

Kognitive Verhaltenstherapie für Paare: Fallstudie einer doppelten Binge-Eating-Störung

Anja Hilbert^{1,*}, Guy Bodenmann²

¹Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB)

AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,

Psychosomatik und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland

²Universität Zürich, Abteilung für Psychologie, Klinische Psychologie für Kinder/Jugendliche

und Paare/Familien, Zürich, Schweiz

*Korrespondenzautorin. Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes Forschungs- und
Behandlungszentrum (IFB) AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Philipp-Rosenthal-Straße 27,
04103 Leipzig, Deutschland. Telefon: +49 341 97-15360, Fax: +49 341 97-15359, Email:
anja.hilbert@medizin.uni.leipzig.de

Stichwörter: kognitiv-behaviorale Therapie; Paartherapie; Binge-Eating-Störung; Fallstudie

Kernmerkmal der Binge-Eating-Störung (BES) sind wiederkehrende Essanfälle ohne einen regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Vorbeugung einer Gewichtszunahme. Bei Essanfällen nehmen die Betroffenen große Nahrungsmengen zu sich und erleben einen Kontrollverlust über das eigene Essverhalten (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5; American Psychiatric Association APA 2015). Die BES ist die häufigste Essstörung und geht in der Regel mit psychischer Komorbidität, reduzierter Lebensqualität, Übergewicht und Adipositas sowie deren Folgeerkrankungen einher. Darüber hinaus berichten Betroffene mit BES häufig von substantiellen Beziehungsproblemen, darunter dysfunktionaler Kommunikation und Unzufriedenheit in der Partnerschaft, die zu Essanfällen beitragen (Whisman et al. 2012; Ansell et al. 2012). Jedoch bleibt weitgehend unklar, wie diese Beziehungsprobleme behandelt werden können (Cierpka et al. 2007). Die kognitive Verhaltenstherapie gilt laut evidenzbasierten Behandlungsleitlinien als die am besten belegte Therapie der BES (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, im Druck). Bislang brachte die Erweiterung dieses Ansatzes durch den Einbezug des Partners in die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie keine zusätzlichen Vorteile (Gorin et al. 2003), möglicherweise da sie nicht speziell für Paare mit BES konzipiert wurde. Allgemein gilt die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Paartherapie zur Verbesserung der Beziehungsqualität von gesunden Paaren jedoch als bewiesen (Baucom et al. 2003). Weiterhin erwies sich die störungsspezifische kognitiv-behaviorale Paartherapie zur Behandlung psychischer Störungen, beispielsweise von Depression, als ebenso wirksam wie die evidenzbasierte Individualtherapie (Bodenmann et al. 2008). Aktuell zeigte auch die Anwendung paartherapeutischer Interventionen zur Behandlung von Anorexia Nervosa als wirksam (Baucom et al. 2017; Bulik et al. 2011; Kirby et al. 2015). Partnerschaftsprobleme werden auch für die Anorexia Nervosa als störungsaufrechterhaltend diskutiert (Teufel et al. 2017).

Ziel dieser Fallstudie war es, ein störungsspezifisches Manual für kognitive Verhaltenstherapie für Paare mit BES zu entwickeln und zu erproben, und zwar an einem Paar, bei dem beide Partner von BES betroffen waren.

Patienten

Eine 64-jährige Frau und ein 59-jähriger Mann kontaktierten die Studienklinik mit dem Ziel einer Behandlung ihrer BES und erhielten das Angebot zur Teilnahme an der Studie. Zuvor war ein Ethikvotum durch die lokale Ethikkommission eingeholt worden. Die Einwilligung wurde bei der ersten Untersuchung freiwillig und schriftlich eingeholt. Bei jedem der beiden Partner wurde in einer getrennten diagnostischen Sitzung von einem erfahrenen Diagnostiker BES gemäß DSM-5 (APA 2015) unter Verwendung der deutschen Interviewversion des Eating Disorder Examination (EDE) von Hilbert und Tuschen-Caffier (2016a) diagnostiziert. Beide Partner waren von Adipositas Grad III (Body Mass Index, BMI ≥ 40.0 kg/m²) betroffen (Tab. 1), diese Einteilung basierte auf dem gemessenen Gewicht und der Körpergröße. Im Anamnesefragebogen berichteten beide Partner über stationäre Therapien für die BES in der Vorgeschichte. Außerdem hatte der Ehemann an Selbsthilfegruppen und Ernährungsberatung teilgenommen. Beide Partner berichteten über eine Vielzahl von Diätversuchen in der Vorgeschichte mit Gewichtsverlusten zwischen 5 und 40 kg. Die Ehefrau berichtete eine Major Depression in der Vorgeschichte, nahm zum Zeitpunkt der Studie Antidepressiva ein, fühlte sich aktuell jedoch nicht depressiv. Der Ehemann gab einen diagnostizierten Typ 2 Diabetes Mellitus sowie eine Dysthymie in der Vorgeschichte an. Während die Frau Suizidalität im Anamnesefragebogen verneinte, gab der Mann einen Selbstmordversuch in den 1980er Jahren an, verneinte jedoch aktuelle Suizidalität.

Beide Partner berichteten in einschlägigen Fragebögen aktuell von erhöhter globaler Essstörungs- und allgemeiner Psychopathologie (d. h. Depression), erfasst durch den Eating

Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Hilbert und Tuschen-Caffier 2016b) und durch das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) (Tab. 1). Bei der Erfassung der Beziehungsqualität mit Hilfe des Partnerschaftsfragebogens (PFB; Hahlweg 1996) gab der Ehemann an, unzufrieden mit der Beziehung zu sein, und die Ehefrau empfand im Dyadischen Coping Inventar (DCI; Bodenmann 2008) die interpersonellen Copingstrategien als unterdurchschnittlich. Das Paar war seit 14 Jahren verheiratet, ohne gemeinsame Kinder.

Therapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie für Paare mit BES basierte auf einem neu entwickelten Manual, welches zwei evidenzbasierte deutsche Manuale für die kognitiv-behaviorale Therapie der BES von Hilbert und Tuschen-Caffier (2010) und für nicht-störungsspezifische Verhaltenstherapie für Paare von Bodenmann und Brändli (2010) kombiniert. Die Behandlung bestand aus zehn 100-minütigen Sitzungen, von denen vier Sitzungen wöchentlich und die übrigen alle zwei Wochen abgehalten wurden. Jede Sitzung beinhaltete eine Besprechung aktueller und vorangegangener Inhalte einschließlich von Hausaufgaben, Interventionen zur BES, paarorientierte Interventionen und eine Hausaufgabenstellung. Die Therapie wurde von einer Psychologin in fortgeschrittener Weiterbildung in Verhaltenstherapie unter Supervision von A. Hilbert durchgeführt.

Während der Vorbereitungsphase (Sitzung 1) vermittelte die Therapeutin dem Paar grundlegende Informationen über die BES (z. B. Erscheinungsbild, Prävalenz, Ätiologie). Ein Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell, das die Entwicklung der BES für jeden Partner erklärt, wurde auf der Grundlage der Diagnostik hergeleitet. Beide Partner erinnerten einen Beginn des Überessens in der Kindheit und einen Beginn von Diätversuchen in der Adoleszenz. Beide berichteten aktuell emotionales Essverhalten zur Regulation negativer Emotionen. Der Ehemann zeigte zusätzlich emotionales Essverhalten auf positive Emotionen hin. Beide Partner konnten sich auf ein Aufrechterhaltungsmodell einigen, dem zufolge

Essanfälle häufig durch einen starker Heißhunger, bedingt durch unregelmäßiges Essverhalten, Konflikte in der Paarbeziehung und negative und/oder positive Emotionen ausgelöst werden. Der Ehemann berichtete zudem von Essanfällen nach seinem erhöhten Alkoholkonsum. Infolge der Essanfälle erlebten beide Partner oftmals Scham, Frustration und Ärger, vermehrte Figur- und Gewichtssorgen sowie Hoffnungslosigkeit. Die Therapeutin führte ein Ernährungsprotokoll für jeden der Partner ein, das in jeder Sitzung besprochen wurde. Die Partnerschaftsqualität beschrieben beide Partner als „mehr oder weniger glücklich“, bzw. gab der Mann Unzufriedenheit an. Beide Partner benannten auch kritische Aspekte in ihrer Beziehung, darunter die Vermeidung gemeinsamer Aktivitäten durch die Frau und die emotionale Instabilität des Mannes, die in einer Verhaltensanalyse untersucht wurden. Positive Aspekte der Beziehung wurden mittels eines Oral History Interview nach Bodenmann und Brändli (2010) betrachtet. Weiterhin führte die Therapeutin ein Reziprozitätstraining durch, um positive Interaktionen zwischen den Partnern zu verstärken und negative zu reduzieren.

Die intensive Behandlungsphase (Sitzungen 2-8) fokussierte in den wöchentlichen Sitzungen 2-4 zunächst auf ein Ernährungsmanagement zur Normalisierung des Essverhaltens und auf eine Einführung regelmäßiger körperlicher Aktivität, um Essanfällen vorzubeugen und das Gewichtsmanagement zu erleichtern. Eine Einführung gemeinsamer Mahlzeiten erhöhte das Stressempfinden beider Partner, eine systematische Planung der Mahlzeiten reduzierte diesen Stress jedoch wieder. Der Mann verringerte im Zuge des Ernährungsmanagements seinen regelmäßigen Alkoholkonsum, gab das Trinken jedoch nicht vollständig auf. Weiterhin wurden beide Partner in der Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung angeleitet, und Genussübungen zur Steigerung des Genusserlebens beim Essen wurden geplant, sodass die Partner diese zuhause umsetzen konnten. Die körperliche Aktivität bestand zumeist in kurzen Phasen mit Walking oder Gymnastik. Depressive Stimmung erschwerte es beiden Partnern jedoch, ein ausreichendes Ausmaß von körperlicher Aktivität

zu erreichen. Da beide Partner Schwierigkeiten hatten, ihre Gefühle auszudrücken, führte die Therapeutin ein Kommunikationstraining durch, um die emotionale Kommunikation zu unterstützen und Konflikte innerhalb des Paares zu reduzieren. Dabei wurden Regeln für Sprecher und Zuhörer etabliert (z. B. spezifisch und emotionsorientiert zu kommunizieren, aktiv zuzuhören) (Schindler et al. 2013). Die Therapeutin leitete das Paar an, Konfliktthemen mit – über die Sitzungen hinweg – ansteigendem Schwierigkeitsgrad zu diskutieren (z. B. externaler Konflikt bei der Arbeit, internaler emotionaler Konflikt, Konflikt aufgrund von Essstörungssymptomen).

In den zweiwöchentlichen Sitzungen 5-8 wurde das Ernährungsmanagement weitergeführt. Außerdem lag ein Fokus auf dem individuellen Körperbild beider Partner, das negativ, jedoch nicht deutlich negativ geprägt war. Hausaufgaben bezogen sich auf Körperbildexposition im Spiegel und auf körperbezogene Genussübungen (z. B. sich selbst und/oder den Partner mit Körperlotion einzucremen, komfortable Kleidung zu tragen). Der Einfluss von gewichtsbezogenen Diskriminierungserfahrungen auf das Körperbild und Bewältigungsmöglichkeiten wurden diskutiert. Ein Problemlösetraining diente der Bewältigung alltäglicher Probleme und essstörungsbezogener Konflikte. Zusätzlich führte das Paar unter Anwendung des Problemlösens einige gemeinsame Aktivitäten ein (z. B. Tagesausflüge), die die Partnerschaftszufriedenheit erhöhten. Weiterhin setzte die Therapeutin die Drei-Phasen-Methode zur Verbesserung der Kommunikation von dyadischem Stress und dessen Bewältigung ein: Diese umfasste mit wechselnden Rollen ein Training in der Kommunikation von emotional belastenden Situationen seitens des Sprechers mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad (Phase 1), die Bereitstellung von emotionaler und instrumenteller Unterstützung seitens des Zuhörers (Phase 2) und die Verstärkung dieser Unterstützung durch den Sprecher (Phase 3). Vor allem der Ehemann zeigte substantielle Probleme bei der emotionalen Unterstützung seiner Frau.

Die Rückfallpräventions- und Evaluations-Phase (Sitzungen 9-10) umfasste eine Würdigung der therapeutischen Erfolge, thematisierte Rückfallpräventionsstrategien und leitete Grundzüge zukünftiger, weiterführender Arbeit ab. Der Fokus lag darauf, Kompromisse zu finden, Toleranz und Akzeptanz jedes Partners und seines Verhaltens zu erhöhen und Versuche, den Partner zu ändern, aufzugeben.

Effekte

Daten wurden vor Beginn der Therapie (t1), zum Therapieende (t2) und drei Monate danach (t3) erhoben. Der Reliable Change Index (RCI) nach Jacobson-Truax (1991) wurde genutzt, um die klinische Signifikanz der Veränderung zwischen den Messzeitpunkten ($RCI \geq 1.64$, einseitig, $p < 0.05$) festzustellen.

In der primären Outcome-Variable der Anzahl der Essanfälle, erfasst mit EDE, war eine signifikante Reduktion beider Partner zwischen t1 und t2 gegeben (Tab. 1). Während die Frau diese Verbesserung zum Follow-up beibehalten konnte, traten beim Mann Essanfälle zum Zeitpunkt t3 wieder auf. Keiner der beiden Partner erfüllte zum Zeitpunkt t2 die Kriterien für die BES nach DSM-5, und nur der Ehemann erfüllte die Kriterien für die BES zum Zeitpunkt t3. Weiterhin verzeichnete die Frau einen signifikanten Rückgang der globalen Essstörungspsychopathologie im EDE-Q von t1 zu t2, welchen sie auch zum Zeitpunkt t3 beibehielt, während keine Veränderung für den Ehemann festgestellt werden konnte. Bei keinem der beiden Partner zeigten sich signifikante Veränderungen der Depression, erfasst mit dem BSI. Zudem konnten mit PFB und DCI keine Veränderungen in der Partnerschaftszufriedenheit oder im dyadischen Coping dokumentiert werden. Der BMI beider Partner blieb stabil.

Diskussion

In dieser Fallstudie eines Paares mit doppelter BES erzielte die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Paare vielversprechende Ergebnisse. Die Anzahl der Essanfälle wurde in einem Umfang reduziert, der für kognitive Verhaltenstherapie von BES üblich ist (Hilbert et al., in revision). Dieser Effekt ist vergleichbar mit der Reduktion der Symptome bei störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie für Paare mit anderen psychischen Störungen, beispielsweise Depression (Bodenmann et al. 2008) und Anorexia Nervosa (Baucom et al. 2017; Bulik et al. 2011; Kirby et al. 2015). Speziell die Frau zeigte eine dauerhafte Verbesserung der BES-Symptome einschließlich einer Verbesserung der Essstörungspsychopathologie, während der Mann ausschließlich nach der Therapie Verbesserungen in der Essanfallssymptomatik aufwies. Zu vermerken ist, dass störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Paare normalerweise mit Paaren praktiziert wird, bei denen nur ein Partner an einer psychischen Störung leidet. In dieser Fallstudie wurden jedoch beide Partner mit BES diagnostiziert und beide litten unter psychischer Komorbidität, was die Effektivität der Therapie in Bezug auf Psychopathologie und Beziehungsqualität gemindert haben könnte. Der erhöhte Alkoholkonsum des Mannes führte wiederholt zu Essanfällen und könnte den längerfristigen Therapieerfolg beeinträchtigt haben. Zudem hinderten aktuelle depressive Symptome das Paar daran, in ausreichendem Maße körperlich aktiv zu sein und gemeinsame Aktivitäten vermehrt zu planen. Ein kürzlicher Umzug in eine neue Stadt bedingte zusätzlich erhöhten Stress beider Partner. Dies lässt vermuten, dass angesichts der Komplexität der individuellen und Paarprobleme die angesetzte Dauer der Therapie zu kurz bemessen war. Das Paar lernte effektive Paarkommunikations- und Problemlösungsstrategien, auch in Bezug auf das Essverhalten, und setzte diese erfolgreich um. Dennoch lassen die begrenzten Effekte auf Partnerschaftsqualität und Psychopathologie weitere Forschung zu diesem Ansatz notwendig erscheinen, besonders für Paare mit einem von der BES betroffenen Partner.

Anmerkungen

Anja Hilbert wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (01EO1001). Wir bedanken uns herzlich bei Dr. Anne Brauhardt für die Unterstützung bei der Durchführung und Synthetisierung dieser Studie, bei Dr. Sabrina Baldofski für das Korrekturlesen und Frederike Obereigner für das Editieren des Manuskripts.

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (2015) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen

Ansell EB, Grilo CM, White M (2012) Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control eating in women. *Int J Eat Disord* 45:43-50

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2018) S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“. Zugriff am XXX. Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/XXX.html> WIRD

NACHGETRAGEN

Baucom DH, Hahlweg K, Kuschel A (2003) Are waiting-list groups needed in future marital therapy outcome research? *Behav Ther* 34:179-188

Baucom DH, Kirby JS, Fischer MS, Baucom BR, Hamer R, Bulik CM (2017) Findings from a couple-based open trial for adult anorexia nervosa. *J Fam Psychol* 5:584-591

Bodenmann G (2008) Dyadisches Coping Inventar. Hogrefe, Göttingen

Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B et al. (2008) Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 76:944-954

Bodenmann, G, Brändli C (2010) Was Paare stark macht. Das Geheimnis einer glücklichen Partnerschaft. Axel Springer Verlag, Zürich

- Bulik CM, Baucom DH, Kirby JS, Pisetsky E (2011) Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 44:19-28
- Cierpka M, Riehl-Emde A, Schmidt M, Schneewind KA (2007) *Praxis der Paar- und Familientherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Franke GH (2000) *Brief Symptom Inventory*. Hogrefe, Göttingen
- Gorin AA, Le Grange D, Stone A (2003) Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 33:421-433
- Hahlweg K (1996) *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Hogrefe, Göttingen
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B (2010) *Essanfälle und Adipositas: ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung*. Hogrefe, Göttingen
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B (2016a) *Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Übersetzung (Bd. 01, 2. Auflage)*. dgvt-Verlag, Tübingen
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B (2016b) *Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung (Bd. 02, 2. Auflage)*. dgvt-Verlag, Tübingen
- Jacobson N, Truax P (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59:12-19
- Kirby JS, Runfola CD, Fischer MS, Baucom DH, Bulik CM (2015) Couple-based interventions for adults with eating disorders. *Eat Disord* 23:356-365
- Schindler L, Hahlweg K, Revenstorf D (2013) *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie: Therapiemanual*. Springer-Verlag, Berlin
- Teufel M, Wild B, Giel KE, Friederich HC, Resmark G, de Zwaan M, Herpertz S, Löwe B, Tagay S, von Wiedersheim J, Zeeck A, Burgmer M, Dinkel A, Ziser K, Zehnpfenning D, Zipfel S, Herzog W, Junne F (2017) Familie, Partnerschaft, Bildung und berufliche Situation bei Patientinnen mit Anorexia nervosa: Eine Sekundäranalyse der ANTOP-Stichprobe. *Psychotherapeut* 62:212-221.

Whisman MA, Dementyeva A, Baucom DH, Bulik CM (2012) Marital functioning and binge eating disorder in married women. *Int J Eat Disord* 45:385-389

Tabelle 1. Essstörungssymptomatik, Psychopathologie und Partnerschaftsqualität und Indikatoren klinisch signifikanter Veränderungen eines Paares mit doppelter Binge-Eating-Störung vor (t1) und nach der Therapie (t2) sowie drei Monate nach Therapieende (t3).

	Frau						Mann					
	Scores			RCI	RCI	RCI	Scores			RCI	RCI	RCI
	t1	t2	t3	(t1-t2)	(t1-t3)	(t2-t3)	t1	t2	t3	(t1-t2)	(t1-t3)	(t2-t3)
<i>Essstörungssymptome, Diagnose und Anthropometrie</i>												
Essanfälle (EDE)	3	0	1	-3.55*	-2.37*	1.18	5	0	6	-5.92*	1.18	7.11*
Binge-Eating-Störung (EDE)	ja	nein	nein	n. a.	n. a.	n. a.	ja	nein	ja	n. a.	n. a.	n. a.
Body Mass Index (kg/m ²)	45.5	44.7	44.2	n. a.	n. a.	n. a.	45.3	45.6	46.3	n. a.	n. a.	n. a.
<i>Essstörungen- und allgemeine Psychopathologie</i>												
Globale Essstörungspsychopathologie (EDE-Q)	1.93	0.85	0.36	-2.40*	-3.48*	-1.08	1.17	1.47	1.28	0.67	0.24	-0.42
Depression (BSI)	73	69	69	-1.00	-1.00	0.00	73	68	73	-1.25	0.00	1.25
<i>Partnerschaftsqualität</i>												
Partnerschaftszufriedenheit (PFB)	65	62	59	-0.30	-0.60	-0.30	43	37	33	-0.58	-0.96	-0.39
Dyadisches Coping (DCI)	108	109	102	0.09	-0.52	-0.61	115	123	114	0.60	-0.08	-0.68

Anmerkungen: EDE, Eating Disorder Examination Interview; Binge-Eating-Störung, Diagnose nach DSM-5; Essanfälle, Anzahl der objektiven Essanfälle pro Woche über die letzten 28 Tage; EDE-Q, Eating Disorder Examination-Questionnaire (globale Essstörungspsychopathologie, 0-6, höhere Werte entsprechen stärkerer Psychopathologie); BSI, Brief Symptom Inventory (standardisierte T-Werte; höhere Werte entsprechen stärkerer Psychopathologie); PFB, Partnerschaftsfragebogen, $PFB \leq 54$ „Unzufriedenheit in der Beziehung“, $54 < PFB \leq 72$ „Zufriedenheit in der Beziehung“, $PFB > 73$ „sehr große Zufriedenheit in der Beziehung“; DCI, Dyadisches Coping Inventar, $DCI < 111$ „unterdurchschnittliches interpersonelles Coping“, $111 \leq DCI < 145$ „durchschnittliches interpersonelles Coping“, $DCI \geq 145$ „überdurchschnittliches interpersonelles Coping“; t1, Baseline; t2, Therapieende; t3, drei Monate nach Therapieende; RCI, Reliable Change Index, $RCI \geq 1.64$ „klinisch signifikante Veränderung“; n. a., nicht auswertbar.

* $p < 0.05$.