

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:
<https://www.researchgate.net/publication/282911321>

[The treatment of binge eating disorder – a review]

Article *in* Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata · October 2015

CITATIONS

0

READS

68

3 authors:



Ildikó Papp

Semmelweis University

11 PUBLICATIONS 22 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Irena Szumska

Semmelweis University

26 PUBLICATIONS 88 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Ferenc Túry

Semmelweis University

103 PUBLICATIONS 514 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

All content following this page was uploaded by [Ildikó Papp](#) on 02 November 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

A falászavar (binge eating disorder) kezelése

Irodalmi áttekintés

268

Papp Ildikó^{1,2}, Szumska Irena², Túry Ferenc²¹ Országos Egészségfejlesztési Intézet² Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Összefoglalás: A falászavar (binge eating disorder) az új típusú evészavarok közé tartozik, amelyet 1992-ben írtak le, s önálló nosológiai egységgé a DSM-5 rendszerében vált 2013-ban. Központi tünete a falásroham, amelyet nem követnek a bulimiára jellemző kompenzáló viselkedésformák, ezért általában elhízással jár. Prevalenciája az átlagnépességben 1–3%, a kezelést kereső elhízottak között jóval magasabb. A terápia két fő célja a testsúlycsökkentés és a falásrohamok megszüntetése. A farmakoterápiában az antidepresszívumok főleg a pszichoterápia sikertelensége esetén, illetve komorbid depresszió fennállásakor ajánlottak. A pszichoterápia terén a legtöbb adat a kognitív-viselkedésterápia, a dialektikus viselkedésterápia, a viselkedésterápiás súlycsökkentő kezelés és az interperszonális terápia hatékonyságáról született. A jövőben az új terápiás eljárások és a kezelési kombinációk hatékonyságának vizsgálata, valamint a hosszú távú követés lényeges lesz.

Kulcsszavak: falászavar; evészavarok; epidemiológia; pszichoterápia; farmakoterápia

Summary: The binge eating disorder is a relatively new type of eating disorders, which was first described in 1992, and became a distinct nosological entity in the system of DSM-5 in 2013. Its central symptom is the binge, which is not followed by compensatory behaviours as in bulimia nervosa. Therefore, the patients are generally obese. The prevalence of the disorder is 1–3% in the general population, but much higher in help-seeking obese subjects. The two main goals of the therapy is body weight reduction, and the cessation of binges. In the pharmacotherapy of binge eating disorder the antidepressants are recommended mainly in the case of unsuccessful psychotherapy, and in treating comorbid depression. In the field of psychotherapy data are available mainly on the effectiveness of cognitive behavioural therapy, dialectic behaviour therapy, behavioural weight loss, and interpersonal therapy. Effectivity studies on new therapeutic methods and treatment combinations are needed as well as long term follow-up studies.

Keywords: binge eating disorder; eating disorders; epidemiology; psychotherapy; pharmacotherapy

Bevezetés

Az evészavarok elterjedtsége nemcsak a pszichiátriai érdeklődést keltette fel, hanem a közvélemény is sokat foglalkozik a legismertebb típusokkal: az anorexia nervosával és a bulimia nervosával (BN). Az elhízás külön, de népegészségügyileg igen fontos területnek számít a sok testi vonatkozás miatt. Ezek mellett az elmúlt két évtizedben újabb és újabb zavarok jelentek meg: a falászavar, az izomdiszmorfia, az orthorexia nervosa. A ma még újnak számító falászavar (binge eating disorder, BED) korábban túlevéses zavar néven is szerepelt a hazai fordításokban. Mivel a kórkép kevésbé ismert a hazai szakmai közvélemény előtt, s az eddigi terápiás

megközelítések és hatékonyságvizsgálatok száma meglehetősen csekély, fontosnak véljük a kórkép ismertetése után a legújabb terápiás eredmények bemutatását.

A túlevés nem pontosan felel meg az angol „binge”-nek, falásrohamnak – ugyanis a szükséges mennyiségen túli ételfogyasztás nem feltétlenül történik rohamszerűen. Gyakori, hogy egy személy a televízió előtt ülve fogyaszt órakon át sok ételt, de lassú tempóban. Ezért pontosabb az evési rohamok által jellemezhető zavarra a falászavar kifejezés. Ez a BN és az elhízás között van az evészavarspektrumon. A falásrohamok mellett nincs kompenzáló viselkedés (önhánytatás, hashajtózás), mint a BN-nál. Éppen ezért a betegek általában elhíznak.

A falászavar története, tünettana

A kórképet először *Spitzer és mtsai* írták le 1992-ben (1). Meg kell jegyezni, hogy *Stunkard* már 1959-ben elkülönítette az elhízás két speciális szindrómáját: a falási szindrómát és az éjszakai evés szindrómáját (2). A BED a DSM-IV betegségosztályozási rendszerében szerepelt is, mint további vizsgálatokat igénylő szindróma (3). A DSM-5-ben már önállóan kapott helyett az evészavarok között (4); e diagnosztikus kritériumokat az 1. táblázat mutatja be.

A kórkép tehát a közelmúltban lett hivatalos nozológiai egység. A hazai irodalomban is megjelent néhány összefoglalóban (5–7). Az epidemiológiai adatokat leginkább négy mintában elemzik: általános populációban, elhízottak között, cukorbeteg, valamint gyomorszűkítő műtétre váró betegek között (8, 9). Az adatok

arról tanúskodnak, hogy a BED prevalenciája 1–3% az átlagnépességben, 5–8% elhízottak körében, de a kezelésre jelentkező elhízottak között 30% körüli (áttekintés: 6, 10). A BED prevalenciája tehát kissé magasabb, mint a BN-ra vonatkozó adatok, viszont nincs olyan nemi különbség, mint a „klasszikus” evészavarokban. A szociokulturális tényezők hatása is kisebb, például jellegzetes etnikai különbségeket nem találtak.

Ahogy a többi evészavarban is megfigyelhető, BED-ben is magas a komorbid major depresszió élettartam-prevalenciája: egy vizsgálat szerint 47% (11). Az anyaghasználat és a szorongásos zavarok aránya is magasabb, mint az átlagnépességben: 15–19% (10).

A BED korábbi kutatási kritériumaihoz viszonyítva a DSM-5-ben az egyik legfontosabb változás a tünetgyakoriságot érintette. A DSM-IV-

1. táblázat

A falászavar kritériumai a DSM-5 alapján (2013)

- A) Visszatérő falási epizódok. Egy falási epizódra az alábbiak közül mindkettő jellemző:
1. Olyan mennyiségű étel fogyasztása jól körülírható időszak alatt (pl. egy adott kétórás időszakban), ami egyértelműen nagyobb annál, mint amennyit a legtöbben hasonló idő alatt, hasonló körülmények között elfogyasztának.
 2. Az evés feletti kontroll hiányának érzése az epizód során (pl. olyan érzés, hogy a személy nem tudja abbahagyni az evést, vagy kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik)
- B) A falási epizódok az alábbiak közül hárommal (vagy többel) járnak:
1. A normálisnál sokkal gyorsabb evés.
 2. A személy addig eszik, amíg kényelmetlenül tele érzi magát.
 3. Nagy mennyiségű étel fogyasztása akkor is, ha fizikailag nem éhes.
 4. Egyedül eszik, mert zavarban van amiatt, hogy mennyit eszik.
 5. A személy undorodik magától, depressziós, vagy erős büntudatot érez a falásroham után.
- C) A falással kapcsolatban kifejezett szenvedés van jelen.
- D) A falásrohamok átlagosan hetente legalább egyszer jelentkeznek három hónapon át.
- E) A falásrohamokhoz nem kapcsolódik alkalmatlan kompenzáló viselkedés, mint a bulimia nervosa esetében, és nem kizárólag bulimia nervosa, vagy anorexia nervosa során jelentkeznek.

Jelölje, ha:

Részleges remisszióban: miután korábban teljesültek a falászavar kritériumai, hosszabb időszak során egyetlen kritérium sem teljesül.

Jelölje a jelen súlyosságot:

A súlyosság minimumszintje a falási epizódok gyakoriságán alapszik (lásd lentebb). A súlyosság mértéke növekedhet az egyéb tüneteknek és a funkcionális fogyatékoságnak megfelelően.

Enyhe: a falásrohamok hetente átlagosan 1–3 alkalommal jelentkeznek.

Mérsékelt súlyos: a falásrohamok hetente átlagosan 4–7 alkalommal jelentkeznek.

Súlyos: a falásrohamok hetente átlagosan 8–13 alkalommal jelentkeznek.

Extrém: a falásrohamok hetente 14 vagy több alkalommal jelentkeznek.

ben a diagnózishoz legalább heti két falásroham előfordulása volt szükséges hat hónapon keresztül. Jelenleg elegendő hetente egyszer, legalább három hónapon keresztül. Az új gyakorisági kritériumok előnye, hogy összehasonlíthatóvá teszi a BED-et a BN-val. Felmerült azonban a kérdés, hogy ez mennyivel változtatja meg a prevalencia-adatokat, és az eddigi kutatások alapján a BED sajátosságairól kialakított képet. *Marek és mtsai* (12) gyomorszűkítő műtétre váró több mint ezer beteget vizsgáltak meg, és enyhe, 3,4%-os növekedést állapítottak meg a prevalenciában (23,15%-ról 26,58%-ra), valamint azt, hogy a személyiségjellemzőkre a gyakorisági mutatók változása nem fejtett ki jelentős hatást. Korábbi kutatások, ahol a komorbid zavarokat, a klinikai jellemzőket és a kezelés történetét vizsgálták, hasonló eredményre jutottak (13).

A BED több hasonlóságot mutat a BN-val és az elhízással. A BED-hez hasonlóan a BN egyik alapvető jellemzője a falásroham, amely kontrollvesztés érzésével jár, azzal a különbséggel, hogy a BN esetén ezt kompenzáló viselkedés követi, míg BED-nél nem. Fontos a falásroham körülményeinek, mennyiségi és minőségi vonatkozásainak részletes feltérképezése. Megkülönböztetnek szubjektív és objektív falásrohamot (10). A szubjektív falásroham a beteg megfogalmazásán alapul és az átlaghoz viszonyítva nem jelent nagymértékű táplálékfogyasztást, s az objektív falásrohamhoz hasonlóan kontrollvesztés élményével társul. A BED-ben szenvedő betegeknél gyakran jelen van mindkettő, de a diagnózis megállapításához az objektív falásrohamok szükségesek. Egy vizsgálat szerint jobb prognózist jelent, ha a szubjektív falásrohamok ritkán fordulnak elő (14).

A diétázás szerepe eltér a két zavarban. A BN-nál a diétázás sokszor triggernek tekinthető a falásrohamok kiváltásában, a BED esetében a diétázás jelentősége nem ilyen egyértelmű. Kérdőíves felmérések azt mutatják, hogy a BED betegek alacsonyabb pontszámot érnek el a diétázási skálákon, mint a BN-s betegek, az elhízott BED betegek diétázási skálákon elért pontszáma vagy semmilyen, vagy fordított korrelációt mutat a falásrohamokra vonatkozó skálák pont-

számával. A BED betegek legalább 50%-ánál a betegség kezdeténél a falásroham megjelenését nem előzte meg diétázás (10).

A BED-ben trigger szerepet inkább a negatív érzelmek, bizonyos napszakok, ételek játszhatnak (15). *Castellini és mtsai* (14) szerint a BN és a BED falásrohamaihoz más érzések társulnak, a BN-hoz főleg harag és frusztráció, míg a BED-hez leginkább depresszió. *Leehr és mtsai* (16) BED betegeket hasonlítottak össze BED-ben nem szenvedő elhízottak csoportjával, és arra a következtetésre jutottak, hogy a negatív emóciók csak a BED-nél játszanak trigger szerepet. A szerzők szerint a BED betegek kevésbé képesek kezelni az érzelmeiket, és gyakran alkalmaznak olyan diszfunkcionális érzelmi szabályozási stratégiát, mint az elfojtás.

A BED betegek több stresszkeltező eseményről számoltak be a betegséget megelőző hat hónapban, mint a BN-sok. A leggyakrabban előforduló stresszkeltező események három csoportba voltak sorolhatók: gyász, szeparáció fontos családtagtól és balesetek (17).

A BED-hez legközelebb a nem purgáló típusú BN áll (18). *Vervaeke és mtsai* (19) ezt a két csoportot hasonlították össze, és azt találták, hogy a BED betegek idősebbek voltak, a betegségtörténetük hosszabb volt, nagyobbak voltak a súlyingadozások, nagyobb volt a testtömegindexük, és a *Cloninger-féle* temperamentum-faktorok között a perzisztencia faktorban (ami általános kitartást mér) szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el.

A táplálkozási szokások is eltérőek a BN-nál és az elhízásnál. A BED-ben szenvedő elhízottak az egyéb elhízottakhoz képest több kalóriát fogyasztanak mind a falási rohamok alatt, mind a köztes időszakokban; nagyobb az energiabevitel azokon a napokon is, amikor nincs falási roham; jobban jellemzőek rájuk a kaotikus evési szokások; több édességet fogyasztanak és gyakoribb az étkezések közötti falatozás; jobban foglalkoztatja őket a testsúly és az alak (15, 20). Azonos testsúly mellett az elhízott BED betegek gyakran súlyosabbnak ítélik magukat a BED-ben nem szenvedő elhízottakhoz viszonyítva. Az elhízás fiatalabb korban kezdődik és átlagosan nagyobb mértékű.

A BN-s betegek falásroham alatt több kalóriát fogyasztanak, egyéb étkezéseknél viszont sokkal kevesebbet, mint a BED betegek (21).

Ahrberg és mtsai (22) a BED-ben előforduló testképzavar jellemzőit vizsgáló kutatásokat elemezték, és arra jutottak, hogy a testtel és az alakkal kapcsolatos aggodalmak a BED-ben hasonló mértékűek a BN-hoz, és függetlenek a testtömegindextől és a depressziótól. Ezzel szemben a testtel való általános elégedetlenség BED betegekénél inkább az elhízással és a depresszivitással függ össze.

A falászavar kezelése – alapelvek

Az evészavarok kezelésében általában – a súlyosság miatti kontinuum miatt – a lépcsőzetes ellátás elvét ajánlják (23). Az enyhébb formákban az önsegítő kalauzok vagy csoportok jönnek szóba, majd a farmakoterápia. Ennek hatástalansága után következik a kognitív viselkedésterápia (CBT), súlyosabb esetekben más pszichoterápiás eljárások. Mivel a BED általában elhízással jár, a testsúlycsökkentő módszerek alkalmazása a terápia egyik központi eleme lehet. A kórkép elsővonalbeli kezelésének a mai ajánlások felnőtt betegek esetében az egyéni pszichoterápiát tartják (24).

A falászavar farmakoterápiája

A BED gyógyszeres kezelésében két fő cél van: a súlycsökkentés és a falásrohamok megszüntetése. A kezdeti gyógyszervizsgálatok ebből is érthetően a BN és az elhízás farmakoterápiájából eredtek. Sok beteg számára a testsúlycsökkentés fontosabb, mint a falásrohamok megszüntetése (25). Három gyógyszercsoporttal törtétek vizsgálatok: antidepresszívumokkal, hangulatstabilizálókkal és étvágycsökkentőkkel.

A BED antidepresszív farmakoterápiájának randomizált, placebo-kontrollált vizsgálatait összefoglalva az derült ki, hogy a triciklusos antidepresszívumok között a desipramin jobb volt, mint a placebo, s 63%-kal csökkentette a falásrohamok gyakoriságát, a kezelés végén pe-

dig 60% volt az absztinencia-arány a falásrohamokat tekintve. A testsúlycsökkenés átlag 3,5 kg volt, ami szignifikánsan meghaladta a placebo hatékonyságát. Az imipramin hatása hasonló volt. A szelektív szerotonin-reuptake gátlók (SSRI) közül a citalopram, fluoxetin, fluvoxamin és a sertralin szignifikánsan csökkentette a falásrohamok számát, s ez a hatás nem függött a depresszió fennállásától (áttekintés: 10, 26–29). A terápiás dózis a depresszióban szokásosnál magasabb volt, például fluvoxaminnál napi 300 mg-ig, fluoxetinnél napi 80 mg-ig, citalopramnál napi 60 mg-ig. Az SNRI-típusú duloxetin hatékony volt a falásrohamok és a betegség globális tüneteinek csökkentésében, de a testsúlyra gyakorolt hatása ellentmondásos (30, 31). Hasonló hatású volt a venlafaxin egy vizsgálatban (32).

A hangulatstabilizálók között antikonvulzív szereket vizsgáltak, s a topiramattal jó eredmények adódtak – csökkent a testsúly, a falásrohamok gyakorisága és a depressziós tünetek (33). Egy tanulmány szerint a topiramát növelte a CBT hatékonyságát is (34). A testsúlycsökkentésben játszott szerepe mellett azt találták, hogy paresztéziákat és ízérzésvizsávarokat okozhat (35).

Az étvágycsökkentők közül kezdetben a fenfluramint is kipróbálták, később ezt a gyógyszert bevonták a kardiális mellékhatások miatt. Érdeemes megjegyezni, hogy a falásrohamokat viszont hatékonyan csökkentette, a testsúlyt nem. A sibutramin hatékony volt kontrollált vizsgálatok szerint. *Wilfley és mtsai* (36) 304 beteg kezelése során azt tapasztalták, hogy a falásrohamok, a testsúly, s a pszichopatológiai tünetek is szignifikánsan csökkentek. Mellékhatásokat is megfigyeltek: szájszárazság, obstipáció, fejfájás, alvászavar és szédülés fordult elő. Az orlistat inkább a testsúlyt csökkentette, nem a falásrohamok gyakoriságát (37).

A BN-ban és a BED-ben alkalmazott farmakoterápia metaanalízisei mérsékelt hatásméretet mutattak, általában alacsony gyógyulási aránnyal (28). A vizsgálatokra általában jellemző, hogy a hosszú távú hatás még kevésbé ismert, s az sem világos, hogy a fenntartó kezelést meddig kell folytatni (24). A terápiás lemorzsolódás csökken, ha CBT-vel kombinálják a gyógy-

szer adását (35). Összefoglalóan azt állapíthatjuk meg, hogy a gyógyszerek alkalmazása főleg a pszichoterápia sikertelensége, illetve komorbid pszichiátriai zavarok (például depresszió) esetén jön szóba.

272

A falászavar pszichoterápiája

A falászavar kezelésében az elmúlt évtizedekben számos pszichoterápiás módszer hatékonyságát értékelték, többek között a CBT-t és annak különböző változatait, az interperszonális terápiát (IPT), a dialektikus viselkedésterápiát (DBT), valamint a viselkedésterápiás súlycsökkentő kezelést (BWL) (38).

A CBT a legtöbbet kutatott és leginkább alátámasztott pszichoterápiás módszer (23, 39–41). Segítségével hatékonyan kezelhetők a falászavar tünetei, mivel csökkenti a falásrohamok gyakoriságát és számos kapcsolódó tünetet (például az alak és testsúly fontosságának túlhangsúlyozását, az evési gátolatlanságot), azonban nem befolyásolja lényegesen a betegek testsúlyát (40, 42). Egyéni és csoportos formában is sikeresen alkalmazható: *Ricca és mtsai* (43) randomizált, kontrollált vizsgálatukban azt találták, hogy a hároméves utánkövetés során a két módszer hatékonysága hasonló volt, mindkét esetben lényegesen csökkent a falásrohamos napok száma és a kompenzáló viselkedés, javult az evési attitűd, valamint mérsékelten csökkent a testsúly. *Dingemans és mtsai* (44) eredményei szerint a CBT hatékony a várólistás kontrollcsoporttal szemben (a tünetmentesség aránya 63%, illetve 18%). *Munsch és mtsai* (45, 46) a CBT-t a viselkedésterápiás súlycsökkentő kezeléssel hasonlították össze a kezelés végén, majd azt követően 12 hónap, illetve 6 év múlva. Eredményeik szerint – bár a 16 hetes kezelés során a CBT hatékonyabbnak bizonyult a falászavar csökkentésében, mint a BWL (80%, illetve 36%) – ez a különbség alig maradt meg a 12 hónapos követéskor, illetve el is tűnt hat év múlva. *Wilfley és mtsai* (47) a csoportos formában nyújtott CBT, illetve az IPT hatékonyságát vetették össze. A két módszer között nem volt lényeges különbség, a 20 üléses intervenciók után a részt-

vevők 79%-a, illetve 73%-a volt tünetmentes, egy évvel később pedig 59%, illetve 62%. Ez a szignifikáns javulás négy évvel később is megmaradt (48).

A hagyományos kezelési mód mellett egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a CBT önsegítés formájában is hatékony módja lehet a falászavar kezelésének (49–51). Az eddigi eredmények szerint a CBT alapú vezetett önsegítés (CBT guided self-help: CBTgsh) hatékonyabban csökkenti a tüneteket, mint a tiszta önsegítés (52), mint a viselkedéses súlycsökkentő program (41, 53) és a hagyományos ellátás (54), továbbá hatékonysága hasonló, mint az IPT-é (41). *Wilson és mtsai* (41) a 10 üléses CBTgsh-t, a 20 üléses IPT-t, valamint a 20 üléses viselkedésterápiás testsúlycsökkentő módszert hasonlították össze. A kétéves utánkövetés eredményei szerint az IPT és CBTgsh hatékonysága nem különbözött lényegesen egymástól, de mindkettő jobbnak bizonyult, mint a BWL. A CBTgsh kevésbé volt hatékony, mint az IPT azoknál a személyeknél, akiknél magasabb volt a kezelés kezdetén a falásrohamok gyakorisága, vagy alacsonyabb volt az önértékelésük és több evészavartünetük volt. *Wilson és Zandberg* (49) szisztematikus áttekintésének következtetése a fenti kutatásokkal összhangban, hogy a CBTgsh hozzáférhető, idő- és költséghatékony alternatíva lehet különösen akkor, ha a terapeuta elérhetősége késleltetett, költséges, vagy más akadályozó tényezők állnak fenn, így elsővonalbeli kezelésként alkalmas lehet a kevésbé súlyos tünetekkel rendelkező falászavaros betegek számára.

Az elmúlt években egyre nőtt az igény az innovatív kezelési stratégiák kidolgozása és a legfrissebb technológiák alkalmazása iránt, amelyek könnyen hozzáférhetőek és vonzóak, különösen a serdülők és fiatal felnőttek számára, így elősegíthetik a betegek körében a kezelés vállalásának valószínűségét (55). Eddig kevés tanulmány foglalkozott a számítógépes és internetes programok hatékonyságával falászavaros betegek esetében. *Shapiro és mtsai* (56) egy számítógépes program alkalmazhatóságát vizsgálták falászavarban szenvedő túlsúlyos betegek körében. Ennek során egy 10 hetes számítógépes intervenciót, egy CBT-s csoportot és egy várólistás

kontrollcsoportot hasonlítottak össze. Bár az eredmények értelmezhetősége korlátozott a magas lemorzsolódási arány miatt, eredményeik szerint közel azonos arányú volt a falászavaros napok csökkenése a CBT, valamint a számítógépes intervenció során, illetve mindkettő hatékonyabb volt, mint a várólistás kontrollcsoport kezelése. Egy másik kontrollált tanulmány pedig egy internetes programot értékelt falászavarban szenvedő túlsúlyos serdülők körében (57). A 16 hetes program CBT-s alapelveket alkalmazott, és szignifikáns hatást ért el a falászavar kezelése és a testsúly menedzselése terén egyaránt. Egy kutatásban az internetre adaptált CBTgsh hatékonyságát vizsgálták várólistás kontrollal összevetve. Az eredmények biztatóak: a web-alapú CBTgsh hatékonyan csökkentette a falászavar tüneteit, s ez a javulás szignifikáns maradt hat hónappal később is (58).

Az eddigi kedvező eredmények ellenére természetesen további kutatások szükségesek, amelyeknek egyrészt tisztázniuk kell, hogy melyik beteg alkalmas a strukturált önsegítésre, mint alacsony küszöbű kezelésre, és melyik betegnél szükséges a konvencionális kezelési mód, másrészt kérdéses a vezetett önsegítést nyújtó szakember szükséges képzettségi szintje is.

A CBT mellett a falászavar kezelésének másik megközelítése az IPT. Bár kevesebb tanulmány vizsgálta, mint a CBT-t, az eddigi vizsgálatok eredményei szerint az egyetlen kezelési forma, amely hosszú távon közel azonos mértékben hatékony, mint a CBT. A CBT-t és az IPT-t összevetve azt találták, hogy közel azonos volt az absztinencia aránya a kezelés után egy évvel, valamint négy évvel később. Az IPT továbbá hatékonyabb, mint a BWL két évvel a kezelés lezárása után (41, 59). Fontos, hogy az IPT számos előnnyel jellemezhető a CBT-vel szemben, például hatékonyabb faji vagy etnikai kisebbségek kezelése esetében, beleértve az afroamerikai betegeket, akiknél egy tanulmány eredményei szerint (41) kisebb a kiesési arány IPT kezeléskor, mint CBTgsh és BWL esetében. Végül az IPT hatékonyabbnak tűnik azoknál a betegeknél, akik súlyosabb evéstünetektől szenvednek, vagy alacsonyabb az önértékelésük (41), valamint magasabb negatív affektivitással jellemezhető-

ek (60), így számukra ez lehet a megfelelő elsővonalbeli kezelés (61).

Az utóbbi években néhány tanulmány vizsgálta a DBT adaptációs lehetőségeit evészavarok esetében (62–65), azonban kifejezetten a falászavar kezelésére vonatkozóan kevés kutatás született. Ide tartozik többek között egy esetbemutató (66), egy kontrollálatlan tanulmány (67), valamint két kontrollált randomizált vizsgálat (68, 69). *Telch és mtsai* (68) a falászavarra adaptált dialektikus viselkedésterápiát (DBT-BED) várólistás kontrollcsoporttal vetették össze falászavarban szenvedő nők körében. Az eredmények szerint a DBT-BED-del kezelt betegek 89%-a, s a kontrollcsoport 12,5%-a volt absztinens a kezelés után. Az absztinencia aránya azonban 56%-ra esett hat hónappal később, s ekkor nem értékelték a kontrollszemélyeket. A másik kontrollált, randomizált vizsgálatban 101, falászavarban szenvedő férfit és nőt vizsgáltak, akik egy 20 üléses DBT-BED, vagy egy 20 üléses aktív kontroll csoportterápián (ACGT) vettek részt (69). A terápiás lemorzsolódás lényegesen kisebb volt a DBT-BED csoportban, mint az ACGT csoportban (4%, illetve 33,3%), ezen kívül a DBT-BED csoport esetében nagyobb volt a kezelés végén a tünetmentesség aránya, mint az ACGT csoportban (64%, illetve 36%), bár ez a szignifikáns különbség nem maradt meg a 12 hónapos követés során (64%, illetve 56%).

A viselkedéses súlycsökkentő kezelés hatékonyságára vonatkozóan vegyes adatokkal rendelkezünk. Összességében úgy tűnik, hogy kevésbé hatékony a falászavar tüneteinek kezelésében, mint a speciális pszichoterápiás megközelítések. A testsúlycsökkentés terén mérsékelt eredmények elérhetők a segítségével, azonban ezek hosszú távú fenntarthatósága nincs alátámasztva (40, 41, 45, 70, 71). Egy korábban már említett kutatásban például *Munsch és mtsai* (45) azt találták, hogy bár a viselkedéses súlycsökkentő kezelés a testsúlycsökkentés terén hatékonyabbnak bizonyult a CBT-vel összehasonlítva a 16 hetes kezelés végén, ez a különbség eltűnt a fél éves utánpótlás során. Egy másik vizsgálatban a BWLgsh és CBTgsh hatékonyságát vetették össze várólistás kontrollcsoporttal (72). Az eredmények szerint a CBTgsh gyako-

ribb tünetmentességgel járt, mint a BWLgsh és a várólistás kontrollcsoport (46%, 18%, és 13%), a súlycsökkenés pedig egyik esetben sem volt szignifikáns. Egy fent említett kutatásban azt találták, hogy bár a kezelés során a BWL nagyobb súlycsökkentést eredményezett, mint az IPT és CBTgsh csoport, ez a különbség eltűnt a kétéves utánkövetés során (41).

Az eddigi tanulmányok alapján összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a CBT és az IPT hatékony kezelési módszer lehet a falászavarban szenvedő betegek körében, különösen jelentősebb evészavartünetek és társuló pszichopatológiai jelenségek esetén. A CBTgsh főként a társuló pszichés tünetekkel nem rendelkező betegeknél lehet hatékony. A DBT szintén ígéretesnek tűnik, azonban további kutatások szükségesek a hosszú távú hatékonyság felméréséhez. Végül a BWL a falászavar tüneteinek kezelésében kevésbé tűnik hatékonynak, azonban a súlycsökkentésben mérsékelt eredmények elérhetőek a segítségével (39, 47). Itt is szükség van további követéses vizsgálatokra a hosszú távú hatékonyság felméréséhez.

Az eddigi kutatások alapján még számos megválaszolatlan kérdés maradt. Annak a ténynek a fényében, hogy a kezdeti kezelés nem vezet minden beteg esetében a falászavar megszűnéséhez, a jövőbeni vizsgálatok számos új irányba indulhatnak (39, 45, 47, 69). Az egyik fontos kutatási kérdés, hogy mi lehet a lehetséges következő lépés azoknál a betegeknél, akik nem reagálnak a kezdeti kezelésre. A kezelés meghosszabbítása vagy a kezelés kiegészítése is hatékony módszer lehet. *Eldredge és mtsai* (73), valamint *Pendleton és mtsai* (74) is azt találták, hogy a CBT kiegészítése további ülésekkel növeli a tünetmentesség arányát. Ezen kívül a kezelés kiegészítése például tornagyakorlatokkal (74), a virtuális valóságot felhasználó terápiával (75), vagy a csoportos BWL kiegészítése egyéni CBT ülésekkel (76) szintén hatékony lehet.

Egy további kutatási irány a pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kombinálásának lehető-

ségével foglalkozik. E téren vegyes adatokkal rendelkezünk, bár a legtöbb kutatás alátámasztotta a pszichoterápia előnyét a gyógyszeres kezelésekkel szemben. Több tanulmány vizsgálta a CBT, a fluoxetin, valamint a kettő kombinációjának hatékonyságát, s az eredmények egybehangzóan alátámasztották a pszichoterápia hatékonyságát a gyógyszeres kezeléssel szemben, ahol a gyógyszeres kiegészítés semmilyen, vagy csak kismértékű klinikai előnnyel járt (76–79). Ezzel szemben néhány tanulmány azt találta, hogy a gyógyszeres kiegészítés hatékonyan segítheti a betegek súlycsökkenését (80–82). A vegyes adatok miatt továbbra is tisztázatlan, hogy melyik farmakológiai ágens, illetve milyen formában járulhat hozzá a kezelés hatékonyabbá tételéhez (10).

További fontos kutatási irány a kezelés sikerességét előrejelző, illetve mediáló tényezők feltárása. Úgy tűnik, hogy a kezelésre adott gyors válasz (legalább 65–70% csökkenés a falászavar tüneteiben az első négy héten) az egyik leginkább alátámasztott kedvező előrejelző tényező (83), míg a kezelés sikerességét negatívan befolyásolják a kezelés kezdetén jelenlévő súlyosabb evészavartünetek, személyiségzavar, illetve a súlyosabb depressziós tünetek (41, 59, 84). Ide tartoznak továbbá az olyan demográfiai tényezők, mint az alacsonyabb iskolai végzettség (49), és a falászavar korai (16 éves kor alatti) kezdete (85).

Összefoglalva: bár több pszichoterápiás megközelítés is hatékonynak bizonyul a falászavar kezelése során, még mindig sok az ismeretlen tényező. Éppen ezért szükséges az új terápiás megközelítések, valamint a kezelési kombinációk további vizsgálata. A jövőbeni kutatásokat még szélesebb körben kell végezni, beleértve a falászavar küszöb alatti formáit, a normális súlyú betegeket, valamint a társbetegségben szenvedőket. Elengedhetetlen továbbá a hosszú távú követés, mivel még magas a visszaesés aránya, mind a túlsúlyos állapot, mint a pszichológiai zavarok terén (29).

Irodalom

1. SPITZER R, DEVLIN M, WALSH BT, HASIN D, WING R, MARCUS M és mtsai: Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 191–203.
2. STUNKARD AJ: Eating patterns and obesity. *Psychiat Quart* 1959; 33: 284–294.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
5. TÚRY F, SZABÓ P: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest: Medicina, 2000.
6. SZUMSKA I, DUDÁS K: Falászavar (binge eating disorder). In: Túry F, Pászthy B (szerk.): *Evésztávok és testképztávok*. Budapest: Pro Die, 2008: 41–52.
7. TÚRY F, NÉMETH A: A túlevéses zavar (binge eating disorder) gyógszeres kezelése. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2009; 11: 55–56.
8. ALLISON KC, CROW SJ, REEVES RR, WEST DS, FOREYT JP, DILILLO VG és mtsai: Binge and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity* 2007; 15: 1287–1293.
9. NIEGO SH, KOFMAN MD, WEISS JJ, GELIEBTER A: Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 349–359.
10. MITCHELL JE, DEVLIN MJ, DE ZWAAN M, CROW SJ, PETERSON CB: Binge-eating disorder. *Clinical foundations and treatment*. New York: Guilford, 2008.
11. SPECKER S, DE ZWAAN M, RAYMOND N, MITCHELL J: Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiat* 1994; 35: 185–190.
12. MAREK RJ, BEN-PORATH YS, ASHTON K, HEINBERG LJ: Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates: change in prevalence rate, demographic characteristics, and scores on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 restructured form (MMPI-2-RF). *Int J Eat Disord* 2014; 47: 553–557.
13. KEEL PK, BROWN TA, HOLM-DENOMA J, BODELL LP: Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 553–560.
14. CASTELLINI G, MANNUCCI E, LO SAURO C, BENNI L, LAZZERETTI L, RAVALDI C és mtsai: Different moderators of cognitive-behavioral therapy on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: a three-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 11–20.
15. DE ZWAAN M: Binge eating disorder and obesity. *Int J Obesity* 2001; 25(Suppl 1): 51–55.
16. LEEHR EJ, KROHMER K, SCHAG K, DRESLER T, ZIPPEL S, GIEL KE: Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 49C: 125–134.
17. DEGORTES D, SANTONASTASO P, ZANETTI T, TENCONI E, VERONESE A, FAVARO A: Stressful life events and binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 378–382.
18. JORDAN J, MCINTOSH VV, CARTER JD, ROWE S, TAYLOR K, FRAMPTON CM és mtsai: Bulimia nervosa-nonpurging subtype: closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2013; 47: 231–238.
19. VERVAET M, VAN HEERINGEN C, AUDENAERT K: Binge eating disorder and nonpurging bulimia: more similar than different? *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 27–33.
20. STUNKARD AJ, ALLISON KC: Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obesity* 2003; 27: 1–12.
21. MITCHELL JE, CROW S, PETERSON CB, WONDERLICH S, CROSBY RD: Feeding laboratory studies in patients with eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 1998; 24: 115–124.
22. AHRBERG M, TROJCA D, NASRAWI N, VOCKS S: Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 375–381.
23. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE – NICE: Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg009niceguidance.pdf>
24. HAY P, CHINN D, FORBES D, MADDEN S, NEWTON R, SUGENOR L és mtsai: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Austr New Zeal J Psychiat* 2014; 48: 977–1008.
25. BRODY ML, MASHEB RM, GRILO CM: Treatment preferences of patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 352–356.
26. RIEDL A, BECKER J, RAUCHFUSS M, KLAPP BF: Psychopharmacotherapy in eating disorders: a systematic analysis. *Psychopharmacol Bull* 2008; 41: 1–22.
27. BODELL LP, DEVLIN MJ: Pharmacotherapy for binge-eating disorder. In: Grilo MC, Mitchell JE editors. *The treatment of eating disorders. A clinical handbook*. New York: Guilford, 2010: 402–413.
28. FLAMENT MF, HANY BISSADA H, SPETTIGUE W: Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012; 15: 189–207.
29. RAMACCIOTTI CE, COLI E, MARAZZITI D, SEGURA-GARCÍA C, BRAMBILLA F, PIZZINNI A és mtsai: Therapeutic options for binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2013; 18: 3–9.
30. LEOMBRUNI P, LAVAGNINO L, GASTALDI F, VASILE A, FASSINO S: Duloxetine in obese binge eater outpatients: preliminary results from a 12-week open trial. *Hum Psychopharmacol* 2009; 24: 483–488.
31. GUERDIJKOVA AI, MCELROY SL, WINSTANLEY EL, NELSON EB, MORI N, MCCOY J és mtsai: Duloxetine in the treatment of binge eating disorder with depressive disorders: a placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011; 45: 281–289.
32. MALHOTRA S, KING KH, WELGE JA, BRUSMAN-LOVINS L, MCELROY SL: Venlafaxine treatment of binge-eating disorder associated with obesity: a series of 35 patients. *J Clin Psychiat* 2002; 63: 802–806.
33. MCELROY SL, HUDSON JI, CAPECE JA, BEYERS K, FISHER AC, ROSENTHAL NR: Topiramate Binge Eating Disorder Research Group: topiramate for the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a placebo-controlled study. *Biol Psychiat* 2007; 61: 1039–1048.
34. CLAUDINO AM, DE OLIVEIRA IR, APPOLINARIO JC, CORDÁS TA, DUCHESNE M, SICHIERI R és mtsai: Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiat* 2007; 68: 1324–1332.
35. HAY PJ, CLAUDINO AM: Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuro-Psychopharmacol* 2012; 15: 209–222.
36. WILFLEY DE, CROW SJ, HUDSON JI, MITCHELL JE, BERKOWITZ RI, BLAKESLEY V és mtsai: Sibutramine Binge Eating Disorder Research Group: efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiat* 2008; 165: 51–58.
37. GOLAY A, LAURENT-JACCARD A, HABICHT F, GACHOUD JP, CHABLOZ M, KAMMER A és mtsai: Effect of orlistat in obese patients with binge eating disorder. *Obesity Res* 2005; 13: 1701–1708.
38. ROBINSON A: Integrative response therapy for binge eating disorder. *Cogn Behav Practice* 2013; 20: 93–105.

39. WILSON GT, GRILO CM, VITOUSEK KM: Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62: 199–216.
40. VOCKS S, TUSCHEN-CAFFIER B, PIETROWSKY R, RUSTENBACH SJ, KERSTING A, HERPERTZ S: Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 205–217.
41. WILSON GT, WILFLEY DE, AGRAS WS, BRYSON SW: Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiat* 2010; 67: 94–101.
42. BROWNLEY KA, BERKMAN ND, SEDWAY JA, LOHR KN, BULIK CM: Binge eating disorder treatment. A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 337–348.
43. RICCA V, CASTELLINI G, MANNUCCI E, LO SAURO C, RAVALDI C, ROTELLA CM és mtsai: Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite* 2010; 55: 656–665.
44. DINGEMANS AE, SPINHOVEN P, VAN FURTH EF: Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2551–2562.
45. MUNSCH S, BIEDERT E, MEYER A, MICHAEL T, SCHLUP B, TUCH A és mtsai: A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 102–113.
46. MUNSCH S, MEYER A, BIEDERT E: Efficacy and predictors of long-term treatment success for cognitive-behavioral treatment and behavioral weight-loss-treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2012; 50: 775–785.
47. WILFLEY DE, WELCH RR, STEIN RI, SPURRELL EB, COHEN LR, SAELENS BE és mtsai: A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiat* 2002; 59: 713–721.
48. HILBERT A, BISHOP ME, STEIN RI, TANOFKY-KRAFF M, SWENSON AK, WELCH RR és mtsai: Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiat* 2012; 200: 232–237.
49. WILSON GT, ZANDBERG LJ: Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and scalability. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 343–357.
50. CARTER JC, FAIRBURN CG: Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 616–623.
51. PETERSON CB, MITCHELL JE, ENGBLOOM S, NUGENT S, MUSSELL MP, CROW SJ és mtsai: Self-help versus therapist-led group cognitive behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 363–374.
52. LOEB KL, WILSON G, GILBERT JS, LABOUVIE E: Guided and unguided selfhelp for binge eating. *Behav Res Ther* 2000; 38: 259–272.
53. GRILO CM, MASHEB RM: A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1509–1525.
54. STRIEGEL-MOORE RH, WILSON GT, DEBAR L, PERRIN N, LYNCH F, ROSSELLI F és mtsai: Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 312–321.
55. BULIK CM, BROWNLEY KA, SHAPIRO JR: Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry* 2007; 6: 142–148.
56. SHAPIRO JR, REBA-HARRELSON L, DYMEK-VALENTINE M, WOOLSON SL, HAMER RM, BULIK CM: Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 175–184.
57. JONES M, LUCE KH, OSBORNE MI, TAYLOR K, CUNNING D, DOYLE AC és mtsai: Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics* 2008; 121: 453–462.
58. CARRARD I, CRÉPIN C, ROUGET P, LAM T, GOLAY A, VAN DER LINDEN M: Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2011; 49: 482–491.
59. HILBERT A, SAELENS BE, STEIN RI, MOCKUS DS, WELCH RR, MATT GE és mtsai: Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 645–651.
60. SYSKO R, HILDEBRANDT T, WILSON GT, WILFLEY DE, AGRAS WS: Heterogeneity moderates treatment response among patients with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 681–690.
61. IACOVINO JM, GREDYSA DM, ALTMAN M, WILFLEY DE: Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiat Rep* 2012; 14: 432–446.
62. SAFER DL, TELCH CF, AGRAS WS: Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa: A case study. *Int J Eat Disord* 2001a; 30: 101–106.
63. SAFER DL, TELCH CF, AGRAS WS: Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 2001b; 158: 632–634.
64. PALMER RL, BIRCHALL H, DAMANI S, GATWARD N, MCGRAIN L, PARKER L: A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder: Description and outcome. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 281–286.
65. SALBACH H, KLINKOWSKI N, PFEIFFER E, LEHMKUHL U, KORTE A: Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/BN): A pilot study. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2007; 56: 91–108.
66. TELCH CF: Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 77–81.
67. TELCH CF, AGRAS WS, LINEHAN MM: Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial. *Behav Ther* 2000; 31: 569–582.
68. TELCH CF, AGRAS WS, LINEHAN MM: Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1061–1065.
69. SAFER DL, ROBINSON AH, JO B: Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder. Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010; 41: 106–120.
70. HAY P, BACALTCHUK J, STEFANO S, KASHYAP P: Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 4: CD000562.
71. HAY P: A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 462–469.
72. GRILO CM, MASHEB RM: A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1509–1525.
73. ELDREDGE KL, AGRAS WS, ARNOW B, TELCH CF, BELL S, CASTONGUAY L és mtsai: The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 347–352.
74. PENDLETON VR, GOODRICK GK, POSTON WS, REEVES RS, FOREYT JP: Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 172–184.
75. RIVA G, BACCHETTA M, BARUFFI M, MOLINARI E: Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: a preliminary controlled study. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 2002; 6: 224–234.
76. DEVLIN MJ, GOLDFEIN JA, PETKOVA E, JIANG H, RAIZMAN PS, WOLK S és mtsai: Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Res* 2005; 13: 1077–1088.
77. RICCA V, MANNUCCI E, MEZZANI B, MORETTI S, DI BERNARDO M, BERTELLI M és mtsai: Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating: a one-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 298–306.

78. GRILO CM, MASHEB RM, WILSON GT:
Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebocontrolled comparison. *Biol Psychiat* 2005b; 57: 301–309.
79. MOLINARI E, BARUFFI M, CROCI M, MARCHI S, PETRONI ML:
Binge eating disorder in obesity: comparison of different therapeutic strategies. *Eat Weight Disord* 2005; 10: 154–161.
80. AGRAS WS, TELCH CF, ARNOW B, ELDREDGE K, WILFLEY DE, RAEBURN SD és mtsai:
Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behav Ther* 1994; 25: 225–238.
81. LAEDERACH-HOFMANN K, GRAF C, HORBER F, LIPPUNER K, LEDERER S, MICHEL R és mtsai:
Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: A randomized, placebo-controlled double-blind study. *Int J Eat Disord* 1999; 26: 231–244.
82. GRILO CM, MASHEB RM, SALANT SL:
Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Biol Psychiat* 2005/a; 57: 1193–1201.
83. GRILO CM, WHITE MA, WILSON GT, GUEORGUIEVA R, MASHEB RM:
Rapid response predicts 12-month post-treatment outcomes in binge-eating disorder: theoretical and clinical implications. *Psychol Med* 2012; 42: 807–817.
84. WILFLEY DE, FRIEDMAN MA, DOUNCHIS JZ, STEIN RI, WELCH RR, BALL SA:
Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 641–649.
85. AGRAS WS, TELCH CF, ARNOW B, ELDREDGE K, DETZER MJ, HENDERSON J, MARNELL M:
Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 356–360.