Materialien für die klinische Praxis

Binge Eating

Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Bearbeitet von
Von: Simone Munsch, Andrea Wyssen, und Esther Biedert

Neuausgabe, 3., vollständig überarbeitete Aufl. 2018. Buch. 206 S. Gebunden
ISBN 978 3 621 28500 1
Format (B x L): 16,8 x 24,5 cm
Gewicht: 513 g

Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Verhaltenstherapie

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
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.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Munsch • Wyssen • Biedert

3. Auflage

Binge Eating

Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen

E-BOOK INSIDE + ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

1 Erscheinungsbild der Binge-Eating-Störung (BES)

Leitsymptom: Essanfälle

Das Kernsymptom der Binge-Eating-Störung (BES) sind Essanfälle, die typischerweise mit Kontrollverlust einhergehen. Darüber hinaus sind Menschen, die an einer BES leiden, von kognitiven und emotionalen Belastungen betroffen. Der daraus resultierende Leidensdruck wird am folgenden Patientenbeispiel deutlich.

Beispiel

Wenn Essanfälle das Leben bestimmen

Frau R.:

»Die Essanfälle kommen für mich wie aus dem Nichts (in manchen Fällen konnte ich mir einen Grund vorstellen, manchmal aber auch nicht) und überrollen mich wie ein beladener Güterzug. Während eines Essanfalls fühle ich mich ausgeliefert und hilflos.

Die Essanfälle machen mir Angst, denn ich bin es nicht gewohnt, die Kontrolle über mich zu verlieren. An manchen Tagen denke ich über Stunden darüber nach, ob es sein könnte, dass ich irgendwo anders auch so leicht die Kontrolle verlieren könnte. An anderen Tagen kann ich Gedanken rund um das Essen und meine Figur nicht unterdrücken. Wie ist das möglich? Wichtig ist vor allem, dass niemand von meinen Essanfällen erfährt. Ich versuche diese hinauszuzögern, bis ich dann endlich alleine bin. Erst dann habe ich das Gefühl, mich endlich in Ruhe etwas entspannen zu können. Häufig stopfe ich dann wahllos Essen in mich hinein; als ob ich dadurch meine Sorgen loswerden könnte.

Das Gefühl der Erleichterung dauert leider nie lange an; denn bereits während und vor allem kurz nach einem Essanfall schäme ich mich. Ich schäme mich, weil ich es selbst nicht verstehen kann, dass Essen mein Leben beherrscht. Wie kann ich das nur zulassen? Dann fühle ich mich auch schuldig, dass ich meine Zeit verschwende. Schließlich kommt dann noch das Gefühl des Versagens in mir hoch: ›Und schon wieder habe ich verloren, bin schwach geworden und werde es nie zu etwas bringen – wenn ich nicht mal die Schokolade im Griff habe.‹

Da ist der nächste Essanfall nicht sehr weit entfernt.«

Während der Essanfälle werden unterschiedlich große Mengen an Nahrungsmitteln schnell, oft wahllos durcheinander und ruhelos bis zu einem unangenehmen Völlegefühl verzehrt. Gegessen wird infolge der Schamgefühle meist alleine, häufig sogar im Geheimen. Bei manchen Betroffenen erfolgt die Nahrungszufuhr innerhalb eines umschriebenen Zeitraums, andere wiederum essen beinahe dauernd kleinere Mengen

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

an Nahrung, ohne dies kontrollieren zu können (protrahierte Essanfälle, »grazing«; Peterson et al., 2012). Als Folge von Essanfällen empfinden Betroffene mit BES häufig Ekel, Deprimiertheit oder Schuldgefühle sich selbst gegenüber. Auf der Verhaltensebene können auf Essanfälle Kompensationsversuche folgen, wie z. B. das Auslassen von Mahlzeiten oder vermehrte körperliche Betätigung. Diese unterscheiden sich jedoch von den typischen Gegenmaßnahmen bulimischer Patienten in ihrer Regelmäßigkeit und Intensität. Das Essverhalten von Personen mit BES zeichnet sich zwischen den Essanfällen durch ein Abwechseln von Hemmung und Enthemmung der Kontrolle aus. Viele Betroffene versuchen, die Kalorienzufuhr infolge der Essanfälle zu kompensieren, was Ihnen jedoch nur kurzfristig bis zum nächsten Kontrolldurchbruch gelingt.

Nach wie vor zu wenig Beachtung wird kognitiven Symptomen bei BES-Patienten geschenkt. Betroffene grübeln häufig exzessiv und lange über ihr Gewicht, ihren Körper, Nahrung und ihre Diätversuche. Weiter führt das wiederholte Erleben von Kontrollverlust im Bereich der Nahrungszufuhr häufig zu einer Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts. Daraus resultiert oft negative Stimmung, Ängstlichkeit und eine Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus (Brownley et al., 2016).

Ähnlich wie bei anderen Essstörungen ist auch bei der BES die Haltung zum eigenen Körper deutlich negativ gefärbt und führt dazu, dass die Betroffenen den Anblick ihres Körpers als aversiv empfinden und möglichst vermeiden (Grilo, 2013). Die Überbewertung der eigenen Figur und des Gewichts für den Selbstwert wird als Kernsymptom von Essstörungen betrachtet (Fairburn & Harrison, 2003) und hat sich als unabhängig von BMI, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit erwiesen (Grilo, 2013). Einige Studien weisen zudem darauf hin, dass diese dysfunktionale Haltung zum eigenen Körper bei BES-Patienten ähnlich stark ausgeprägt ist wie bei der Anorexia und Bulimia nervosa. Je stärker die Figur- und Gewichtssorgen ausgeprägt sind, desto höhere Werte zeigen sich in der allgemeinen und essstörungsspezifischen Psychopathologie. Analog der Klassifizierung in den Vorgängermodellen, findet auch im DSM-5 das kognitive Konstrukt des negativen Körperbilds und seiner emotionalen und verhaltensbezogenen Korrelaten bei der BES keinen Eingang in die Diagnosekriterien. Dies wird kritisiert, vor allem als dass dadurch die BES beinahe ausschließlich durch das Verhalten des Überessens charakterisiert wird, was der umfassenden Belastung der betroffenen Personen nicht gerecht wird. So wird gefordert, die »übermäßige Bedeutung von Figur und Gewicht« bei der nächsten Revision als Kriterium oder Subtyp in die Diagnose aufzunehmen (Grilo, 2013).

Körperbild bei der BES

- Figur und Gewicht haben eine übermäßige Bedeutung für den Selbstwert.
- Die negative Haltung zum eigenen Körper ist ähnlich stark ausgeprägt wie bei anderen Essstörungen.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

- Höhere Figur- und Gewichtssorgen sind mit erhöhter essstörungsspezifischer Psychopathologie und einer allgemein niedrigeren psychischen Befindlichkeit korreliert.
- Figur- und Gewichtssorgen sind unabhängig von BMI, Alter und ethnischer Zugehörigkeit.

Das Auftreten regelmäßiger Essanfälle führt zu einer Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit und ist mit einem hohen Leidensdruck verbunden (Tomba et al., 2014). BES-Patienten erweisen sich im Beck Depressionsfragebogen-II (BDI-II; Hautzinger et al., 2006) sowie bezüglich dem Erleben sozialer Stressoren (Trierer Inventar zum chronischen Stress, TICS; Schulz et al., 2004) als stärker belastet als Betroffene mit Adipositas und Gesunde (Fischer et al., 2012).

Psychische Symptome bei BES

- unkontrollierbare Essanfälle
- gestörtes Essverhalten zwischen den Essanfällen
- abwechselnd restriktives und unkontrolliertes Essverhalten
- unregelmäßige Ernährung
- häufiges Durchführen und Abbrechen von Diäten
- negatives Körperkonzept
- interpersonale Defizite
- Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf die Hunger-/Sättigungsregulation
- Grübeln über die Nahrungszufuhr, die eigene Figur und das Gewicht

Somatische Folgeerscheinungen

Die BES geht häufig mit somatischen Folgeerscheinungen einher, die auf das Vorliegen von Übergewicht oder Adipositas zurückzuführen sind. Diese umfassen Diabetes Typ 2, Bluthochdruck und die Dyslipidämie. Weiter treten gehäuft Schlafstörungen, chronische Schmerzen, Asthma, Schwangerschaftskomplikationen sowie ein erhöhtes Karzinomrisiko auf. Es gibt zudem erste Hinweise darauf, dass die BES das Risiko dieser medizinischer Komorbiditäten über den Einfluss der Adipositas oder weiterer psychischer Störungen hinaus zusätzlich erhöht (Olguin et al., 2017).

Somatische Folgeerscheinungen bei BES

- Es besteht ein erhöhtes Risiko an somatischen Erkrankungen, die auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen sind, zu erkranken.
- Asthma, Schlafstörungen, chronische Schmerzen treten gehäuft auf.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Welche Situationen können Essanfälle auslösen?

Essanfälle treten oft in Situationen auf, die durch das Erleben von interpersonalen Stressoren charakterisiert sind, und erfüllen häufig die Funktion einer Stimmungsregulation und Spannungsreduktion. Als interpersonale Stressoren können zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, empfundene Zurückweisung und Kritik bezüglich des eigenen Erscheinungsbilds, Isolation, Stimmungsschwankungen, Einsamkeit, Langeweile, aber auch Entlastung und Zustände intensiver Freude genannt werden. Die Essanfälle dienen als Strategie, einen als aversiv erlebten emotionalen Zustand durch einen weniger aversiven zu ersetzen (Haedt-Matt & Keel, 2011). Untersuchungen zeigen, dass nebst diesen Emotionsregulationsdefiziten bei BES auch eine erhöhte Impulsivität das Auftreten von Essanfällen begünstigt. Insbesondere in Situationen mit hoher emotionaler Aktivierung fällt es Betroffenen schwer, den Drang nach Nahrungszufuhr und der damit verbundenen positiven Erwartung in Bezug auf die Spannungsreduktion zu inhibieren (Munsch et al., 2012).

Was und wie viel wird gegessen?

Patienten mit BES verzehren während der Essanfälle häufig rasch verfügbare Nahrungsmittel, die nicht zubereitet werden müssen, wie z. B. Schokolade und Kekse.

Die Angaben bezüglich der Nahrungsmengen, die verzehrt werden, variieren stark. Ein Teil der Patienten führt sich während der Essanfälle bis über 1600 kcal zu (Yanovski et al., 1992). Es zeigt sich jedoch, dass auch bei kleineren Kalorienmengen das subjektive Gefühl des Kontrollverlusts auftritt und seine beeinträchtigende Wirkung auf Selbstwirksamkeit und Selbstwert entwickeln kann. Das Krankheitsbild der BES ist somit weitgehend unabhängig von der Quantität der verzehrten Nahrungsmenge (Amianto et al., 2015).

Wie lange dauern die Essanfälle?

Entsprechend der Diagnosekriterien, wie sie im DSM-5 beschrieben sind, erlebt ein Teil der Betroffenen mit BES Essanfälle in einem abgrenzbaren Zeitraum von z. B. einer Stunde. Während bei der Bulimia nervosa Beginn und Ende der Essanfälle genau ausgemacht werden können, kommen bei der BES auch sogenannte »protrahierte« Essanfälle vor. Patienten berichten in diesen Fällen, dass sie immer wieder, über mehrere Stunden hinweg unkontrolliert Nahrung zu sich nehmen und durch diese »protrahierten« Essanfälle nicht mehr in der Lage sind, beruflichen oder sozialen Verpflichtungen nachzukommen.

Warum nehmen einige BES-Patienten nicht zu?

Das Erscheinungsbild und die Diagnosestellung der BES sind unabhängig vom Körpergewicht. Im Vordergrund stehen die Essanfälle, die typische negative Haltung zum eigenen Körper, die beeinträchtigte psychische Befindlichkeit und ein sorgenvolles Fokussieren auf Gewicht, Figur und Nahrung. Je nach Häufigkeit und Ausprägung der Essanfälle sowie in Abhängigkeit vom Ess- und Ernährungsverhalten zwischen den Essanfällen kann das Gewicht der Betroffenen variieren. Zudem entwickeln gewisse Betroffene erst im Anschluss an Diätversuche aufgrund von Übergewicht und Adipo-

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

sitas Essanfälle (sogenannter »diet first«-Subtyp), während eine weitere Subgruppe erst im Verlauf der Essanfälle an Gewicht zunimmt (sogenannter »binge first«-Subtyp).

Erscheinungsbild der BES im Überblick

- Das wiederholte Vorkommen von Essanfällen mit Kontrollverlust stellt das Kernsymptom der BES dar.
- Es bestehen kognitive Symptome, die sich in einer übermäßigen Beschäftigung mit Figur, Gewicht und der Nahrungsaufnahme sowie einer Überbewertung von Figur und Gewicht für den Selbstwert zeigen.
- Emotionale Aktivierung durch interpersonale Konflikte und das Vorliegen von Schwierigkeiten mit der Impulsregulation begünstigen Essanfälle.
- Essanfälle erfüllen oft die Funktion einer kurzfristigen Spannungsreduktion.
- Die Nahrungsmittelmenge, die während eines Essanfalls verzehrt wird, und die Dauer eines Essanfalls sind variabel.
- Das Krankheitsbild der BES präsentiert sich unabhängig vom Körpergewicht ähnlich.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

6 Therapievoraussetzungen

Übersicht. Das vorliegende Manual wurde unter Berücksichtigung bereits evaluierter Behandlungskonzepte von Fairburn und Wilson (1993) zur Behandlung der BES in Gruppen erstellt. Zunächst wird ein Überblick über die wesentlichen Behandlungsschwerpunkte gegeben. Zudem werden Aspekte der formalen Durchführung, der Art der Behandlung sowie der Wahl therapeutischer Interventionen und ihrer Ziele besprochen. Fragen der Motivation und Indikation zur Behandlung werden diskutiert und die diagnostische Phase vor Behandlungsbeginn wird erläutert.

Es soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die vorgegebene Struktur als Leitlinie und nicht als Korsett aufzufassen ist. Aufgabe der Therapeuten ist es, die vorgegebenen Interventionen so ein- und durchzuführen, dass sie der individuellen Situation des Patienten Rechnung tragen. Eine weitere wichtige Voraussetzung zur erfolgreichen Therapiedurchführung stellt der Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung dar. Diese kann bereits in der Vorphase der Behandlung gefördert werden, indem der Patient vom Therapeuten Verständnis und Empathie erfährt sowie über das geplante Vorgehen und dessen Vor- und Nachteile aufgeklärt wird.

Ziele. Das Ziel der Behandlung beinhaltet in Anlehnung an die evidenzbasierten Leitlinien in erster Linie die Bewältigung der Essstörung. Eine Gewichtsreduktion wird – sofern indiziert – in zweiter Linie angestrebt. Viele Teilnehmer sind zwar zu diesem Vorgehen – zunächst Behandlung der BES, ggf. nachfolgend Behandlung des Übergewichts – motiviert, jedoch ist dennoch der Wunsch nach Gewichtsreduktion vorrangig. Es ist die Aufgabe der Therapeuten, ein Gesprächsklima zu schaffen, in dem die Patienten diese Therapieziele offenlegen können. Ferner sollten mit den Patienten immer wieder Gründe, die für das gewählte Vorgehen sprechen, erörtert werden.

6.1 Therapieaufbau und -struktur

Durch die Behandlung soll die Frequenz und Intensität von Essanfällen vermindert werden. Dazu wird zunächst ein individuelles Störungs- und Behandlungsmodell erarbeitet. Anschließend erfolgt daraus abgeleitet die Erarbeitung von individuellen Strategien zum verbesserten Umgang mit ungünstigen Essverhaltensmustern, ungünstiger Ernährung und Essanfällen. Dazu erfolgt zunächst eine Problem- und Zielanalyse. Zudem wird auf die Bedeutung der körperlichen Aktivität bei der Regulation von Hunger, Sättigung und Essverhalten hingewiesen und es kann eine schrittweise Steigerung der Bewegung angestrebt werden.

Zur Erreichung der Zielsetzungen werden vorwiegend verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt. Eine wichtige Funktion kommt dabei der therapeutischen

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Beziehung zu – sowohl vor und während als auch im Verlauf der Behandlung. In zwei Sitzungen werden dysfunktionale (»nicht-hilfreiche«) Kognitionen bearbeitet. Hierzu führen wir im »Exkurs« die Konzepte der Fusion und Defusion mit Kognitionen und deren mögliche Rolle für die Therapie von Essanfällen ein. Weiter werden Möglichkeiten für die langfristige Aufrechterhaltung der erreichten Erfolge besprochen. Zum Abschluss der Behandlung, in der achten Sitzung, steht die Rückfallprophylaxe im Mittelpunkt.

Eine Übersicht über die Behandlungsinhalte der acht Sitzungen findet sich in Tabelle 8.1 (s. Anfang Kap. 8).

Ziele der Behandlung: Symptommanagement

- Herstellen einer verlässlichen, tragenden Therapiebeziehung
- Vermittlung des Entstehungsmodells der BES sowie der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei Essanfällen
- Motivationsaufbau mit dem Ziel der Veränderung von Verhalten und Kognitionen
- Reduzieren der Häufigkeit von Essanfällen, Planung regelmäßiger Mahlzeiten, horizontale Verhaltensanalyse und Einführen von alternativen Tätigkeiten
- Enttabuisieren von Essanfällen und Verständnis für die Ätiologie des Problems schaffen
- Entwickeln und Anwenden individueller Auslöser- und Reaktionskontrollstrategien
- Übertragen von Veränderungen in den Alltag
- Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung durch schrittweise Zielformulierung und -erreichung
- kognitive Therapie dysfunktionaler Kognitionen in Bezug auf den eigenen Körper bzw. die eigene Person
- Rückfallprophylaxe

Nachbehandlungsphase

Im Anschluss an die achtwöchige Behandlung ist eine Nachbehandlungsphase mit insgesamt vier Sitzungen nach einem, drei, sechs und zwölf Monaten vorgesehen. Die letzte Nachbehandlungssitzung findet zwölf Monate nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase statt.

Regelmäßige Auffrischungssitzungen tragen wesentlich dazu bei, die erreichten Erfolge auszubauen und aufrechtzuerhalten. Diese können in Anlehnung an Fiedler (2005) als zieloffene, verhaltensanalytische Gruppen konzipiert werden. Die Teilnehmer werden aufgefordert, aktuelle Probleme in der Gruppe zu analysieren und möglichst selbstständig Lösungsansätze zu generieren.

Dieses Vorgehen erlaubt auch, Teilnehmer mehrerer Gruppen in eine Nachbehandlungsgruppe aufzunehmen.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Zusatzbehandlungen

Im Rahmen der Behandlung wird eine Steigerung der körperlichen Aktivität angestrebt. Der Behandlungsfokus liegt jedoch auf der Reduktion der Essanfälle. Die Patienten werden zur Bewegungssteigerung ermuntert, jedoch wird dieses Ziel in den Sitzungen nicht zwingend, sondern je nach Vorliebe der Person optional besprochen.

Die meisten adipösen BES-Patienten berichten im Anschluss an die Behandlung über den Wunsch, Gewicht zu reduzieren. Diese Behandlung soll in Anlehnung an die Leitlinien erfolgen. Eine multimodale Verhaltenstherapie bzw. das Basisprogramm wird bei einem BMI von 30 und mehr bzw. bei einem BMI von 25 und komorbiden medizinischen Erkrankungen erfolgen (für weiterführende Angaben siehe z. B. Hilbert et al. 2016; Munsch & Hilbert, 2015). Da das Körperbild von BES-Patienten oft negativ gefärbt ist und dadurch die Aufrechterhaltung von ungünstigem Essverhalten mitbegünstigt wird, kann es indiziert sein, das Körperbild explizit zu thematisieren und behandeln. Differenzierte Angaben dazu finden sich z. B. bei Vocks und Legenbauer (2010). Für die häufigsten komorbiden Störungen wie z. B. depressive und Angststörungen empfiehlt sich eine leitlinienbasierte Behandlung.

Günstige Therapievoraussetzungen

Setting. Die Behandlung kann im Einzelsetting durchgeführt werden, findet jedoch vorzugsweise in Gruppen statt. Die Behandlung in Gruppen beinhaltet zusätzliche Wirkfaktoren, die die langfristige Motivation zur Aufrechterhaltung der Bemühungen unterstützen und die Durchführung einzelner therapeutischer Interventionen, wie z. B. das Erarbeiten der Problemanalyse und die kognitiven Interventionen, erleichtern. Die Sitzungen können jedoch auch im Einzelsetting stattfinden, wobei einzelne Übungen, die als Gruppenarbeit beschrieben sind, entsprechend angepasst werden müssen. Die Durchführung im Einzelsetting empfiehlt sich beispielsweise, wenn zu wenig Teilnehmer für eine Gruppe vorhanden sind, wenn ein Teilnehmer aus Termingründen nicht regelmäßig an den festgelegten Sitzungen teilnehmen kann oder wenn die Möglichkeit eines Gruppenangebotes im Praxissetting nicht gewährleistet werden kann.

Therapeuten- und Gruppenzusammensetzung. Die Therapie wird im Idealfall von zwei Therapeuten durchgeführt. Die Gruppe ist vorzugsweise gemischtgeschlechtlich zusammengesetzt. Auf diese Weise stellt die Therapie ein Übungsfeld dar, geschlechtsstereotype Denk- und Verhaltensweisen offenzulegen, zu hinterfragen und zu verändern. Auch erweist sich eine Mischung in Hinsicht auf das Alter als günstig, da die Patienten von den Erfahrungswerten, die mit den einzelnen Lebensphasen verbunden sind, profitieren können.

Anzahl und Dauer der Sitzungen. Das Behandlungsprogramm umfasst acht Sitzungen, die wöchentlich mit einer Dauer von ca. 90 Minuten durchgeführt werden. Die Behandlung sollte in Anlehnung an die vorliegende standardisierte Form durchgeführt werden, wobei allerdings die jeweiligen Interventionen an die Individualität der einzelnen Teilnehmer angepasst werden sollten. Im Anschluss sind insgesamt vier Auffrischungssitzungen nach einem, drei, sechs und zwölf Monaten vorgesehen.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Struktur der Sitzungen

Die Sitzungen folgen immer der gleichen Struktur: Zunächst wird ein Überblick über die Inhalte gegeben, dann werden – ab der ersten Sitzung – die Übungen für zu Hause besprochen. Anschließend werden im Informationsblock Wissensinhalte vermittelt und im Übungsblock entsprechende Übungsvorschläge gemacht. Danach werden die Übungen vorgegeben, die zu Hause bis zur nächsten Sitzung durchgeführt werden sollen. Zum Abschluss der Sitzung werden mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge diskutiert sowie die wichtigsten Inhalte der Sitzung zusammengefasst.

Die kognitive Verhaltenstherapie der BES hat einen übenden Charakter und stellt hinsichtlich der Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit in und zwischen den Sitzungen hohe Anforderungen an die Teilnehmer. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Durchführung der Hausaufgaben einen hohen motivationalen Aufwand bedeutet und dafür ausreichend Zeit reserviert werden muss.

6.2 Therapeutisches Vorgehen

Standardisierte Grundlage der therapeutischen Interventionen

Die Behandlung ist für die Durchführung im Gruppensetting konzipiert. Die Sitzungen können jedoch auch im Einzelsetting stattfinden, wobei einzelne Übungen, die als Gruppenarbeit beschrieben sind, entsprechend angepasst werden müssen.

Therapeutische Interventionen werden jeweils nach dem gleichen Muster ein- und durchgeführt (s. Abb. 6.1). Das problematische Verhalten wird zunächst von den Patienten selbst beobachtet und protokolliert. Anschließend erfolgt die Informationsvermittlung zum jeweiligen Thema. Danach wird ein Ist-Soll-Vergleich durchgeführt und die Teilnehmer werden dazu angeleitet, realistische Ziele zur Veränderung des Problembereichs zu formulieren. Dann werden in der Gruppe (oder im Einzelsetting) Strategien erarbeitet, die eine sukzessive Zielerreichung er-

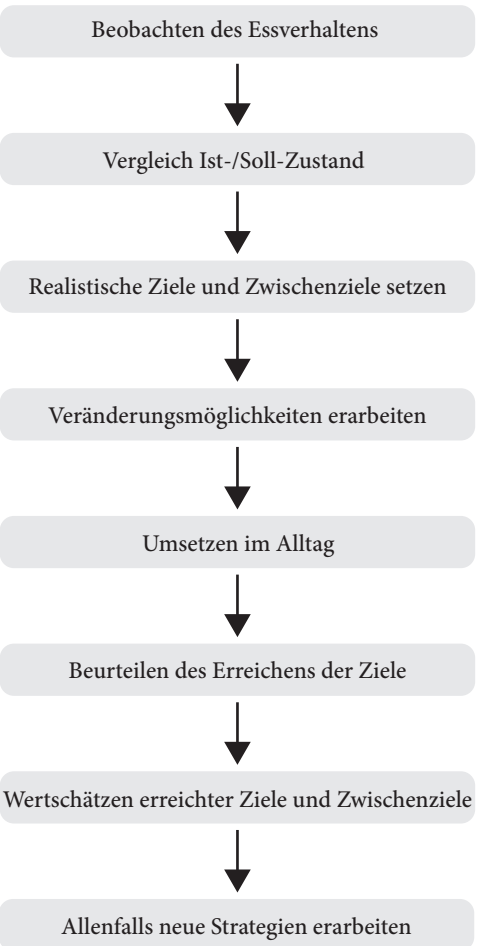

Abbildung 6.1 Standardisierte Grundlage therapeutischer Interventionen. Die Interventionen werden Schritt für Schritt durchgeführt.

Leseprobe aus: Munsch/Wyssen/Biedert, Binge Eating, ISBN 978-3-621-28500-1
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

möglichen. Diesbezüglich ist es wichtig, die Teilnehmer auf mögliche Schwierigkeiten und Rückschläge vorzubereiten bzw. zu vereinbaren, wie sie damit umgehen können. Im nächsten Schritt transferieren die Teilnehmer die Strategien in den Alltag und geben in der folgenden Sitzung eine Rückmeldung über Erfolg und Schwierigkeiten. Kann ein Ziel erreicht werden, so wird entweder der weitere Ausbau oder das Aufrechterhalten der Veränderungen angestrebt. Sind Schwierigkeiten aufgetreten, müssen Zielformulierungen oder Strategien möglicherweise angepasst bzw. verändert werden.

Aufbau und Erhalten der Motivation

In der Einführungssitzung wird nicht nur auf die *Vorteile* einer Teilnahme an der Behandlung eingegangen, sondern auch auf damit verbundene *Nachteile* hingewiesen. Denn mit einer Entscheidung für die Behandlung stehen auch ein erhöhter Zeitaufwand und ein Verlust bisheriger Bewältigungsstrategien bevor. Die Teilnehmer werden aufgefordert, das Für und Wider der Teilnahme zu überdenken, zu gewichten und sich anschließend zu entscheiden. Am Ende der Einführungssitzung wird der Behandlungsvertrag ausgeteilt. Erscheinen die Teilnehmer anlässlich der nächsten Sitzung zum eigentlichen Behandlungsbeginn, so signalisieren sie ihre Bereitschaft zur Teilnahme, was durch die Unterzeichnung des Behandlungsvertrags schriftlich bekräftigt wird. In der ersten Sitzung »verteidigen« schließlich die Teilnehmer im Sinne der Motivationsförderung – in Anlehnung an das Advocatus-Diaboli-Prinzip – ihre Entscheidung, an der Behandlung teilzunehmen.

Motivationsschwierigkeiten. Probleme oder Misserfolge und Motivationstiefs gehören zum Behandlungsverlauf. Es geht dabei nicht darum, diese zu vermeiden, sondern darum, günstig mit ihnen umzugehen. Zu diesem Zweck kann z. B. die Advocatus-Diaboli-Übung wiederholt werden (vgl. dazu auch die Prinzipien des Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick, 2009).

Die in der folgenden Übersicht aufgeführten Interventionen sind Voraussetzung, um langfristig eine positive Motivationslage aufrechterhalten oder wiederherstellen zu können.

Interventionen zur Motivationsförderung

- realistische, erfolgversprechende Ziele setzen
- regelmäßig die Übungen für zu Hause besprechen
- Bemühungen und kleine Fortschritte beim Patienten erkennen und verstärken
- Teilnehmer anleiten, kleine Schritte in Richtung Veränderung selbst zu erkennen, zu gewichten und zu verstärken

Verhaltenstherapeutische und kognitive Interventionen im Behandlungsverlauf

In Tabelle 6.1 werden die wichtigsten verhaltenstherapeutischen und kognitiven Interventionen und ihre Ziele dargestellt. Das Vorgehen im Behandlungsverlauf wird in den entsprechenden Sitzungen näher beschrieben.