



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)



Die digitalen Zusatzmaterialien haben  
wir zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)  
bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer  
Homepage den folgenden Such-Code ein:  
**OM40173**

Kathrin Schag | Katrin Giel

# **Binge Eating**

Das impulsivitätsbezogene Programm  
zur Reduktion von Essanfällen (IMPULS)

Unter Mitarbeit von  
Elisabeth Leehr  
Anne Herschbach  
Tabea Bauer  
Sandra Becker  
Stephan Zipfel

 **Schattauer**

**Kathrin Schag**

kathrin.schag@med.uni-tuebingen.de

**Katrin Giel**

katrin.giel@med.uni-tuebingen.de

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von shutterstock/beats1

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Ruth Becker, Tübingen

Projektmanagement: Ulrike Albrecht

ISBN 978-3-608-40173-8

E-Book ISBN 978-3-608-12264-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20658-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

## Vorwort

Die Binge-Eating-Störung (BES) ist eine Essstörung, die 2013 erstmalig in der neuen Ausgabe des »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM-5®; APA, 2013) als eigenständige Diagnose anerkannt worden ist. Seit Kurzem wird BES auch in der »International Classification of Diseases« (ICD-11; WHO, 2019) der Weltgesundheitsorganisation aufgeführt. Häufig geht die BES mit komorbidem Übergewicht oder Adipositas einher. Die S3-Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen (Hilbert et al., 2018) empfehlen als oberstes Therapieziel bei der Behandlung der BES die Reduktion der Essanfälle. Psychotherapie gilt dabei als Therapie der ersten Wahl (Hilbert et al., 2018), wobei die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die sichersten Wirksamkeitsnachweise und hohe Effektstärken in Bezug auf die Reduktion der Essanfälle aufweist (systematischer Überblick z.B. Hilbert et al., 2019; Linardon et al., 2018; Monteleone et al., 2022). Nach wie vor erreichen aber nur rund 50 % der betroffenen Patient:innen eine Remission (Hilbert et al., 2019; Linardon et al., 2018). Psychotherapeutische Interventionen führen außerdem zu keiner klinisch relevanten Gewichtsreduktion, und es ist bislang unklar, welche der einzelnen Interventionen, die im Rahmen einer KVT eingesetzt werden, bezüglich der Essanfälle wirksam sind (Vocks et al., 2010).

Der aktuellen Studienlage zufolge könnte die Behandlung von Impulsivität einen spezifischen Wirkfaktor darstellen. So sprechen einige Studien dafür, dass eine generell erhöhte Impulsivität sowie eine speziell gegenüber Nahrungsreizen erhöhte Impulsivität einen Risikofaktor für die BES darstellen (systematischer Überblick: Giel et al., 2022; Giel et al., 2017; Schag et al., 2013). Strukturierte Therapieprogramme bei BES (z.B. Fairburn, 2008; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2010) beziehen sich bisher allerdings kaum auf das Impulsivitätskonzept und beinhalten nur wenige Interventionen, die sich auf Impulsivität und impulsives Essverhalten beziehen. Daher soll mit dem vorliegenden Manual IMPULS eine Grundlage geschaffen werden, die die Behandlung der nahrungsbezogenen Impulsivität bei Patienten mit BES ermöglicht. Eine randomisiert-kontrollierte Studie (Schag et al., 2019) spricht dafür, dass IMPULS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu einer stärkeren und länger anhaltenden Reduktion der Essanfälle und der Essstörungspathologie führen kann. Auch Daten zum Therapieverlauf (Rennhak et al., 2023), zur Informationsverarbeitung (Schag et al., 2021) und zur Aktivität beteiligter Hirnareale (Veit et al., 2021) unterstützen diese Ergebnisse. Das impulsivitätsbezogene Programm IMPULS kann diesen Daten zufolge zu einer Reduktion der Essstörungspathologie sowie impulsiver Verhaltensweisen führen. Im Langzeitverlauf zeigte sich in einer 3-Jahres-Katamnese eine anhaltende Reduktion der Essanfälle und der Impulsivität in beiden Untersuchungsgruppen (Schag et al., 2022).

IMPULS ist im Gruppensetting konzipiert, zum einen, um gruppenspezifische Wirkeffekte nutzbar zu machen, die sich aus der Bildung von Gruppenkohärenz und sozialen Interaktionen ergeben, und zum anderen aus ökonomischen Gesichtspunk-

ten. IMPULS kann aber auch im Rahmen einer Einzeltherapie eingesetzt werden. Es ist als ein spezifisches Trainingsprogramm zu verstehen, das in einen Gesamtbehandlungskontext eingebettet werden sollte. Einzelpsychotherapie, die über die Behandlung der Impulsivität hinausgeht und beispielsweise soziale und emotionale Probleme fokussiert, Ernährungsberatung oder die Behandlung der Adipositas können sinnvoll und hilfreich zur Genesung einer Patientin oder eines Patienten mit BES beitragen.

Das Manual IMPULS wurde als wöchentlich stattfindendes Gruppenprogramm konzipiert, das dem/der Therapeut:in eine Struktur und einzelne Interventionsmodule zur impulsivitätsbezogenen Verhaltensmodifikation an die Hand geben soll. Des Weiteren sind Arbeitsblätter enthalten, die mit den Patient:innen durchgearbeitet werden. Die Manualstruktur orientiert sich an dem Stufenmodell zur Entwicklung psychotherapeutischer Behandlungsmanuale von Carroll und Nuro (2002). Zentrale Konzepte und Interventionen wurden hauptsächlich aus der Suchttherapie (Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Wölfling et al., 2013) und der klassischen BES-Behandlung (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2010) abgeleitet und an das Impulsivitätskonzept adaptiert. Dabei handelt es sich vor allem um nahrungsbezogene Expositionenübungen und die Vermittlung von Selbstkontrollstrategien.

#### **ZUGANG ZU DEN ARBEITSMATERIALIEN IM DOWNLOAD-BEREICH**

Auf der Website des Verlages erhalten Sie Zugang zu den Arbeitsmaterialien, die für die Durchführung des Behandlungs-Programms essenziell sind.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

- das Behandlungsmanual für Patient:innen mit allen Arbeitsblättern und Informationsmaterialien im DIN A4-Format zum Ausdrucken
- eine Audiodatei mit einer angeleiteten Expositionenübung zur Nahrungs-konfrontation mit Reaktionsverhinderung

Um die Materialien zu erhalten, gehen Sie auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) und geben Sie dort folgenden Suchcode ein: OM40173

## **Danksagung**

Wir möchten uns herzlich für die Mitarbeit an der Konzeptionalisierung und Erstellung dieses Manuals bei Elisabeth Leehr, Anne Herschbach, Tabea Bauer, Sandra Becker und Stephan Zipfel bedanken, die durch ihre klinische und wissenschaftliche Expertise maßgeblich zu der Entwicklung von IMPULS beigetragen haben. Des Weiteren möchten wir uns bei allen Studienteilnehmer:innen, Studien-Therapeut:innen, insbesondere Eva-Maria Skoda, Nina Gani und Judith Kittel und Studien-Mitarbeiter:innen, insbesondere Tabea Richter, Lea Biermann, Carlotta Görsch, Johanna Schlatter und Sina Kristin Rennhak bedanken, durch die eine wissenschaftliche Überprüfung des Manuals möglich geworden ist. Wir bedanken uns außerdem für die Förderung durch die Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Tübingen im Rahmen der Förderlinie »Angewandte Klinische Forschung« (ID 323-0-1). Speziell möchten wir den beiden Patient:innen danken, die uns ermöglicht haben, das Manual durch ihre persönliche Sichtweise und ihre Erfahrungen in Form von Fallberichten zu veranschaulichen und zu bereichern.

Tübingen, im Frühjahr 2024

Kathrin Schag

Katrin Elisabeth Giel

# Inhalt

## TEIL 1 ALLGEMEINE HINTERGRÜNDE UND INFORMATIONEN ZU IMPULS

<b>1 Rationale von IMPULS und Behandlungsfokus .....</b>	<b>15</b>
<b>2 Essanfälle und Impulsivität bei Binge-Eating-Störung .....</b>	<b>17</b>
2.1 Essanfälle und andere impulsive Verhaltensweisen .....	17
2.2 Evidenzlage und angenommene Wirkfaktoren .....	21
2.3 Essstörungsdiagnostik, Erfassung von Essanfällen und anderen impulsiven Verhaltensweisen .....	23
<b>3 Behandlungsziele und Behandlungsrahmen .....</b>	<b>25</b>
3.1 Primäre und sekundäre Behandlungsziele .....	25
3.2 Zielgruppe, Setting und Gesamtbehandlungsplan .....	26
<b>4 Überblick über das IMPULS-Programm .....</b>	<b>27</b>
4.1 Struktur des IMPULS-Programms in der Gruppe .....	27
4.2 Therapeut-Patient-Beziehung .....	29
4.3 Ablauf einzelner Therapiesitzungen .....	30
4.4 Aufgaben zwischen den Sitzungen .....	32
4.5 Behandlungsmanual für Patient:innen .....	32
4.6 Krisen .....	32
4.7 Modifikation der IMPULS-Gruppe in niederschwelligem Format .....	33
4.8 IMPULS im Einzelsetting .....	35

## TEIL 2 MODULE DES TRAININGSPROGRAMMS

<b>5 Anfängliche Therapiephase .....</b>	<b>39</b>
5.1 Sitzung 1: Psychoedukation zu BES und Impulsivität – Vermittlung eines impulsivitätsbezogenen Störungsmodells .....	39
1. Einführung zu IMPULS .....	39
2. Psychoedukation zu BES und Impulsivität .....	41
3. Hausaufgabe: Selbstbeobachtung über Impulsivitätsprotokolle zum Essverhalten und Verhaltensanalysen .....	48

5.2 Sitzung 2: Analyse von individuellen Risikofaktoren, Entwicklung von Kontrollstrategien und individuelle Ausgestaltung von Behandlungszielen .....	51
1. Besprechung des Impulsivitätsprotokolls zum Essverhalten und der Verhaltensanalysen: Identifikation von Risikosituationen und Konsequenzen .....	51
2. Kontrollstrategien für Essanfälle: Stimuluskontrolle und Reaktionskontrolle ...	52
3. Ausarbeitung und Konkretisierung der Behandlungsziele .....	56
4. Hausaufgabe: Impulsivitätsprotokoll zum Essverhalten, Verhaltensanalyse, Verlaufskurve .....	59
<b>6 Hauptphase .....</b>	<b>61</b>
6.1 Sitzung 3: Impulsivitätsrunde und Psychoedukation zu Nahrungskonfrontation mit Reaktionsverhinderung .....	61
1. Impulsivitätsrunde .....	62
2. Psychoedukation zur Nahrungskonfrontation mit Reaktionsverhinderung ....	62
3. Planung der Nahrungskonfrontation mit Reaktionsverhinderung in der nächsten Sitzung .....	66
4. Hausaufgabe .....	66
6.2 Sitzung 4–7: Impulsivitätsrunde und Nahrungskonfrontation mit Reaktionsverhinderung .....	69
1. Konkreter Ablauf der Expositionsbübung in der Sitzung .....	70
2. Planung der nächsten Expositionsbübung in der Sitzung .....	74
3. Expositionsbübungen im Alltag als Hausaufgabe .....	75
4. Besprechung der Hausaufgabe Expositionsbübung im Alltag .....	76
5. Durchführung der Expositionsbübungen in der Einzelbehandlung .....	76
<b>7 Abschlussphase: Aufrechterhaltung, Transfer und weitere Planung .....</b>	<b>79</b>
1. Impulsivitätsrunde .....	79
2. Besprechung der Expositionsbübung im Alltag .....	79
3. Reflexion des bisherigen Verlaufs, Planung und Transfer des Erlernten .....	79
4. Abschlussrunde .....	84
<b>8 Weiterentwicklungen des IMPULS-Programms .....</b>	<b>86</b>
8.1 Zusätzliche Sitzung zu Emotionen in der modifizierten IMPULS-Gruppe .....	86
8.2 Zusätzliche Sitzung zu Selbstwert und Körperfeld in der modifizierten IMPULS-Gruppe .....	93
<b>9 Evaluation und Abschlussdiagnostik .....</b>	<b>99</b>

## APPENDIX

Prozessuntersuchungen von Essanfällen und anderen impulsiven Verhaltensweisen ..	105
Befragung zu Beginn des IMPULS-Gruppenprogramms .....	108
Befragung bei Abschluss des IMPULS-Gruppenprogramms .....	110
Literatur .....	113

# **TEIL 1**

## **Allgemeine Hintergründe und Informationen zu IMPULS**

# 1 Rationale von IMPULS und Behandlungsfokus

Das »impulsivitätsbezogene Programm zur Reduktion von Essanfällen bei Patient:innen mit Binge-Eating-Störung« (IMPULS) basiert primär auf verschiedenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, die für die Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen entwickelt wurden, da diese ebenfalls an gesteigerter Impulsivität und fehlenden Kontrollstrategien beim Konsum von Alkohol und Drogen leiden. Impulsivität ist eine multidimensionale Persönlichkeitseigenschaft mit starker biologischer Verankerung (z. B. Gray, 1970). Dabei werden die **Belohnungssensitivität**, d.h. ein zielgerichteter Antrieb auf belohnende Reize, und **impulsives Handeln**, d.h. rasches, spontanes und enthemmtes Handeln, als die beiden Hauptfaktoren der Impulsivität verstanden (Dawe & Loxton, 2004; Gullo et al., 2014). Als neurobiologische Grundlage wird bei beiden Störungsbildern, den Suchterkrankungen und der Binge-Eating-Störung (BES), von einer gesteigerten Aktivität des mesolimbischen Belohnungssystems bei Konfrontation mit störungsbezogenen Umweltreizen und einer gesenkten Aktivität des dorsolateralen präfrontalen Kortex ausgegangen, was zu mangelnden Kontrollfähigkeiten führt (Giel et al., 2022; Kessler et al., 2016; Smith & Robbins, 2013).

Die BES ist laut DSM-5® durch das Vorliegen von mindestens einem Essanfall in der Woche in den vergangenen 3 Monaten definiert. Essanfälle stellen somit das zentrale Kriterium für die Diagnose einer BES dar. Daher wird bei IMPULS insbesondere auf die Behandlung von Essanfällen fokussiert, da diese als Impulskontrollstörung gegenüber Nahrungsreizen verstanden werden können. Da allerdings auch Evidenz besteht, dass Personen mit BES eine allgemein erhöhte Impulsivität aufweisen (z. B. Schag et al., 2013) und gehäufte Komorbiditäten mit Impulskontrollstörungen und Substanzmissbrauch bestehen (z. B. Schmidt et al., 2012; Schreiber et al., 2013), werden bei IMPULS auch weitere impulsive Verhaltensweisen adressiert.

Bei IMPULS wird also daran gearbeitet, impulsives Verhalten zu reduzieren, insbesondere sollen dadurch Essanfälle verringert sowie Kontrollfähigkeiten bei der Nahrungsaufnahme gesteigert werden. Die bei der Suchttherapie schon weitgehend anerkannten Interventionen zur Steigerung der Selbstkontrollfähigkeiten wurden an das Störungsbild der BES adaptiert, wie Gearhardt und Kollegen (2011) es im Sinne der Behandlung der BES als »Esssucht« (engl. *food addiction*) vorschlagen. Dazu gehören Techniken zur Stimulus- und Reaktionskontrolle sowie die Exposition gegenüber Nahrungsreizen mit Reaktionsverhinderung. Dabei wurden das »Praxisbuch Sucht« von Batra und Bilke-Hentsch (2012) sowie das Manual zur »Behandlung von Computerspiel-

und Internetsucht« von Wölfling und Kollegen (2013) herangezogen. Bezuglich der Expositionsbüungen haben wir uns an den Manualen »Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen« von Neudeck und Wittchen (2005) und »Essanfälle und Adipositas« von Hilbert und Tuschen-Caffier (2010) orientiert, um störungsspezifische Aspekte bei der Exposition gegenüber Nahrungsreizen zu beachten.

## 2 Essanfälle und Impulsivität bei Binge-Eating-Störung

### 2.1 Essanfälle und andere impulsive Verhaltensweisen

Bei IMPULS wird aufgrund der vorliegenden empirischen Evidenz davon ausgegangen, dass Essanfälle und andere impulsive Verhaltensweisen bei Personen mit BES durch eine erhöhte dispositionale Impulsivität und bestimmte Lernerfahrungen entstehen, durch die speziell Nahrung als hedonischer Reiz empfunden wird. Dabei wird von dem in → Abbildung 2-1 dargestellten Erklärungsmodell ausgegangen.

**Abb. 2-1:** Erklärungsmodell zu Essanfällen und impulsiven Verhaltensweisen bei BES (Schag et al., 2016).

Essanfälle sind definiert als eine erhöhte Nahrungsaufnahme innerhalb eines begrenzten Zeitraums mit einem dabei erlebten Kontrollverlust. Die Diagnosekriterien nach DSM-5® (APA, 2013) wie bspw. besonders schnelles Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl über den Hunger hinaus spiegeln dabei ein stark impulsives Essverhalten wider. Wir gehen davon aus, dass Essanfälle aufgrund der zwei Hauptkomponenten

von Impulsivität entstehen, die miteinander interagieren (Dawe & Loxton, 2004; Schag et al., 2013):

**Erhöhte Belohnungssensitivität:** Patient:innen mit BES empfinden Nahrung als besonders belohnend und erleben dadurch ein erhöhtes Verlangen (sog. Craving) gegenüber Nahrungsreizen.

**Impulsives Handeln:** Aufgrund einer mangelnden Fähigkeit, Essverhalten zu kontrollieren und der erhöhten Belohnungssensitivität setzt die Nahrungsaufnahme unkontrolliert, d.h. oft rasch, teilweise automatisch oder aus Gewohnheit und ohne Berücksichtigung möglicher negativer Konsequenzen (z.B. einer Gewichtszunahme) ein. Die Patient:innen haben Schwierigkeiten, die Nahrungsaufnahme zu verhindern oder zu stoppen, was auch als mangelnde inhibitorische Kontrolle bezeichnet wird.

In → Fallbeispiel 1 berichtet eine remittierte Patientin rückblickend über das subjektive Erleben bei Essanfällen, dabei wird der Bezug zur Impulsivität herausgearbeitet (modifiziert nach Daugelat et al., 2023).

**FALLBEISPIEL 1: Eine remittierte Patientin berichtet über das subjektive Erleben von Essanfällen**

**Können Sie einen typischen Essanfall beschreiben?**

Typischerweise sah das bei mir so aus, dass ich irgendwelche Süßigkeiten da hatte, also Nussstollen oder irgendwie Süßgebäck, und dann wirklich einfach gegessen hab, den ganzen Nussstollen leergeräumt hab, und dann auf einmal war der Nussstollen weg. Und ich hab mich total – ich hab das gar nicht gemerkt, weil ich völlig den Überblick verloren hab.

Kurzfristig ging es mir dann besser, weil ich beschäftigt war, konnte mich auf etwas anderes konzentrieren, war abgelenkt. Aber danach ging's mir dann wieder deutlich schlechter, weil ich erst mal körperlich natürlich total überessen war und auch ein schlechtes Gewissen hatte und mich geschämt habe, weil ich zu viel gegessen hab.

**Wie hat sich das angefühlt? Können Sie das noch etwas näher beschreiben?**

Es war am Anfang schon gewollt, dass ich was zum Essen gesucht hab, aber dann nach den ersten paar Bissen ging es so in dieses Automatische über. Das war ein Kontrollverlust, also wo ich dann auch nicht mehr gemerkt hab »ich bin jetzt satt« oder »ich brauch jetzt auch nix mehr«.

**Können Sie Ihre Auslöser für Essanfälle beschreiben?**

Also bei mir werden die Essanfälle ausgelöst durch irgendwelche negativen Gedanken, also wenn ich mich schlecht fühle. Der Trigger für mich ist v.a. Einsamkeit und auch Langeweile. Das heißt, sobald ich kontinuierlich beschäftigt bin oder auch was anderes tu, was mir Spaß macht, dann hab ich das nicht.

### Wie haben sich die Essanfälle in Ihrem Alltag bemerkbar gemacht?

Es war v. a. so, dass ich ständig mit Essen beschäftigt war, also auch ständig geschaut hab »Hab ich was da zu essen?« und auch das Suchen nach Essbarem »Was kann ich jetzt essen?«. Also das hat natürlich schon sehr viel Zeit in Anspruch genommen. Aber natürlich auch das kontinuierlich schlechte Gewissen, weil ich (nach einem Essanfall) auch immer diese (negativen) Gedanken hatte und das macht den Alltag dann schon sehr belastend.

Essanfälle können unter bestimmten äußereren und inneren Bedingungen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auftreten (→ Abb 2-1):

**Innere Faktoren** wie Hunger, starke (negative oder positive) Emotionen oder Stress können die Kontrollfähigkeiten einer Person bezüglich der Nahrungsaufnahme weiter senken und so zu einem erhöhten Risiko für einen Essanfall führen. Auch dies ist in der Schilderung der Patientin in Fallbeispiel 1 beschrieben.

**Außere Faktoren** wie direkte und unbegrenzte Verfügbarkeit von Nahrung (z. B. Büffet, Supermarkt), Werbung oder soziale Umstände (z. B. auf Feiern) können im Sinne einer sog. erhöhten Reizreagibilität (engl. cue reactivity) (Jansen, 1998) zu einer verstärkten Nahrungsaufnahme führen und zu impulsivem Essen animieren.

Da bei Personen mit BES von einer erhöhten generellen Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft (Schag et al., 2013) ausgegangen wird und eine erhöhte Komorbidität mit Impulskontrollstörungen (Schmidt et al., 2012), Substanzmissbrauch (Schreiber et al., 2013) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Selby et al., 2010) vorliegt, können bei Personen mit BES auch andere klinische oder subklinische **impulsive Verhaltensweisen** auftreten, wenn beispielsweise kein Essen verfügbar ist, oder es kann möglicherweise zu einer Symptomverlagerung kommen, wenn Essanfälle unterdrückt werden (→ Abb 2-1). In den Sektionen zu Impulskontrollstörungen und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung werden in ICD-11 und DSM-5® folgende impulsiven Verhaltensweisen genannt:

- impulsives Einkaufen, übermäßiges Geldausgeben, Kleptomanie
- Glücksspiel, Computerspiel-/Internetsucht
- Trichotillomanie, Skin picking
- Pyromanie
- Substanzmissbrauch
- unüberlegte Entscheidungen
- rücksichtslose Teilnahme am Straßenverkehr, selbstverschuldete Unfälle
- selbstverletzendes Verhalten
- Jähzorn und Aggressivität, Streit, plötzliche Beziehungsabbrüche
- Promiskuität

Auch in diesen Verhaltensweisen spiegeln sich eine erhöhte Belohnungssensitivität oder impulsives, enthemmtes Handeln wider und verschiedene innere und äußere Bedingungen können die Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen.

Das in → Abbildung 2-1 dargestellte Modell beschreibt die potenziellen Ursachen und direkten Auslösefaktoren von Essanfällen und anderen impulsiven Verhaltensweisen bei Patient:innen mit BES. Es integriert überdauernde persönlichkeitsbezogene und aktuelle innere und äußere Faktoren. Dabei ist dieses Modell nicht als allumfassend zu betrachten, da weitere kognitive, emotionale, soziale und körperliche Prozesse eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der BES spielen können. Einen Eindruck über solche Belastungen und aufrechterhaltende Faktoren wie beispielsweise figur- und gewichtsbezogene Sorgen, Selbstwertprobleme, Stigmatisierung und somatische Folgeprobleme vermittelt der Bericht der Patientin in → Fallbeispiel 2 (modifiziert nach Daugelat et al., 2023). Hier werden ebenfalls allgemeine impulsive Tendenzen der Patientin angeschnitten.

**FALLBEISPIEL 2: Eine remittierte Patientin berichtet über die Auswirkungen von Essanfällen**

**Wissen Sie noch, was für Gedanken Sie sich wegen der Essanfälle gemacht haben?**  
Also durch das Essen und den Kontrollverlust und auch durch das daraus entstandene Übergewicht ist der Selbstwert natürlich kontinuierlich weiter nach unten gegangen. Ich habe dann zum Beispiel gedacht »Ah, du bist so inkonsequent, du hast es schon wieder nicht geschafft! Du weißt doch eigentlich, du solltest nicht und jetzt wirst du wieder zugenommen haben und es klappt alles nicht!« und »Du kannst eh nichts!«. Also, es ging dann wie so ein Schneeball von dem Essen aufs Ganze über, dass ich gesagt hab »Du kriegst eh nichts hin und du kannst es nicht, wieso versuchst du es überhaupt?!«

**Worunter haben Sie dabei am meisten gelitten?**

Unter dem schlechten Gewissen, unter diesen negativen Gedanken. Weil man dann immer gleich sich selbst als Person komplett in Frage stellt und das nicht mehr davon abgekoppelt betrachten kann, also nur auf das Essen bezogen. Dann kommen eben zum Beispiel auch die Gedanken in Bezug auf die Arbeit. Also zum Beispiel »Wenn du da konsequenter wärst, dann würdest du auch viel mehr hinkriegen.« Oder: »Du fängst immer so viel an und machst dann aber nicht mehr weiter. Du bist viel zu dick und dich mag doch eh niemand!«

**Hatten die Essanfälle sonst noch Auswirkungen auf Ihren Alltag?**

Natürlich auf das Gewicht. Also, ich hab Adipositas entwickelt, zum Glück noch kein Diabetes. Das wurde körperlich auch sehr belastend mit der Zeit, also mit Hüftschmerzen, mit Kurzatmigkeit, dass ich auch gemerkt hab, dass ich mit Freunden nicht mehr so mithalten kann, beim Spazieren gehen oder mal beim Sport. Das ist schon alles sehr belastend. Jetzt merk ich, da ich die Essanfälle nicht mehr hab, dass es auch kontinuierlich besser wird.

## 2.2 Evidenzlage und angenommene Wirkfaktoren

Für die Kognitive Verhaltenstherapie im Gesamten liegt bisher gute Evidenz für die Reduktion von Essanfällen bei Patientinnen mit BES vor (z. B. Hilbert et al., 2018), allerdings wurde Impulsivität als ätiologischer Faktor der BES in den meisten Behandlungsmanualen nur wenig berücksichtigt. Van Beurden und Kollegen (2016) geben einen systematischen Überblick über verschiedene Arten von Interventionen zur Reduktion von impulsivem Essverhalten an nicht-klinischen Stichproben und betrachten die Studienlage insgesamt als heterogen, aber vielversprechend.

Ince et al. (2021) berichten in einem systematischen Überblick über die Effektivität von Interventionen, die speziell die Reduktion von nahrungsbezogener Impulsivität bei Patient:innen mit Essanfällen adressieren. Dabei wurden nur drei Studien identifiziert, die psychotherapeutische Methoden eingesetzt haben (Ferrer-Garcia et al., 2017; Preuss et al., 2017; Schag et al., 2019). Die anderen Studien bezogen sich auf Psychopharmaka, computer-gestützte kognitive Trainingsprogramme und Neuromodulation. In allen drei psychotherapeutischen Studien zeigte sich durch die jeweilige impulsivitätsbezogene Intervention eine Reduktion der Essanfälle.

Insbesondere zeigte sich bei der Untersuchung des IMPULS-Programms in einer randomisiert-kontrollierten Studie an 80 Patient:innen mit BES eine hohe Akzeptanz und gute Machbarkeit des Programms (Schag et al., 2019). Die Patient:innen bewerteten das IMPULS-Programm als äußerst hilfreich (Rennhak et al., 2023). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die lediglich wöchentliche Selbstbeobachtungsprotokolle ausfüllte, zeigte sich zwar nicht unmittelbar zum Behandlungsende, aber drei Monate nach Abschluss der Behandlung eine stärkere und länger anhaltende Reduktion der Essanfälle und der Essstörungspathologie (Schag et al., 2019). Die Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft und der BMI reduzierten sich zunächst allerdings nicht (Schag et al., 2019). Bei der wöchentlichen Analyse des Therapieprozesses zeigte sich auch während der Behandlung eine Überlegenheit der Gruppe, die die IMPULS-Behandlung erhielt, im Vergleich zu der Kontrollgruppe hinsichtlich der Reduktion der Essanfälle (Rennhak et al., 2023). Außerdem konnten beide Gruppen auch andere impulsive Verhaltensweisen reduzieren, die IMPULS-Gruppe zum Ende der Behandlung etwas mehr als die Kontrollgruppe (Rennhak et al., 2023). In einer 3-Jahres-Katamnese zeigte sich darüber hinaus eine anhaltende Reduktion der Essanfälle und der Impulsivität in beiden Untersuchungsgruppen (Schag et al., 2022).

Die Ergebnisse weisen also zusammengefasst darauf hin, dass das IMPULS-Programm dazu in der Lage ist, die Essstörungspathologie und insbesondere Essanfälle zu reduzieren, und dass dies mit Impulsivität in Verbindung steht. Diese Annahme wird von weiteren experimentellen Untersuchungen an der IMPULS-Stichprobe unterstützt. Demzufolge zeigten die Patient:innen nach der IMPULS-Behandlung im Vergleich zur Kontrollgruppe auch stärkere Veränderungen bei der impulsiven Aufmerksamkeitslenkung auf Nahrungsreize und die Nahrungsreize wurden als weniger belohnend bewertet (Schag et al., 2021). Neurobiologische Untersuchungen zeigten für die IMPULS-Gruppe nach der Behandlung eine höhere Aktivität im dorsolateralen

präfrontalen Kortex während der Ausführung einer impulsivitätsbezogenen Reaktionszeitaufgabe (Veit et al., 2021). Die Ergebnisse dieser beiden mechanismenorientierten Studien sprechen also dafür, dass die Patient:innen ihre Kontrollfähigkeiten stärken und die Belohnungssensitivität gegenüber Nahrungsreizen senken konnten.

Bei IMPULS werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen durchgeführt, die speziell bei Personen mit BES auf die Reduktion nahrungsbezogener Impulsivität fokussieren. Als Interventionen werden neben Psychoedukation und Selbstbeobachtung zum einen Selbstkontrolltechniken anhand eines wöchentlich geführten Impulsivitätsprotokolls erarbeitet, um einen funktionalen Umgang mit impulsiven Handlungstendenzen und eine höhere Selbstwirksamkeit zu erfahren (Schag et al., 2016). Selbstkontrolltechniken wie Stimulus- und Reaktionskontrolle werden bei der Behandlung von Suchterkrankungen häufig eingesetzt (Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Wölfling et al., 2013) und wurden in dem vorliegenden Manual an das Krankheitsbild der BES adaptiert. Zum anderen werden bei IMPULS Expositionsbüungen mit Reaktionsverhinderung durchgeführt und ein Transfer in den Alltag hergestellt. Expositionsbüungen haben sich inzwischen bei der Therapie von BES und Suchterkrankungen als durchführbar und vielversprechend gezeigt (Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Jansen et al., 1992; Magson et al., 2021). Sie zielen darauf ab, neue Reiz-Reaktions-Verknüpfungen zu bilden, dem Verlangen nach Nahrungsmitteln zu widerstehen bzw. es über Habituationseffekte zu reduzieren und so eine erhöhte Kontrolle über das Essverhalten zu erlangen (Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Gearhardt et al., 2011; Turton et al., 2016). Entsprechend soll mit diesen impulsivitätsbezogenen Interventionen sowohl eine Reduktion der Belohnungssensitivität als auch eine Steigerung der Kontrollfähigkeiten erreicht und damit die Häufigkeit von Essanfällen reduziert werden.

Durch die starke Strukturiertheit des Programms, Psychoedukation und andauernde Selbstbeobachtung lernen die Patientinnen außerdem auf einer Metaebene, kontrollierter und geplanter durch ihren Alltag zu gehen, was die Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft im Allgemeinen adressiert. Während des Programms sollte darauf geachtet werden, ob es zu einer Symptomverschiebung von Essanfällen auf andere impulsive Verhaltensweisen kommt. Umgekehrt können sich auch hinsichtlich der Reduktion anderer impulsiver Verhaltensweisen positive Transfereffekte aus der impulsivitätsbezogenen Behandlung der Essanfälle ergeben.

Neben der Reduktion von Essanfällen über eine Stärkung der Kontrollfähigkeiten und der Selbstwirksamkeitserwartung durch die soeben beschriebenen Interventionen werden bei IMPULS außerdem weitere unspezifische Wirkfaktoren angenommen, die sich aus der Therapeut-Patient-Beziehung und Gruppenprozessen ergeben.

## 2.3 Essstörungsdiagnostik, Erfassung von Essanfällen und anderen impulsiven Verhaltensweisen

Vor Beginn des IMPULS-Programms ist eine ausführliche essstörungsbezogene Diagnostik und Abklärung weiterer psychischer Erkrankungen im Einzelsetting zu empfehlen. → Fallbeispiel 3 zeigt dies beispielhaft anhand der Anamnese einer Patientin vor Beginn des Gruppenprogramms. Dabei sollte sorgfältig geprüft werden, ob das vorliegende Manual für die Behandlung indiziert ist. Das Manual wurde für Patient:innen mit BES konzipiert und evaluiert. Über die Wirksamkeit des Manuals bezüglich der Behandlung anderer Essstörungen mit Essanfällen kann bislang noch keine Aussage getroffen werden, eine Behandlung mit IMPULS kann jedoch in Einzelfällen sinnvoll sein. Bei komorbid vorliegenden psychischen Erkrankungen ist außerdem die Behandlung schwerer Psychopathologien vorzuziehen.

In der diagnostischen Phase empfiehlt es sich daher, eine ausführliche Anamnese und strukturierte Diagnostik mit Interviewleitfäden durchzuführen. Bezuglich der Essstörungssymptomatik wird das Eating Disorder Examination (EDE; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016b) als Goldstandard der Essstörungsdiagnostik empfohlen. Hier werden die Art und Anzahl der Essanfälle sowie die diagnostischen Kriterien von BES, Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa entsprechend DSM-5® erfasst. Darüber hinaus ermöglicht das EDE auf vier Skalen die Berechnung essens-, gewichts- und figurbezogener Sorgen sowie des Ausmaßes an gezügeltem Essen, sodass auch die Schwere weiterer Essstörungspathologie eingeschätzt werden kann. Bezuglich der Erfassung komorbider psychischer Erkrankungen empfehlen wir beispielsweise den Einsatz des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-5®-Störungen (SCID-5-CV; Beesdo-Baum et al., 2019), über den die gängigen psychischen Störungsbilder nach DSM-5®-Kriterien diagnostiziert werden können.

Als validierte Fragebögen sind zur Erfassung der Essstörungspathologie der Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016a), der dem EDE-Interview entspricht, sowie der Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ; Pudel & Westenhöfer, 1989) oder der Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Nagl et al., 2016) zu empfehlen. Bei TFEQ und DEBQ werden in einzelnen Subskalen auch Konzepte erfasst, die mit impulsivem Essverhalten in Verbindung stehen. Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft kann mittels Barratt Impulsiveness Scale (Meule et al., 2011) oder UPPS Impulsive Behavior Scale (Schmidt et al., 2008) erfasst werden. Bei den Fragebögen ist allerdings darauf zu achten, dass es aufgrund des relativ breiten Erhebungszeitraums von 28 Tagen beim EDE-Q möglicherweise zu Gedächtnisverzerrungen bezüglich der Häufigkeit der Essanfälle kommen kann (→ Fallbeispiel 3). Die Impulsivitätsfragebögen erfassen wiederum relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften und weniger veränderbare konkrete impulsive Verhaltensweisen. Daher haben wir einen Fragebogen zur wöchentlichen Erfassung der Essanfälle und anderer impulsiver Verhaltensweisen nach DSM-5® und ICD-11 erstellt, der kurzfristige Veränderungen im Therapieverlauf deutlicher abbilden kann (Rennhak et al., 2023). Dieser Fragebogen zu den Prozessuntersuchungen ist noch nicht validiert, aber im Appendix angehängt (→ S.105).

**FALLBEISPIEL 3: Anamnese einer Patientin mit BES zur Aufnahme in das IMPULS-Gruppenprogramm**

Die 44-jährige Patientin stellte sich in unserer psychosomatischen Ambulanz im Rahmen einer interdisziplinären Plattform zur Behandlung von Adipositas mit einer Adipositas Grad III vor. Sie berichtete, seit dem Grundschulalter unter Adipositas zu leiden und im Erwachsenenalter an einer depressiven Störung erkrankt zu sein. Sie habe bislang drei depressive Episoden erlebt und sei deswegen in ambulanter stationärer Behandlung gewesen. Aktuell sei sie bezüglich der Stimmung relativ stabil. In ihrer Familie seien sowohl Adipositas als auch Depressionen bei anderen Familienmitgliedern bekannt.

Bezüglich des Essverhaltens berichtete die Patientin, morgens oft nur einen Milchkaffee zu trinken und auch öfter das Mittagessen ausfallen zu lassen. Abends habe sie dann großen Hunger und kochte dann zum Beispiel Nudeln, Reis oder esse Pizza. Wenn sie alleine zu Hause sei, verliere sie immer wieder die Kontrolle und esse über normale Portionsgrößen hinaus. Dies komme ca. zwei Mal wöchentlich vor. Häufig esse sie dabei Süßigkeiten oder Kuchen mit Mengen bis zu 500 g. Nach so einem Essanfall fühle sie sich körperlich unwohl und mache sich Selbstvorwürfe. Es gebe keine kompensatorischen Maßnahmen wie Erbrechen oder intensives Sporttreiben. Körperlich bemerke die Patientin aufgrund der Adipositas starke Einschränkungen in ihrer Beweglichkeit, Kurzatmigkeit bei Belastung und Muskelschmerzen.

Daraufhin wurde bei der Patientin erstmals eine Binge-Eating-Störung diagnostiziert und sie wurde über die Erkrankung aufgeklärt. Da die Patientin noch nie an einer konservativen Adiposistherapie teilgenommen hatte, wurde ihr die Teilnahme an einem geführten Gewichtsreduktionsprogramm und bezüglich der Essanfälle an dem ambulanten Gruppenprogramm IMPULS empfohlen.

Bei Aufnahme in das IMPULS-Programm lag der BMI der Patientin bei  $47 \text{ kg/m}^2$ . Im EDE-Interview wurden 14 Essanfälle in den vergangenen 4 Wochen identifiziert. Im SCID-5-CV zeigte sich neben der aktuell remittierten rezidivierenden depressiven Störung außerdem eine Panikstörung in der Vorgeschichte. Die Patientin gab im EDE-Q an, in den letzten 4 Wochen 35 Mal ungewöhnlich viel gegessen zu haben und dabei 5 Mal die Kontrolle über das Essen verloren zu haben. Allein in den letzten 7 Tagen berichtete die Patientin laut dem Fragebogen zu den Prozessuntersuchungen von 2 Essanfällen und 14 anderen impulsiven Verhaltensweisen, insbesondere Glücksspiel und Online-Spiele. Der EDE-Q-Gesamtscore war mit einem Wert von 2,7 im Vergleich zu Personen ohne Essstörung stark erhöht. Dabei standen gewichts- (3,4) und figurbezogene Sorgen (3,8) deutlich im Vordergrund. Im Fragebogen zum Essverhalten (TFEQ) waren die Skalen Störbarkeit des Essverhaltens (13) und erlebte Hungergefühle (10) sehr stark ausgeprägt, das gezügelte Essen (7) mittelgradig. Der BDI II wies mit einem Gesamtwert von 11 auf eine aktuell gering ausgeprägte depressive Symptomatik hin.