haben.

Krankheitsmodell (auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen)

Zur Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells gehören die Erhebung einer ausführlichen biografischen Anamnese, die Durchführung von Verhaltensanalysen, die Identifizierung dysfunktionaler Gedankenmuster und überdauernder Einstellungen sowie die Analyse aktueller Lebensprobleme und derzeit bestehender Beziehungskonflikte. Vor diesem Hintergrund spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der BES bei Frau P folgende genetische, lerngeschichtliche, biografische und interaktionelle Faktoren eine Rolle:

- Es besteht eine genetische Prädisposition zu Übergewicht in ihrer Familie (beide Eltern sowie deren Eltern haben Übergewicht).
- Das familiäre Essverhalten war schon in der Kindheit der Patientin von Unregelmäßigkeit geprägt, es wurde z. B. nicht regelmäßig gemeinsam gegessen. Darüber hinaus musste immer aufgegessen werden, was auf den Teller geschöpft wurde. Teilweise gab es aber auch Phasen mit strikten Diätversuchen, die die Mutter mit ihrer Tochter unternommen hat.
- Es kam zu einer frühen Verlusterfahrung durch die Trennung der Eltern, als die Patientin 4 Jahre alt war. Sie hat darunter lange gelitten und danach das Gefühl entwickelt, in keiner Familie einen Platz zu haben, zumal Halbgeschwister auf die Welt kamen, die aus ihrer Sicht mehr Aufmerksamkeit erhielten als sie.

- Es bestehen mangelnde Konfliktbewältigungsstrategien und fehlende soziale Fertigkeiten: Die Patientin bleibt im Kontakt immer sehr angepasst und freundlich, sie orientiert sich an den Bedürfnissen des Gegenübers. Es fällt ihr schwer, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen. Gefühle wie Ärger, Wut, Enttäuschung oder Einsamkeit und Langeweile werden nicht offen gezeigt, sondern häufig mit Essattacken „betäubt“ bzw. reguliert.
- Es liegt eine tiefgreifende Selbstwertproblematik vor: Es bestehen viele selbstabwertende Kognitionen und eine überdauernde negative Sichtweise der eigenen Person (z.B. „Ich bin unfähig, mich zu wehren“, „Andere können alles besser“, „Ich werde nie mehr einen Freund finden“ oder „Mich mag keiner“).

Therapeutische Interventionen

- Ernährungsberatung und Analyse von Essprotokollen mit dem Ziel einer Regulierung des Essverhaltens im Sinne der Einhaltung einer regelmäßigen und leicht kalorienreduzierten, ballaststoffreichen Mischkost.
- Aufbau von regelmäßiger, alltagsgerechter Bewegung. Frau P schloss sich einer Nordic-Walking-Gruppe an. So konnte sie es mit der Zeit in ihren Alltag einbauen, 2-mal wöchentlich für eine Stunde Nordic Walking zu betreiben und alle 14 Tage für eine Stunde Schwimmen zu gehen. Darüber hinaus machte die Patientin die Erfahrung, dass Entspannungsübungen, Veränderungen ihres Kleidungsstils und ein sorgsamer Umgang mit dem Körper zu einer Verbesserung des Körperempfindens beitrugen.
- Erstellen von Verhaltensanalysen zur Identifizierung von Auslösern eines problematischen Essverhaltens (als Beispiel s. Abb. 3.3). Es zeigte sich bei Frau P, dass vorwiegend Situationen, in denen sie in Konflikte mit anderen gerät, sich ärgert, enttäuscht ist oder sich nicht von den Wünschen anderer abgrenzen kann, zu Essanfällen führen. Darüber hinaus sind Essanfälle auch mit Einsamkeits- und Langeweilegefühlen verknüpft.
- Reduktion der Heißhungerattacken durch Erlernen von funktionalen Konfliktbewältigungsstrategien (z.B. Äußern von Ärger) und sozialen Fertigkeiten wie Nein-Sagen oder Äußerung eigener Bedürfnisse und Wünsche. Besonders wichtig für Frau P war es, sich an ihrem Arbeitsplatz zu behaupten, nicht alle ihr von den Kollegen aufgetragenen Aufgaben, die teilweise nicht in ihr Arbeitsgebiet fielen, zu übernehmen, ungerechtfertigte von sachlicher Kritik ihres Chefs unterscheiden zu können und es auszuhalten, dass ihre Kollegen nicht ausschließlich positiv über sie denken. Auch andere interpersonale Konflikte, die die Patientin bisher nicht offen ausgetragen hat (z.B. mit den Eltern), wurden fokussiert und hilfreiche Strategien im Umgang damit erarbeitet.
- Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerks und Bearbeitung der Trennung von ihrem letzten Partner. Seit der Trennung hatte sich Frau P sehr von sozialen Kontakten zurückgezogen, traute sich kaum, von sich aus Verabredungen vorzunehmen, und vermied vor allem die Kontaktaufnahme zu Männern. Es wurde deutlich, dass sie die Trennung des Partners vor 2 Jahren sehr selbstabwertend verarbeitet hat („Ich bin sowieso nicht liebenswert“, „Ich werde nie mehr wieder einen Mann finden“).
- Bearbeitung von dysfunktionalen – teilweise aus der Biografie heraus entstandenen – Grundüberzeugungen bezüglich ihrer eigenen Person sowie bezüglich Figur,

Essen und Gewicht. Vor dem Hintergrund der frühen Verlusterfahrung durch die Trennung der Eltern, der lang andauernden Hänseleien in der Schule wegen ihrer Figur sowie der defizitären Lernerfahrungen im konstruktiven Umgang mit negativen Gefühlen und Konflikten sind viele negative Gedankenmuster um die Themen „Ich bin nichts wert“, „Mit diesem Gewicht mag mich niemand“, „Ich bin nicht wichtig und finde nirgends einen Platz“ und „Meine Bedürfnisse zählen nicht“ entstanden. Im Therapieverlauf konnte die Patientin solche Kognitionen herausarbeiten, sie mit ihrer biografischen Entwicklung in Verbindung bringen und mit Hilfe von Strategien zur kognitiven Umstrukturierung (z.B. Realitätsüberprüfung) verändern.