

Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie

Störungsspezifische Interventionen und praktische Übungen - inkl. Audio-Dateien zum Download

Bearbeitet von
Bettina Lohmann, Susanne Annies

2. 2016. Taschenbuch. ca. 168 S. Paperback
ISBN 978 3 7945 3182 0
Format (B x L): 12 x 18,5 cm
Gewicht: 201 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Verhaltenstherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

9 Essstörungen

Die Lebenszeitprävalenzrate für die Anorexia nervosa wird mit 1,2 bis 2,2 % angegeben, für die Bulimia nervosa schwanken die Daten zwischen 1,5 und 4 %. Für die Binge-Eating-Störung wird eine Ein-Jahres-Prävalenz von 0,7 % bei Männern und 1,6 % bei Frauen angegeben (Wolever u. Best 2009; Herpertz et al. 2011). Der Anteil betroffener Frauen liegt bei über 90 %. Essstörungen verlaufen häufig chronisch, die Letalitätsrate wird mit 10 bis 15 % beziffert.

In der ICD-10 werden die Essstörungen im Kapitel F50 codiert.

F50 Essstörungen

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 Atypische Anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.3 Atypische Bulimia nervosa

F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen

F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen

F50.8 Sonstige Essstörungen

F50.9 Essstörung, nicht näher bezeichnet

Man unterscheidet zwischen der Anorexia nervosa, der Bulimia nervosa sowie der Binge-Eating-Disorder. Letztere zeichnet sich durch Essanfälle ohne gegenregulierende Maßnahmen aus. Fairburn (2008) betont im transdiagnostischen Ansatz, dass die drei genannten Diagnosen häufig fließend ineinander übergehen und als nicht näher bezeichnete Essstörung die häufigste Kategorie darstellen. Ein zentrales Merkmal der Essstörungen ist ein unangemessenes Essverhalten, das entweder überkontrolliert oder unkontrolliert ist. Bei der Anorexie und Bulimie spielt die Angst vor einer Ge-

wichtszunahme eine wesentliche Rolle, weshalb gewichtskontrollierende Maßnahmen eingesetzt werden. Die Selbstwahrnehmung von Figur und Gewicht ist gestört. Es wird von einem multifaktoriellen Erklärungsmodell zur Entstehung der Essstörungen ausgegangen (Fairburn 2008, 2004; Herpertz et al. 2011; NICE 2004). Dieses integriert biologische Faktoren wie Genetik, verminderte Serotoninaktivität, Set-Point-Theorie und psychosoziale Aspekte wie ein gesellschaftliches Schlankheitsideal, Diätverhalten, interpersonelle Probleme oder kognitive Faktoren. Aufrechterhalten wird die Störung im Sinne eines Teufelskreises durch Nahrungsmittelrestriktion, die kurzfristig verstärkt und langfristig zum Problem wird. Weitere Erklärungen im Sinne des Teufelskreises gehen davon aus, dass Selbstwertprobleme durch das Essverhalten reguliert werden und dass eine Störung der Selbstregulation vorliegt. Diese betrifft die Identifikation und Regulation von Emotionen und deren Akzeptanz, darüber hinaus die Fähigkeit zur interozeptiven Wahrnehmung, was für das Essverhalten eine zentrale Rolle spielt, und die Inflexibilität von Kognitionen (Wolever u. Best 2009). So können die Essanfälle der Emotionsregulation dienen, was empirisch relativ gut abgesichert erscheint (Telch et al. 2001). Durch unangenehme Gefühlszustände mit entsprechenden negativen Denkmustern können Essanfälle ausgelöst und die Emotionen damit reguliert werden, was zu einer kurzfristigen Entlastung führt.

Verhaltenstherapeutische Behandlung

Gerade der Aufbau der Beziehung und die Motivation für die Behandlung sind am Anfang der Behandlung initiale Aufgaben, ob im ambulanten oder stationären Setting. Nach einer ausführlichen medizinischen und psychologischen Diagnostikphase wird mit der kognitiven Vorbereitung und der Ableitung des individuellen Teufelskreises die Motivations- und Therapiephase eingeleitet. Aus dem Teufelskreis resultieren als Ziele die Normalisierung von Ernährung

und Gewicht, Körperakzeptanz und die Bewältigung auslösender Faktoren. Es werden Informationen zu den Folgen von Essstörungen und zur Dysfunktionalität der Befürchtungen vermittelt. Die kurzfristige Modifikation des Körpergewichts bzw. des Essverhaltens steht an erster Stelle, um eine schnelle Rückbildung der biologischen Funktionsstörungen zu erreichen. Grundsätzlich wird ein Selbstkontrollprogramm zur Modifikation des Ernährungsverhaltens favorisiert. Nur bei bedrohlichem Gewichtsverlust wird Fremdkontrolle eingesetzt. Der Umgang mit Heißhungeranfällen und Erbrechen erfolgt über die Methoden der Stimuluskontrolle und Reaktionsverhinderung. Danach erfolgt die Bearbeitung der zugrunde liegenden Problembereiche. Hier kommen individuelle Problemanalyse, soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining, kognitive Therapie oder der Einbezug von Sozialpartnern zur Anwendung (Fairburn 2008; Jacobi et al. 2004, 2008). Ein zusätzlicher Baustein ist die ergänzende Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa (Vocks u. Legenbauer 2005). Bei dieser Behandlung werden kognitive Therapieelemente, Körperkonfrontationsübungen und positive körperbezogene Aktivitäten zur Steigerung der hedonistischen Qualität eingesetzt.

Ungefähr 50 % der Patienten profitieren von einer klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung. Dies gilt insbesondere für erwachsene Patienten mit Bulimia nervosa. Bei der Binge-Eating-Störung können vor dem Hintergrund der Datenlage nur unklare Erfolgsraten (signifikante Reduktion von Essanfällen) angegeben werden. Für Anorexia nervosa sind die Daten uneindeutig; sie variieren zwischen Erfolgsquoten von 27 bis 69 % (Wolever u. Best 2009; NICE 2004).

Ansatzpunkte für achtsamkeitsbasierte Interventionen

Problematisch ist insbesondere, dass die Erfolgsquoten in der Behandlung von Patienten mit Essstörungen verbesserungswürdig erscheinen. Fairburn et al. (2009) betonen jedoch, dass ein erfolgreiches kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm vorliegt, welches nur in Ausnahmefällen um komplexere Bausteine ergänzt werden sollte. Das bedeutet, dass neben der Essstörung gravierende zusätzliche Probleme vorliegen müssen, wie Emotionsintoleranz, Perfektionismus, niedriges Selbstwertgefühl oder interpersonelle Schwierigkeiten. Hier bieten sich achtsamkeitsbasierte Interventionen an, um z. B. die Toleranz und Regulation von Emotionen im Sinne der Selbstregulation zu beeinflussen (Wolever u. Best 2009). Mittels achtsamer Wahrnehmung des Körpers, der Emotionen, der Kognitionen und der Nahrungsmittel kann es Patienten ermöglicht werden, in die Gegenwart zurückzukehren und aus sorgenvollen Zukunftsantizipationen auszusteigen. Ein achtsamer Umgang kann helfen, sich Emotionen wie z. B. der Angst vor Gewichtszunahme zu stellen und diese als innere Prozesse wahrzunehmen und akzeptieren zu lernen. Gleiches gilt für dysfunktionale Kognitionen und Körpervorgänge wie z. B. die Wahrnehmung von Sättigung. Um das Problem der Emotionsregulation intensiver in der Therapie zu bearbeiten und Erfolgsraten zu verbessern, wurden in neueren Ansätzen diese Aspekte in die Behandlung integriert. In die Behandlung der Binge-Eating-Störung wurde einerseits das Fertigkeitentraining der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan (Telch et al. 2001; NICE 2004; Chen et al. 2008) und andererseits das Achtsamkeitsbasierte Training zum bewussten Essen (Kristeller u. Wolever 2011; Kristeller u. Baer 2006) aufgenommen. Die Acceptance-and-Commitment-Therapie findet Anwendung in der Anorexiebehandlung (Heffner et al. 2002; Heffner u. Eifert 2004).

Exemplarische Übung: Die Autobahn

Die folgende Achtsamkeitsübung hat zum Ziel, die Patienten darin zu trainieren, essstörungsspezifische Kognitionen und Impulse zu identifizieren, achtsam wahrzunehmen und sich davon zu distanzieren. Dazu werden zunächst essstörungsspezifische Gedanken und Impulse herausgearbeitet wie z. B.: „Mein Bauch ist so voll. Ich muss kotzen!“ und das damit zusammenhängende Verhalten, also das tatsächliche Erbrechen. Durch die folgende Imagination sollen diese Impulse wahrgenommen, aber von der Handlung entkoppelt werden.

a) Vorbereitung der Imagination

Mit der folgenden Übung möchte ich Sie einladen, mithilfe einer Imaginationsübung das Erkennen und Abwenden von Ihren Essstörungsgedanken zu üben. Es geht darum, achtsam diese Gedanken wahrzunehmen, sie zu akzeptieren, aber nicht danach zu handeln. Letztlich wird damit Ihre Fähigkeit zur Achtsamkeit trainiert, um besser im Hier und Jetzt Ihren gesundheitsförderlichen Gedanken und Verhaltensweisen zu folgen. Dafür werden wir das Bild der Autobahn benutzen und der vielen Ausfahrtsschilder, die es auf ihr gibt. Die Ausfahrtsschilder sollen Ihre Essstörungsgedanken symbolisieren, wie z. B. extra wenig zu essen, und das Fahren auf der Autobahn den Weg in die Gesundheit, also z. B. regelmäßig und ausreichend zu essen. Möchten Sie das einmal mit mir ausprobieren? Bevor wir jetzt mit der Imagination starten, möchte ich mit Ihnen sammeln, was denn da typischerweise auf Ihren Ausfahrtsschildern auf der Autobahn steht. Ich erinnere mich, dass Sie mir neulich gesagt haben (hier bitte ein typisches Beispiel der Patientin wählen), dass da wieder der Gedanke und auch das Verhalten war: „Wenn ich erbreche, fühle ich mich einfach leichter!“ Stimmt das so? Dann ist das unser erstes Ausfahrtsschild: „Jetzt erbrechen! Dann fühlst du dich leichter!“ Okay? Passt das so? Wie lauten weitere Ausfahrts-