



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

B a c h e l o r a r b e i t

ACHTSAMKEIT UND STÖRUNGEN DES ESSVERHALTENS

Analyse achtsamkeitsbasierter Interventionen
bei
Störungen des Essenverhaltens

Vorgelegt von: Daniela Zorn

Betreuer: Prof. Dr. W. Neumann

Tag der Einreichung: 29. August 2008

Urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0177-7

Abstrakt

„Schlank-“ und „Fit-Sein“ werden nicht nur in den Medien propagiert und kennzeichnen die heutige Zeit, sie sind anscheinend Synonym und Voraussetzung für Erfolg. Zeitdruck, Leistungsdruck, Bewegungsmangel, Werbung und unrealistische Schönheitsideale diktieren in den westlichen Industrienationen die alltäglichen Essgewohnheiten in großem Maße. Allgemeine Lebensumstände und die durcheinander geratenen Bedingungen für eine geregelte Nahrungsaufnahme, sind nicht zu unterschätzende Gründe für Essverhaltensstörungen (vgl. Fiscalini & Rytz 2007). Zudem trägt die heutige gesellschaftliche Situation, mit ihrer vorherrschenden hedonistisch ausgerichteten Perspektive und hohen Effektivitätsansprüchen, dazu bei, dass sich der Mensch immer mehr vom eigenen Erleben und Verhalten, insbesondere während des Essens, ablenkt und so wie halb bewusst in einem „Autopilotmodus“ (vgl. Kabat-Zinn 1990, S. 11ff) funktioniert. Essverhalten entgleitet den in den westlichen Industrienationen lebenden Menschen mehr und mehr.

Das in den letzten Jahren wachsende Interesse für das Konzept der Achtsamkeit im ernährungsverhaltenswissenschaftlichen Kontext kann als eine Reaktion auf diese Situation verstanden werden. Das Konzept der Achtsamkeit stammt ursprünglich aus dem Buddhismus und wird als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung definiert, die absichtsvoll, nicht wertend und auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet ist (vgl. Kabat-Zinn 1990, S. 11ff). Achtsamkeit fördert das Bewusstsein und Erleben des aktuellen Augenblickes und führt dadurch zu einer Durchbrechung des Autopiloten. Die Integration des Konzeptes der Achtsamkeit in die ernährungsverhaltenswissenschaftliche Forschung und Praxis scheint viel versprechend und die wachsende Anzahl wissenschaftlicher Publikationen bestätigt diesen Trend.

Die vorliegende Arbeit analysiert verschiedene achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Störungen des Essverhaltens und versucht den Erfolg an Hand empirischer Studien zu belegen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Aufbau und Methodik	9
3. Störungen des Essverhaltens	10
3.1 Überblick	10
3.2 Anorexia nervosa	11
3.3 Bulimia nervosa	14
3.4 Binge Eating Disorder	17
3.5 Übergewicht und Adipositas	20
4. Achtsamkeit	26
4.1 Was ist Achtsamkeit?	26
4.2 Achtsamkeit im Buddhismus	27
4.3 Achtsamkeitsmeditation und –techniken	30
4.4 Achtsamkeit in der Medizin und Psychotherapie	31
4.5 Achtsamkeit und Gesundheit	34
5. Achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Essstörungen	37
5.1 Überblick	37
5.2 Mindfulness-Based Cognitive Therapy	38
5.3 Dialectical Behavioral Therapy	40
5.4 Akzeptanz- und Commitment Therapie	43
5.5 Empirische Studien	45
6. Achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Übergewicht und Adipositas	47
6.1 Überblick	47
6.2 Mindfulness-Based Eating Awareness Training	47

6.3	The Camp System	52
6.4	Empirische Studien	57
7.	Zusammenfassung und Ausblick	59
8.	Literaturverzeichnis	61
9.	Eidesstattliche Erklärung	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Klassifikation von Übergewicht und Adipositas nach der WHO	20
Abbildung 2	Prozentanteile der Übergewichtigen und Adipösen in Deutschland	23
Abbildung 3	Übergewicht und Adipositas in 25 EU Ländern	24
Abbildung 4	CAMP Basics	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	12
Tabelle 2	Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	15
Tabelle 3	Diagnosekriterien der Binge Eating Disorder nach DSM-IV-TR	18
Tabelle 4	Klassifikationsysteme der Adipositas	22
Tabelle 5	Überblick des MB-EAT Programminhalts	53

1. Einleitung

„In dem ich mich endlos mit meinem Körper beschäftigt habe, hörte ich auf ihn zu bewohnen. Ich versuche jetzt, diese Gleichung umzukehren, auf meinen Körper zu vertrauen und wieder rückhaltlos in ihn einzutreten.“ (Foster 1996, S. 25)

Essen, Nicht-Essen, Ernährung, Mangelernährung und die Beschäftigung mit Gewicht und Figur ist aus dem derzeitigen Alltag nicht mehr wegzudenken. Verschiedene Medien suggerieren, dass nur „Schlank-sein“ und „Fit-sein“ schick und Kennzeichen der heutigen Zeit ist und als Synonym und Voraussetzung für Erfolg propagiert. Ein besonderes Merkmal der Gegenwart besteht einerseits darin, viel über gesundes Essen nachzudenken und sich über alle möglichen Inhalte der Nahrungsmittel zu informieren, andererseits aber auch sich dem ständig inneren Kampf um erlaubtes, gesundes, richtiges Essen hinzugeben. Zeitdruck, Leistungsdruck, Bewegungsmangel, Werbung und unrealistische Schönheitsideale diktieren in den westlichen Industrienationen die alltäglichen Essgewohnheiten in großem Maße. Allgemeine Lebensumstände und die durcheinander geratenen Bedingungen für eine geregelte Nahrungsaufnahme, sind nicht zu unterschätzende Gründe für Essverhaltensstörungen (vgl. Fiscalini & Rytz 2007). Zudem trägt die heutige gesellschaftliche Situation, mit ihrer vorherrschenden hedonistisch ausgerichteten Perspektive und hohen Effektivitätsansprüchen, dazu bei, dass sich der Mensch immer mehr vom eigenen Erleben und Verhalten, insbesondere während des Essens, ablenkt und so wie halbbewusst in einem „Autopilotmodus“ (vgl. Kabat-Zinn 1990, S. 11ff) funktioniert. Essverhalten entgleitet den in den westlichen Industrienationen lebenden Menschen mehr und mehr.

Kaum verwunderlich, dass der erst kürzlich erschienene erste Ergebnisbericht zur nationalen Verzehrstudie alarmierende Ergebnisse und Zahlen hervorbringt. Bezugnehmend auf die Ergebnisse des Berichts der nationalen Verzehrstudie ist jeder fünfte Deutsche extrem übergewichtig, rund 66 Prozent der Männer und über die Hälfte der Frauen sind übergewichtig. Ursachen nennt der Bericht viele. So gibt er zum einen mangelnde Bewegung und damit geringerer Energieverbrauch und zum

anderen verändertes Ernährungsverhalten und veränderte Esskultur an. Jedoch stellt nicht nur das Übergewicht ein gefährliches Gesundheitsproblem dar, auch Essstörungen wie Magersucht und Bulimie nehmen in beunruhigendem Maße zu. Die Zahlen zeigen den Trend an, dass vor allem junge Frauen immer dünner werden. So sind rund 10 Prozent aller befragten Mädchen unter 18 Jahren untergewichtig (vgl. CDU/CSU 2008).

Die Ergebnisse zur Nationalen Verzehrstudie verdeutlichen die Dringlichkeit der Entwicklung und Durchführung geeigneter Maßnahmen. Welche jedoch die richtige ist, darüber streiten sich die Wissenschaftler. In kaum einem anderen Bereich wird so engagiert und fanatisch über den richtigen Weg debattiert wie in der Ernährung. Die Forschung und Wissenschaft im Ernährungsbereich gewinnt ständig neue Erkenntnisse. Der Konsument ist so aufgeklärt und informiert wie nie zuvor. Trotzdem zeigen die alarmierenden Zahlen der Nationalen Verzehrstudie, dass allein die Information und Aufklärung bezüglich der Nahrungsmittel nicht ausreichen um den gefährlichen Trend zu stoppen.

Das in den letzten Jahren wachsende Interesse für das Konzept der Achtsamkeit im ernährungsverhaltenswissenschaftlichen Kontext kann als eine Reaktion auf diese Situation verstanden werden (vgl. Heidenreich, Ströhle, Michalak 2006, S. 33ff). Das Konzept der Achtsamkeit stammt ursprünglich aus dem Buddhismus und wird als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung definiert, die absichtsvoll, nicht wertend und auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet ist (vgl. Kabat-Zinn 1990, S. 11ff). Achtsamkeit fördert das Bewusstsein und Erleben des aktuellen Augenblickes und führt dadurch zu einer Durchbrechung des Autopiloten. Die Integration des Konzeptes der Achtsamkeit in die ernährungsverhaltenswissenschaftliche Forschung und Praxis scheint viel versprechend und die wachsende Anzahl wissenschaftlicher Publikationen bestätigt diesen Trend.

Das Konzept der Achtsamkeit ist sehr breit und facettenreich. Auf Grund dessen soll sich diese Arbeit dem Konzept der Achtsamkeit aus verschiedenen Blickwinkeln

nähern. Anliegend soll dem Phänomen der Achtsamkeit auf der Ebene der Störungen des Essverhaltens nachgegangen werden. Außerdem erfolgt eine Darstellung der wichtigsten Essstörungen. Insbesondere wird im Rahmen dieser Arbeit auf ausgewählte achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Störungen des Essverhaltens eingegangen und an Hand empirischer Studien der Erfolg dieser Interventionen veranschaulicht.

2. Methodik

Um der Anfertigung der Bachelorarbeit den entsprechenden wissenschaftlichen Charakter zu verleihen, welche dem Anspruch der einer Prüfungsleistung gerecht werden soll, wurde entsprechendes Wissen im Rahmen des Studienverlaufs, insbesondere im Tätigkeitsbereich des Forschungsprojektes „Ernährungsverhalten und Änderung des Lebensstils“, angesammelt und vertieft. Im Folgenden sollte sich die Literaturrecherche anschließen, welche zunächst im Bereich der Internetrecherche stattfand, um einen groben Überblick zur Thematik zu erhalten. Die anschließende Literaturrecherche wurde in der Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg und Buchhandlungen des Internets vorgenommen. Hier konnte ausgewählte Literatur zur Erfassung und Darstellung der Störungen des Essverhaltens verwendet werden. Zur Bearbeitung des Konzeptes der Achtsamkeit stellte sich die Recherche in der Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg als unzureichend dar. Das Konzept der Achtsamkeit ist in Betracht des wissenschaftlichen Kontextes bezogen auf das Essverhalten noch wenig ergründet, dementsprechend musste die Literaturrecherche auf Buchhandlungen im Internet ausgeweitet werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl der akquirierten Literatur aus dem nordamerikanischen Sprachraum stammte. Als Ergebnis der umfangreichen Literaturrecherche entstand ein, unter Berücksichtigung der wenigen wissenschaftlichen Studien, anschauliches Material, welches sich aus internetrecherchierten Daten sowie entsprechenden Büchern zusammensetzt. Auf Grund des ermittelten Materials konnte eine erste Gliederung erstellt werden, die mehrmals verändert worden ist, bis sie den wissenschaftlichen Ansprüchen einer Bachelorarbeit entsprach. Durch vertiefendes Lesen der vorhandenen Literatur resultierten verschiedene Fragestellungen und Änderungen im Bereich der behandelten Thematik. Abschließend konnte jedoch nach jeglichem Informationsaustausch eine einheitliche Fragestellung gefunden werden. Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit soll die Frage nach gesundem Essverhalten bei Menschen mit Störungen im Essverhalten stehen. Im Rückblick auf die unerwarteten diffizilen Recherchen zur Thematik stellt diese Frage eine umfassende Beantwortung in den Raum, welche durch die vorliegende Ausarbeitung beantwortet werden soll.

3. Störungen des Essverhaltens

3.1 Überblick

Die Zahl der Menschen mit gestörtem Essverhalten ist alarmierend hoch. Viele fühlen sich zu dick, weil sie aus ihrer Sicht nicht dem vermeintlichen Schönheitsideal der heutigen Gesellschaft entsprechen. Dabei ist essgestörtes Verhalten nicht grundsätzlich eine Krankheit, kann aber der Beginn für eine Essstörung darstellen.

Unter dem Begriff Störungen des Essverhaltens können im Wesentlichen vier Krankheitsbilder subsummiert werden:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating Disorder
- Adipositas und Übergewicht

Essstörungen liegen dann vor, wenn das Essverhalten selbst zu einer erheblichen Störung des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen führt. Wenn das Essverhalten zu einer mangelhaften Versorgung des Körpers durch unzureichende Nahrungsaufnahme führt, kann auch in diesem Fall von einer Essstörung gesprochen werden. Für die Anorexia nervosa ist eine willentlich herbeigeführte Gewichtsabnahme, die im krankhaften Untergewicht mündet, wesentlicher Bestandteil der Definition. Essanfälle, bei denen große Nahrungsmengen in kürzester Zeit aufgenommen werden und ein Gefühl des Kontrollverlustes verursachen, sind sowohl Kennzeichen der Bulimia nervosa als auch der Binge Eating Disorder, wobei bei der Bulimia nervosa die gesteigerte Nahrungszufuhr durch gegengesteuertes Verhalten, meist Erbrechen der gegessenen Nahrungsmengen, kompensiert wird (vgl. Cuntz in Bayrische Ärzteblatt 2006, S. 222)

Nicht zu den Essstörungen im klinischen Sinne zählen Adipositas und Übergewicht, weil sie nicht zwangsläufig mit gestörtem Essverhalten verbunden sind, stellen aber eine chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem

Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, die eine langfristige Betreuung erfordert, dar (vgl. WHO 2000 EK IV). Sie spielen in Anbetracht der steigenden Prävalenz, des sich erweiternden Krankheitsspektrums und der daraus resultierenden hohen Kosten für das Gesundheitswesen in den westeuropäischen Ländern eine gleichwohl bedeutend große Rolle wie die Essstörungen, wenn nicht sogar bedeutender.

3.2 Anorexia nervosa

Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa (griechisch: Anorexis = Mangel an Begierde, fehlender Appetit; nervosa = emotional begründet) ist ein lebensbedrohliches Syndrom, das aus unterschiedlichen psychischen und somatischen Symptomen zusammensetzt. Hauptmerkmal der Störung ist ein krankhaftes Drang nach Schlankheit, das mit einer panikartigen Furcht vor Gewichtszunahme einhergeht (vgl. Bruch 1980, S. 23) Ein wesentliches Merkmal der Anorexia nervosa ist die Verkennung der eigenen übermäßigen Schlankheit oder sogar die Störung der Körperwahrnehmung (Körperschemastörung). So beschreiben Betroffene die eigene Körperform oder Teile des Körpers als normal oder auch als zu dick. Typischerweise wird das niedrige Gewicht hauptsächlich durch permanentes Diäten und Nahrungsverweigerung herbeigeführt und aufrechterhalten. Das daraus resultierende Untergewicht und die Gefährdung der eigenen Gesundheit werden von den Betroffenen meist über lange Zeit hinweg geleugnet oder klein geredet (vgl. Pudiel & Westenhöfer 1998, S. 5ff)

Nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) und der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird eine Unterscheidung zwischen einer „restriktiven“ oder „asketischen“ Form der Anorexie von einer „bulimischen“ Anorexie vorgenommen. Betroffene mit restriktiver Anorexie leiden definitionsgemäß nicht unter Essanfällen (vgl. APA, 1994). Weiterhin bestehen keiner einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie zum Beispiel selbstinduziertes Erbrechen. Die Gewichtsabnahme wird allein über die Verweigerung der Nahrungsaufnahme und zum Teil auch über

exzessives Sporttreiben erreicht. Im Folgenden sollen nun die Kriterien der Anorexia nervosa anhand der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV dargestellt werden:

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD 10: F 50.0 Anorexia nervosa	DSM-IV: 307.1 Anorexia Nervosa
Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder ein Body Mass Index (BMI) von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.	Weigerung, das Minimum des für Alter und Größe normalen Körpergewichts zu halten; Gewicht mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht.
Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch die Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • selbst induziertes Erbrechen; • selbst induziertes Abführen; • übertriebene körperliche Aktivitäten; • Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika. 	
Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.	Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei	Bei postmenarchalen Frauen Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden

<p>Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.</p>	<p>Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).</p>
<p>Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Verzögerung bzw. Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte</p>	
	<p>Spezifizierung des Typs: Restriktiver Typus (F 50.0): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen »Fressanfälle« gehabt oder hat kein »Purging«-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. »Binge-Eating/Purging«-Typus (F 50.01): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.</p>

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2004, S. 12f

Die Anorexia nervosa tritt in ihrer klinisch relevanten Ausprägung relativ selten auf. Im DSM-IV wird die Punktprävalenzrate mit 0,5 bis 1% beziffert (vgl. APA, 1994), wobei die empirischen Ergebnisse zur Epidemiologie in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und den Diagnosekriterien erheblich schwanken (vgl. Jacobi et al. 1996, S. 75ff). Bei jungen Frauen im Alter zwischen vierzehn und zwanzig Jahren schwankt die Prävalenzrate zwischen 0 und 0,9 % und beträgt im

Durchschnitt 0,3%. Die Inzidenzrate umfasst acht Neuerkrankungen pro Jahr bezogen auf 100000 Einwohner. Die höchsten Inzidenzraten der Anorexia nervosa treten bei jungen Frauen im Alter zwischen fünfzehn und neunzehn Jahren auf. Aus dieser Altersgruppe stammen ca. 40 % der Neuerkrankungen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Inzidenz hingegen kontinuierlich ab. Die Anorexia nervosa tritt vorwiegend bei Frauen auf, wobei auch Männer von der Essstörung betroffen sein können. Das Geschlechtsverhältnis Frauen : Männer beträgt 10 : 1. Gehäuft tritt die Anorexia nervosa in Bevölkerungsschichten mit einem höheren sozioökonomischen Status auf (vgl. Leassle et al. 2000, S. 240ff).

3.3 Bulimia nervosa

Aus dem Griechischen übersetzt bedeutet der Begriff der Bulimia wörtlich „Ochsenhunger“. Wie aus der Übersetzung hervorgeht, ist ein Hauptsymptom die ständig wiederkehrenden Anfälle von Heißhunger, bei denen Betroffene eine schier unstillbare Gier nach Nahrung empfinden und große Mengen an fettreichen und hochkalorischen Nahrungsmitteln innerhalb einer kurzen Zeitspanne zu sich nehmen (vgl. Pudel & Westenhöfer 1998, S. 17ff) In diesen „Fressanfällen“ kommt es meist zu einem Kontrollverlust und der Betroffene, meist die Betroffene, kann ihr Verhalten kaum noch stoppen und verschlingt dann durchschnittlich zwischen 1200 und 11500 kcal (vgl. Mitchell et al. 1985, S. 482ff). Nach einem solchem „Fressanfall“ entsteht eine panische Angst vor Gewichtszunahme. Um den Folgen der übermäßigen Nahrungsmengen entgegen zu wirken, unternehmen die Betroffenen kompensatorische Maßnahmen. Dies geschieht meist in Form von Erbrechen, aber auch große Mengen an Laxantien und Diuretika oder exzessives Sport treiben werden eingesetzt. Im Unterschied zur Anorexia nervosa sind Betroffene mit Bulimia nervosa oft normalgewichtig, unterliegen auf Grund ständig wechselnden Phasen zwischen Diät halten und Essanfällen jedoch starken Gewichtsschwankungen (vgl. Laessle et al. 2000, S. 223ff). Die Betroffenen sind meist extrem auf ein Schönheitsideal fixiert und sind in großer Sorge und Angst vor einer Gewichtszunahme. Die Gedanken der Betroffenen kreisen überwiegend um die eigene Figur und die Mahlzeiten. Viele leiden unter Gefühlen der Wertlosigkeit,

Schuld- und Suizidgedanken, die häufig in direktem Zusammenhang mit den Essanfällen stehen (vgl. Laessle et al. 2000, S. 223ff). Wie bei der Anorexia nervosa nehmen die Betroffenen den eigenen Körper stark verzerrt wahr.

Obwohl bulimisches Verhalten schon seit der Antike bekannt ist, wurde die Bulimia nervosa als psychiatrisches Syndrom erst 1979 von Russel in der medizinischen Literatur vorgestellt und 1980 als eigene diagnostische Kategorie in das DSM-III (vgl. APA, 1980) aufgenommen. Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV in der Tabelle 2 dargestellt:

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Bulimia Nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD 10: F 50.2 Bulimia Nervosa	DSM-IV: F 307.51 Bulimia Nervosa
Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.	Wiederkehrende Heißhungeranfälle, gekennzeichnet durch beide folgende Merkmale: 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, die erheblich größer ist als sie die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2. Gefühl des Kontrollverlustes beim Essen
Versuch, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegen zu steuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei gleichzeitigem Diabetes kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung. Die Heißhungeranfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor
Krankhafte Furcht, dick zu werden; die	Figur und Körpergewicht haben einen über-

Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem oder altersgerechten Gewicht.	mäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia Nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.
	<p>Spezifizierung des Typs:</p> <p>»Purging1 Typ«: regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern.</p> <p>»Non-purging Typ«: ungeeignete kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.</p>

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2004, S. 18f

Die Prävalenz der Bulimia nervosa wurde in den letzten Jahrzehnten ausführlich anhand vieler Studien untersucht und tritt im Vergleich zur Anorexia nervosa häufiger auf. Die Punktprävalenzrate für Mädchen und Frauen in westlichen Industrienationen schwanken zwischen 0,9 und 4 % jeweils in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe, der verwendeten Methodik und den diagnostischen Kriterien. (vgl. APA, 1994). In den letzten zwanzig Jahren hat sie leicht zugenommen. In einer neueren epidemiologischen Studie für Deutschland konnte überraschenderweise nachgewiesen werden, dass die Punktprävalenz zwischen 1990 und 1997 von 2 % auf 1% sanken (vgl. Westenhöfer 2001, S. 477ff) Bulimia nervosa tritt wie auch die Anorexia nervosa vorwiegend bei Frauen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren auf, wobei auch Männer von der Essstörung betroffen sein können. Das Geschlechtsverhältnis Frauen : Männer beträgt 11 : 1. Bulimia nervosa findet sich

besonders in den Industrieländern, laut nordamerikanischen Publikationen in allen ethnischen Bevölkerungsgruppen wie auch in den verschiedenen europäischen Nationen (vgl. Kinzl et al. 1999, S. 287ff)

3.4 Binge Eating Disorder

Wie auch die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, zählt die Binge Eating Disorder zu den klinischen Essstörungen und soll sich einigen Autoren zufolge zur neuen Zivilisationskrankheit entwickeln. Der Begriff „Binge Eating“ stammt aus dem Amerikanischen und kann als „eine Fressgelage abhalten“ übersetzt werden. Das Leitsymptom der Binge Eating Disorder sind ebenso wie bei der Bulimia nervosa die auftretenden Fressanfälle, die typischerweise mit Kontrollverlust einhergehen. Im Gegensatz zur Bulimie wird die während der Fressattacke zu sich geführte Nahrung aber nicht durch kompensatorische Maßnahmen entgegengewirkt (vgl. bzga 2008). Während der Fressattacke werden unterschiedlich große Mengen an hochkalorischen Nahrungsmitteln schnell, oft wahllos durcheinander und ruhelos bis zu einem unangenehmen Völlegefühl verzehrt (vgl. Munsch 2003, S. 4). Allerdings wird durch verschiedene Autoren darauf hingewiesen, dass Bulimikerinnen im Unterschied zu Betroffenen mit Binge Eating Disorder während eines Fressanfalls mehr „verbotene“ Nahrungsmittel mit einem hohen Anteil an Kohlenhydraten und Einfachzuckern zu sich nehmen (vgl. Telch et al. 1992, S. 582ff) Die Fressanfälle werden im Gegensatz zur Bulimia nervosa von den Betroffenen weniger durch die Menge der konsumierten Nahrungsmittel definiert, sondern vielmehr durch das subjektive Gefühl des Kontrollverlusts und die mit dem Fressanfall verbundene negative Stimmung (vgl. Telch & Agras 1996, S. 271ff). Das Essverhalten von Betroffenen zeichnet sich zwischen den Fressanfällen durch ein Abwechseln von Hemmung und Enthemmung der Kontrolle aus. Vielfach schämen sich Betroffene bei den Anfällen gesehen zu werden und essen dadurch meist im Versteckten (vgl. Musch 2003, S. 4). Auf Grund der Fressanfälle und den damit verbundenen Kontrollverlust, empfinden Betroffene oft Ekelgefühle und Deprimiertheit gegenüber sich selbst und führen im Verlauf der Erkrankung zu einem erheblichen Leiden (vgl. APA, 1994).

Aufgrund der Aufnahme hochkalorischer Nahrung während der Fressanfälle steigt das Risiko der Übergewichtsentwicklung, da in der Regel keine kompensatorischen Maßnahmen erfolgen (vgl. Pudel & Westenhöfer 1998, S. 365ff). Mit einem durchschnittlichen BMI (BMI = Körpergewicht in kg / Größe in m²) von 30 befinden sich Betroffene häufig an der Grenze zu Adipositas. Umgekehrt betrachtet erfüllen ca. 10 % aller Übergewichtigen die Diagnosekriterien für eine Binge Eating Disorder (vgl. Bruce & Agras 1992, S.).

Das Krankheitsbild der Binge Eating Disorder wurde bereits 1959 in Fallberichten von Stunkard beschrieben, fanden jedoch danach keine weitere Beachtung mehr. Erst Anfang der 90er Jahre wurde das Phänomen der Fressanfälle ohne Gegenmaßnahmen erstmalig empirisch erforscht und unter dem Begriff Binge Eating Disorder eingeführt (vgl. Spitzer et al. 1992, S. 191ff). Im Vorfeld der Erarbeitung des DSM-IV wurde eine Task Force gegründet, die die Reliabilität dieser neuen diagnostischen Kategorie – Binge Eating Disorder – überprüfte. Im Anschluss an diese über mehrere Jahre andauernden Forschungsarbeiten (vgl. Spitzer et al. 1992, S. 191ff). wurde die Binge Eating Disorder als diagnostische Kategorie in die Forschungskriterien des DSM-IV-TR aufgenommen (vgl. APA, 1994). In der Tabelle 3 werden die Kriterien der neusten Auflage des DSM-IV-TR dargestellt. Im ICD-10 wird die Binge Eating Disorder unter F50.9, als nicht näher bezeichnete Essstörung, benannt.

Tabelle 3: Diagnosekriterien der Binge Eating Disorder nach DSM-IV-TR

DSM-IV-TR: Binge Eating Disorder
Wiederholte Episoden von Fressanfällen. Eine Episode von Fressanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert: <ol style="list-style-type: none"> (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden (2) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden

Symptome auf: <ul style="list-style-type: none"> (1) wesentlich schneller essen als normal, (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, (4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
Es besteht deutliches Leiden wegen der Fressanfälle.
Die Fressanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.
Die Fressanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. „Purging-Verhalten“, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Quelle: Munsch 2003, S. 19f

Die Punktprävalenzraten für die Binge Eating Disorder in der Allgemeinbevölkerung variieren sehr (vgl. Munsch 2003, S. 9). Grund dafür die unterschiedlichen Prävalenzraten ist die Abhängigkeit dessen, ob es sich um klinische Stichproben, d.h. Probanden, die im Rahmen therapeutischer Behandlungsprogramme rekrutiert wurden oder um nicht-klinische Stichproben, das heißt freiwillige, für die betreffende Studie rekrutierte Probanden, handelt. Für letztere liegen die Punktprävalenzen zwischen 0.7 und 4.6% (vgl. Spitzer et al.1992, S. 191). Die Vielzahl dieser epidemiologischen Studien zur Binge Eating Disorder stammt aus den USA. Aus Untersuchungen von Gøtestam und Agras (1995) ist eine Punktprävalenz von 1.5% und eine Lebenszeitprävalenz von 3.2% im europäischen Raum ermittelt worden. Im Vergleich zur Bulimia nervosa tritt die Binge Eating Disorder damit ungefähr doppelt so häufig auf. Bei Frauen ist das Störungsbild ca. 1,5mal häufiger als bei Männern. Neuere Studien konnten jedoch den beschriebenen Geschlechtsunterschied bezüglich der Häufigkeit nicht bestätigen (vgl. Tanofsky in Munsch 2003, S. 9). Wilson, Nonas und Rosenblum (1993) berichten jedoch über einen höheren Anteil an Frauen in klinischen Stichproben. Hier lassen sich auch insgesamt höhere Prävalenzraten finden. So liegt die Prävalenzrate bei

übergewichtigen Betroffenen, die an Kursen zur Gewichtsreduktion teilnehmen, in Abhängigkeit von der jeweiligen Untersuchung für Binge Eating Disorder bei 5.9% (vgl. Westenhöfer & Matzen 1997, S. 306)

3.5 Übergewicht und Adipositas

Die Begriffe Fettsucht, Fettleibigkeit, Übergewicht, Obesitas und Adipositas werden in Deutschland häufig synonym verwendet. Alle genannten Begriffe beschreiben einen Menschen, der „schwerer“ ist als andere (vgl. Wirth 1998, S. 3). Unter den Begriffen wird demnach eine Erhöhung des Körpergewichts verstanden, die durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils gekennzeichnet sind. Als Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation hat sich der Body Mass Index gegenüber dem früher verwendeten Broca-Index durchgesetzt (vgl. Wirth 1998, S. 3). Der BMI lässt sich leicht berechnen und korreliert stark mit der Körperfettmenge. Der BMI ist definiert als das Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (kg/m^2). Um Übergewicht und Adipositas abzugrenzen wird zumeist auf eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, im Folgenden WHO genannt, zurückgegriffen, die zwischen Untergewicht (unter 18,5), Normalgewicht (18,5 bis unter 25), Übergewicht (25 bis unter 30) sowie Adipositas Grad I (30 bis unter 35), Grad II (35 bis unter 40) und Grad III (40 und mehr) differenziert (vgl. WHO 1998, S. 15ff).

Abbildung 1: Klassifikation von Übergewicht und Adipositas nach der WHO

Kategorie	BMI (kg/m^2)	
Starkes Untergewicht	< 16,00	< 18,50 Untergewicht
Mäßiges	16,00 – 16,99	

Untergewicht		
Leichtes Untergewicht	17,00 – 18,49	
Normalgewicht	18,50 – 24,99	
Präadipositas	25,00 – 29,99	≥ 25 Übergewicht
Adipositas Grad I	30,00 – 34,99	≥ 30 Adipositas
Adipositas Grad II	35,00 – 39,99	
Adipositas Grad III	≥ 40,00	

Quelle: modifiziert nach WHO 2008

Neben dem Ausmaß des Übergewichts, das über den BMI ermittelt wird, bestimmt auch die Art der Fettverteilung das Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen. Eine zentrale bzw. bauchbetonte Fettverteilung ist charakteristisch für den androiden Typ („Apfelform“), die mit einem besonders hohen gesundheitlichen Risiko einhergeht, während bei einer peripheren bzw. hüftbetonten Fettverteilung vom gynoiden Typ („Birnenform“) das Risiko geringer ist (vgl. Robert Koch Institut 2003, S. 5ff) Ein einfaches Maß zur Beurteilung des Fettverteilungsmusters ist die waist-to-hip-ratio, im Folgenden WHR genannt (WHR = Quotient aus Taillenumfang und Hüftumfang). Ein erhöhtes Risiko und eine abdominale Adipositas besteht, wenn der WHR bei Frauen $>0,85$ und bei Männern $>1,00$ beträgt (vgl. Robert Koch Institut 2003, S. 12f)

Übergewicht und Adipositas gehören nicht zu den klinisch diagnostizierten Essstörungen. Obwohl sich die Folgen des Übergewichts und der Adipositas auch im psychischen Bereich liegen können, zählen Übergewicht und Adipositas selbst nicht zu den psychischen und psychiatrischen Krankheiten. In den internationalen diagnostischen Leitlinien DSM-IV wird Übergewicht und Adipositas nicht als eigenständige Krankheit aufgeführt und im ICD-10 im Kapitel V lediglich unter F 50.4 klassifiziert. Ansonsten wird Adipositas und sonstige Überernährung im ICD-10 unter dem Kapitel IV in den Punkten von E 65 bis E 68 kodiert (vgl. Deutsche

Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2004, S. 24) Folgende Tabelle soll einen Überblick über die Klassifikation von Adipositas nach dem ICD-10 und DSM-IV geben:

Tabelle 4: Klassifikationsysteme der Adipositas

ICD-10	DSM-IV
F 50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen: Übermäßiges Essen hat als Reaktion auf belastende Ereignisse (Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse) zu Übergewicht geführt.	Nicht aufgenommen, da nicht konsistent mit psychischen oder Verhaltenssyndromen verknüpft. Wenn psychische Faktoren bei der Ätiologie oder dem Verlauf bestehen: 316 Psychische Faktoren mit Einfluss auf den körperlichen Zustand.
F 48.9 nicht näher bezeichnete neurotische Störung zusammen mit einer Kodierung aus E66 der ICD-10, die den Typus des Übergewichts bezeichnet	
F 66.1 durch Medikamente bedingtes Übergewicht	
F 50.8 sonstige Essstörungen: Fasten bei Übergewicht, psychogener Appetitverlust, nicht organische Pica bei Erwachsenen.	
E 65 lokalisierte Adipositas (Fettpolster)	
E 66- Adipositas	
E 66.0 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	
E 66.1 Arzneimittelinduzierte Adipositas	
E 66.2 übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation (Pickwick-Syndrom)	
E 66.8 sonstige Adipositas (krankhafte Adipositas)	
E 66.9 nicht näher bezeichnete Adipositas (einfache Adipositas)	
E 67- sonstige Überernährung	
E 67.0 Hypervitaminose A	

E 67.1 Hyperkarotinämie	
E 67.2 Megavitamin-B6-Syndrom	
E 67.3 Hypervitaminose D	
E 67.8 sonstige nicht näher bezeichnete Überernährung	
E 68 Folgen der Überernährung	

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2004, S. 18f

Laut WHO stellen Adipositas und Übergewicht eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Die Prävalenz hat sich in den WHO Regionen seit den 80er Jahren verdreifacht. Die Entwicklung in einigen Teilen der Welt, einschließlich der Europäischen Region der WHO, ist dabei als besonders Besorgnis erregend zu betrachten. Obwohl die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen überall steigt, geht aus dem Weltgesundheitsbericht 2002 hervor, dass Europa mit einem durchschnittlichen BMI von knapp 26,5 mittlerweile einen der höchsten BMI-Werte unter den Regionen der WHO hat (vgl. WHO Europa 2005, S. 1). Aber besonders in Deutschland hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahrzehnten alarmierend zugenommen. Die MONICA-Studie („MONItoring trends and determinants in CARDiovascular disease“) der WHO 1985, 1988 und 1992 und Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bestätigen diesen Trend:

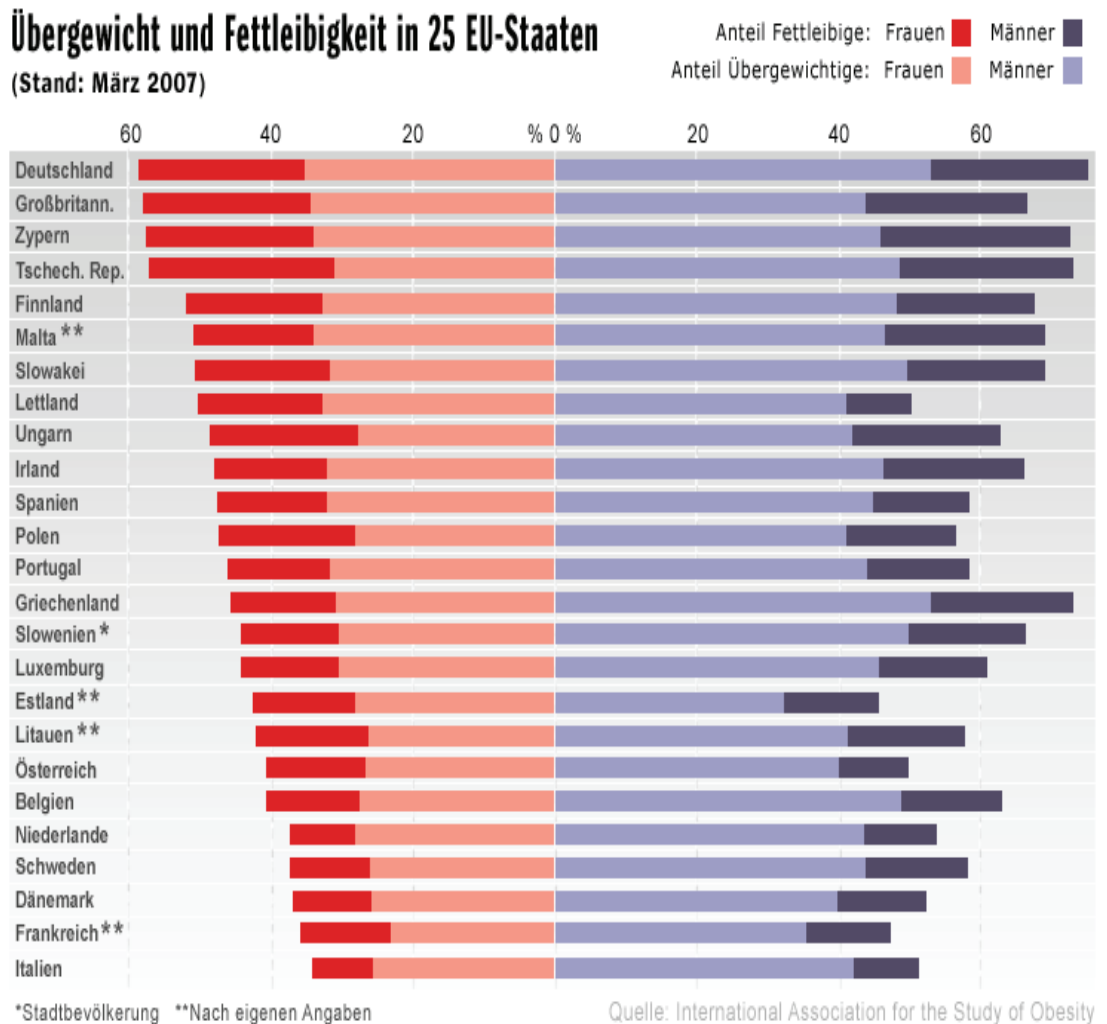
Abbildung 2: Prozentanteile der Übergewichtigen und Adipösen in Deutschland



Quelle: Bundesgesundheitsurvey 1998

Die Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998 veranschaulichen, dass knapp 50 % der Männer und fast ein 30 % der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren übergewichtig sind. Besonders zu beobachten ist der deutliche Anstieg von Übergewicht und Adipositas mit zunehmendem Alter (vgl. Robert Koch Institut 2003, S. 10f). Dass die Deutschen die dicksten Europäer sind, ging Anfang 2007 durch die Presse. Grundlage dieser Meldung waren Daten der International Association for the Study of Obesity (IASO) für 25 europäische Länder, einen Auszug zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 3 : Übergewicht und Adipositas in 25 EU Ländern



Quelle: International Association for the Study of Obesity in Spiegel Online 2007

Die Abbildung zeigt, dass die Deutschen beim Übergewicht mit beiden Geschlechtern Platz Eins der Europa-Rangliste belegen: 52,9 % der Männer und 35,6 % der Frauen gelten nach den Standards der WHO als übergewichtig. Weitere 22,5 % der Männer und 23,3 % der Frauen sind adipös. Werden beide Kategorien summiert, gelten 75,4 % der deutschen Männer und 58,9 % der deutschen Frauen als übergewichtig oder adipös und liegen damit an der Spitze der europäischen Länder. Dass diese Entwicklung äußerst bedenklich ist, zeigt die Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden, die mit zu hohem Körpergewicht in Verbindung gebracht werden.

4. Achtsamkeit

4.1 Was ist Achtsamkeit?

Der Begriff der Achtsamkeit wird im alltäglichen Gebrauch mit einem weiten Bedeutungsspektrum verwendet und kann somit als komplex und facettenreich charakterisiert werden. Das spiegelt sich in der Vielzahl an verschiedenen Definitionen wider, trotz dessen konnte bisher noch keine allgemeingültig akzeptierte Definition von Achtsamkeit festgelegt werden. Der Duden nennt einerseits die Bedeutung von Aufmerksamkeit und Wachheit sowie von Vorsicht und Sorgfalt andererseits (vgl. Duden, S. 91). Für Huppertz (2006) bedeutet Achtsamkeit das bewusste Wahrnehmen dessen, was gerade geschieht. Achtsam sein, bedeutet seines Erachtens nach, eine nicht-bewertende, akzeptierte Haltung einzunehmen und den sinnlichen Erfahrungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Huppertz, 2006) Achtsamkeit kann dementsprechend als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung verstanden werden. Nach Kabat-Zinn wird darunter die vollständige Aufmerksamkeit verstanden, die in vorurteilsfreier und akzeptierender Weise auf die Erfahrungen gerichtet ist, welche im gegenwärtigen Moment passieren (vgl. Kabat-Zinn, 1990) Jede dieser aufgeführten Definitionen fokussiert einen anderen Schwerpunkt. Jedoch knüpft die Definition von Kabat-Zinn am engsten an das buddhistische Verständnis der Achtsamkeit an. Achtsam zu sein bedeutet folglich einerseits, dass die Gedanken weder in der Vergangenheit noch in der Zukunft verharren, sondern in der aktuellen Gegenwart, im Hier und Jetzt und andererseits, dass die im Alltag erlebten Dinge nicht bewertet, sondern mit einer offenen Haltung angenommen werden. Ausgehend von den genannten Definitionen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Achtsamkeit grundsätzlich Gewahrsein oder aufmerksam sein im Hinblick auf die Erfahrung des gegenwärtigen Augenblickes. Nach Heidenreich und Michalak (2004) ist bei den meisten Menschen die Aufmerksamkeit häufig nicht auf den gegenwärtigen Augenblick gerichtet, sondern die geistigen Fähigkeiten werden eher dazu genutzt, in Erinnerungen zu versinken oder über die Zukunft zu grübeln. Dies passiert dabei in der Regel nicht gefühlsmäßig neutral, sondern wird durch die aktuelle Stimmung beeinflusst.

Während die Gedanken in die Vergangenheit oder Zukunft abschweifen, wird der gegenwärtige Moment nur noch halb bewusst wahrgenommen und Körper und Geist sind nicht in Übereinstimmung miteinander (vgl. Heidenreich & Michalak, 2004). Achtsamkeit bedeutet dementsprechend, sich dem zuzuwenden, was im Augenblick passiert, und somit Körper und Geist in Übereinstimmung miteinander zu bringen.

Das Prinzip der Achtsamkeit nimmt in vielen spirituellen Lehren einen zentralen Platz ein (vgl. Buchheld & Wallach 2004, S. 25f). Die Wurzeln der Achtsamkeit liegen in der buddhistischen und in anderen meditativen Traditionen, in denen bewusst Aufmerksamkeit kultiviert wird und nimmt somit einen Kernpunkt dieser ein (vgl. Brown & Ryan, 2003). Die Mehrzahl dieser Traditionen legt Achtsamkeit als Basis für höhere philosophische Betrachtungen nieder, die dann zu Erkenntnis und einem besseren, mitunter höherem Verständnis der Wirklichkeit führen.

4.2 Achtsamkeit im Buddhismus

Die buddhistische Philosophie basiert auf der Lehre des Inders Siddharta Gautama, welcher in der allgemein angenommenen Zeitspanne von 560-480 v. Chr., nach neueren Berechnungen von 450 bis 370 v. Chr., lebte. Er ging unter dem Sanskrit-Ehrentitel Buddha („zur Höchsten Wahrheit Erwachter“) in die Weltgeschichte ein (vgl. Gruber, 2002). Die heutigen buddhistischen Meditationstraditionen unterscheiden sich jedoch, trotz ihres gemeinsamen Ursprungs, hinsichtlich des Verständnisses der Achtsamkeit, der Art und Weise, wie diese praktiziert wird, und welchen Stellenwert sie im jeweiligen Lehrsystem innehat. (vgl. Gruber, 2001).

Heute werden im Buddhismus drei Hauptrichtungen unterschieden: Hinayana („Kleines Fahrzeug“), aus dessen Tradition heute nur noch die Form des Theravada („Lehre der Ordensälteren“) existiert, Mahayana („Großes Fahrzeug“) und Vajrayana („Diamantfahrzeug“). Der Theravada bezieht sich in seiner Lehre auf den Pali-Kanon, die älteste und vollständig überlieferte Sammlung der Reden des Buddha und ist heute überwiegend in Südostasien und auf Sri Lanka vertreten (vgl. Gruber, 2001). In den westlichen Gebieten zählt er neben dem Zen und dem Tibetischen

Buddhismus, welche Richtungen des Mahayana darstellen, zu den drei Haupttraditionen.

In seiner ersten Lehrrede verkündete der Buddha die Vier Edlen Wahrheiten. Sie bilden den Kern und die Grundlage von Buddhas Lehren (vgl. Gruber, 2002). Sie erklären Grundlage, Weg und Ziel und sind in allen Ebenen seiner Belehrungen zu finden. Mit seiner Erleuchtung verwirklichte Buddha die Einsicht in die relative und die absolute Wahrheit aller Erscheinungen. Er sah, wie sich auf relativer Ebene Glück und Leid im Leben der Wesen abwechseln. Obwohl alle nach dauerhafter Erfüllung suchen, gelingt es doch keinem, diese zu erlangen. Gleichzeitig sah er aus absoluter Sicht, wie allen Wesen der Zustand des Buddha als zeitloser Ausdruck des eigenen Geistes innewohnt. Aus Unwissenheit erleben die Wesen Leid, obwohl die Natur ihres Geistes zeitlose höchste Freude ist. In den folgenden Erklärungen spannte er den Bogen von der Darstellung der Begrenztheit allgemeiner Erfahrung bis hin zu Befreiung und Erleuchtung. Seine Aussagen sind daher als erfahrbare Realitäten zu betrachten, und weniger als spekulative, metaphysische Theorien zu verstehen (vgl. Buchheld & Wallach 2004, 25ff).

Die Erste Edle Wahrheit will nicht feststellen, dass die Summe des Leidens die der Freuden überwiegt, sondern dass alles Leben wegen seiner Unbeständigkeit grundsätzlich Leiden ist. Der Grund, warum bestimmte Lebensaspekte wie Tod oder Krankheit offensichtlich leidvoll sind, liegt nicht an den Phänomenen selbst, sondern an der Konstitution des menschlichen Geistes, welches in der Zweiten Edlen Wahrheit näher ausgeführt wird (vgl. Gruber, 2001). Demnach nennt die Zweite Edle Wahrheit als Ursache des Leidens das Verlangen und die Gier, und zwar in dreifacher Gestalt: als „Verlangen nach Sinneseindrücken und –erfahrungen“, „Verlangen etwas zu sein“ und „Verlangen etwas nicht zu sein“ (vgl. Gruber, 2001). Einen konkreten Weg sich aus solch einem leidvollen Dasein zu befreien, benennt er in der Dritten und Vierten Edlen Wahrheit. In der Dritten Edlen Wahrheit legte der Buddha dar, dass Leiden durch die Beendigung der Ursachen überwunden werden kann. Diese Beendigung entsteht jedoch nicht von allein, sondern durch bestimmte Ursachen; sie kann nur durch die Anwendung geeigneter Gegenmittel erreicht

werden. Diese Gegenmittel lehrte der Buddha in der Vierten Edlen Wahrheit. Der Edle Achtfache Pfad gliedert sich in drei Komponenten:

- 1) ethisches Verhalten: rechte Rede, rechtes Handeln und rechter Lebenserwerb;
- 2) Konzentration: rechte Anstrengung, rechte Achtsamkeit, rechte Konzentration und
- 3) Weisheit/Einsicht: rechte Gedanken und rechtes Verstehen.

Am Ende des Erlösungsweges steht die letztendliche Realität, das Nirvana – das vollkommene Erlöschen des Leidens und dessen Ursachen (vgl. Hart, 2001).

Im Buddhismus nimmt die Achtsamkeit einen zentralen Stellenwert ein. Achtsam zu sein bedeutet in dieser Tradition, sich ganz der Gegenwart hingeben und sich seiner Gefühle, Gedanken und Handlungen in jedem Augenblick voll bewusst zu sein. Es wird auch als die reine urteilsfreie Wahrnehmung des gegenwärtigen Momentes beschrieben (vgl. Schumann, 2000).

Achtsamkeit wird im Theravada und Mahayana, den beiden verbreitetsten buddhistischen Traditionen, als Grundlage des Edlen Achtfachen Pfades verstanden, welcher zu einem besseren Verständnis der Wirklichkeit und zur vollkommenen Erlösung aus dem Leidensweg führen soll (vgl. Mipham Rinpoche, 2000). Die Entwicklung von Achtsamkeit durch Achtsamkeitsmeditation wird hier als ein schrittweiser Prozess verstanden, in dem es zunächst darum geht einen klaren, unverfälschten Blick auf das eigene Handeln und die eigenen Befindlichkeiten zu erwerben. Geschieht dies, übt sich der Meditierende darin seine Gedanken und Emotionen vorurteilsfrei und nicht wertend wahrzunehmen. Nach der buddhistischen Sichtweise kommt es durch diese Art der Meditation zu einer schrittweisen Beruhigung eines sich ständig wiederholenden Gedankenkreislaufes bis hin zur völligen Stille, welche als das friedvolle Verweilen im Hier und Jetzt beschrieben wird. Dieses friedvolle Verweilen stellt die Voraussetzung für höhere

philosophische Betrachtungen dar, welche nach der buddhistischen Sichtweise zur Erkenntnis der Wirklichkeit führt (vgl. Mipham Rinpoche, 2000).

4.3 Achtsamkeitsmeditation und -techniken

Wie für den Begriff der Achtsamkeit, herrscht auch für den Begriff Meditation keine anerkannte allgemeingültige Definition. Meditation stammt vom lateinischen Wort „meditatio“ ab, was übersetzt „das Nachdenken“ bedeutet (vgl. Duden 2007, S. 468). Sie kann sowohl eine Methode als auch einen Zustand beschrieben werden. Praktisch angewandt kann die Meditation als Bewegungsablauf des Körpers, zum Beispiel beim Tai Chi Chuan, aber auch ohne körperliche Bewegung stattfinden. Die Motivation und Zielsetzung können sehr unterschiedlich sein und umfassen dabei ein breites Spektrum. Meditation ist wie bereits ausführlich geschildert ursprünglicher Bestandteil verschiedener kontemplativer Traditionen, wird aber heute auch als medizinische und gesundheitsfördernde Methode angewandt.

Die bereits vor ca. 2500 Jahren verfasste buddhistische Lehrrede des Buddha, bietet im Pali-Kanon eine genaue Beschreibung unterschiedlicher Meditationstechniken, die auf dem grundlegenden Element der Achtsamkeit basieren. Diese beinhalten die achtsame, wertfreie Betrachtung folgender unterschiedlicher Bereiche:

- 1) Körper,
- 2) Empfindungen,
- 3) Geist,
- 4) Geistesobjekte,

die in ihrem Zusammenspiel, aus buddhistischer Sichtweise, die empirische Persönlichkeit ausmachen (vgl. Govinda, 1980). Aus der Lehrrede geht auch hervor, dass alle Meditationsformen unter die Begriffe Shamatha und Vipashyana unterteilt werden können (vgl. Mipham Rinpoche, 2000). Die Achtsamkeitsübungen, die ein bestimmtes Thema fokussieren und Zweck verfolgen, die betrachtete Sache zu verstehen und dadurch Einsicht zu erlangen, gehören zur Gruppe der Klarblick- oder

Einsichtsmeditation (Vipashyana). Das Ziel der Beruhigungs- oder Sammlungsmeditation (Shamatha) ist es, Gelassenheit und Ruhe in sich entwickeln zu lassen und sind von den Einsichtsmeditationen zu unterscheiden (vgl. Schumann, 2000).

Neben den zwei Formen buddhistischer Meditation spielt in der heutigen Zeit die Achtsamkeitsmeditation im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich eine entscheidende Rolle. Bei dieser Form der Meditation wird in erster Linie die Atmung fokussiert. Sie wird Praktisch umgesetzt, wird der Meditierende dazu angeregt, die Impressionen, die durch seine Atmung verursacht werden, achtsam und nicht wertend zu betrachten. Während er sich auf seine Atmung konzentriert und seine Empfindungen auf sich einwirken lässt, erscheinen dabei unvermeidlich Körperempfindungen, Gedanken, Ängste usw.. Obwohl sie die Aufmerksamkeit vom Meditationsobjekt ablenken, sollen sie objektiv wahrgenommen und akzeptiert, dann jedoch wieder allmählich auf die Atmung gelenkt werden. Praktiziert der Meditierende diese Form der Meditation regelmäßig, verfeinert sich die Fähigkeit zur achtsamen Betrachtung der erscheinenden Phänomene. Dabei breitet sich der Achtsamkeitsfokus zunächst innerhalb des Körperbereiches aus und richtet sich dann auf die anderen drei Bereiche (Empfindungen, Geist, Geistesobjekte). Vorrangiges Ziel der Meditation ist eine durch praktische Anwendung erreichte höhere Qualität des Bewusstseins in den Alltag zu integrieren. Achtsamkeit sollte dabei aber nicht nur eine Eigenschaft zeitlich umschriebener Meditationszustände sein (vgl. Bohus & Huppertz 2006, S. 265ff)

4.4 Achtsamkeit in Medizin und Psychotherapie

Die auf dem Konzept der Achtsamkeit aufbauenden therapeutischen Programme entstanden in den letzten zwei Jahrzehnten in den USA und wurden zur Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen, Depressionen und Borderlineerkrankung entwickelt. In diesem Zusammenhang wurde schnell festgestellt, dass Achtsamkeit und die praktische Umsetzung in die Achtsamkeitsmeditation, den Verlauf von physischen und psychischen Krankheiten positiv beeinflussen kann. Die positive

Auswirkung auf Körper, Geist und Seele durch Achtsamkeitsmeditation wurde bereits vor vielen Jahrhunderten in den buddhistischen Schriften dokumentiert. Mit Hilfe der Achtsamkeitsmeditation werden nach Kabat-Zinn (1998), in enger Anlehnung an die buddhistische Tradition, verschieden Ziele verfolgt. Einerseits bietet sie die Möglichkeit den Kontakt mit sich selber aufzunehmen und mit sich selber und seiner Umwelt in Harmonie zu leben. Andererseits lässt sie aber auch Raum für existenzielle Fragen. Im Unterschied zur Achtsamkeit hat die Unachtsamkeit ihre Wurzeln in der Vergangenheit. Nach Burpee und Langer (2005, S.) tritt Unachtsamkeit dann ein, wenn jemand intensiv in seinen Verhaltensmustern verstrickt und ihnen deshalb ausgesetzt ist. Durch regelmäßiges Praktizieren der Achtsamkeitsmeditation kann das Durchbrechen der Verhaltensmuster erlernt werden. Laut Beck (1979) ermöglicht eine erhöhte Achtsamkeit auf die eigenen kognitiven Prozesse und Emotionen, mögliche dysfunktionale und verzerrte Kognitionen wahrzunehmen und bestenfalls zu korrigieren.

Die Zahl der Forschungsarbeiten zu Achtsamkeit und deren klinische Anwendung stiegen in den vergangenen Jahren. Das vermehrte Interesse an dem Konzept der Achtsamkeit liegt nach Kabat-Zinn (2003) darin begründet, dass durch vermehrte und intensive Forschung sowohl neue Therapieansätze für die Behandlung physischer und psychischer Erkrankungen als auch neue Erkenntnisse über die Interaktion von Geist und Körper gewonnen werden können. Besonders im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie entstanden verschiedene Behandlungsansätze, die Konzepte und Techniken aus der Achtsamkeitsmeditation mit einschließen (vgl. Heidenreich & Michalak 2004, S. 265)

Germer (2005) nimmt dabei eine Unterscheidung in achtsamkeitsorientierte Vorgehensweisen sowie achtsamkeitsinformierte und achtsamkeitsbasierte Ansätze vor. Achtsamkeitsorientierte Therapeuten, die durch die ihrerseits praktische Umsetzung der Achtsamkeitsmeditation das Ziel verfolgen, eine achtsamere Haltung in die Therapie einfließen zu lassen, ohne den Patienten dabei Meditationsübungen zu vermitteln. Achtsamkeit ist bei den achtsamkeitsinformierten Behandlungsverfahren eines neben mehreren Elementen der Intervention. Im

Gegensatz dazu, stützen sich achtsamkeitsbasierte Ansätze in umfangreichem Maße auf das Konstrukt der Achtsamkeit und die praktische Umsetzung. Achtsamkeitsbasierte Ansätze stellen das Mindfulness-Based Stress Reduktion Programm von Kabat-Zinn (1990), die Mindfulness-Based Cognitive Therapy nach Segal et al. (2000), die Acceptance and Commitment Therapy von Marlatt und Gordon (1985) und die Dialektisch Behaviorale Therapie von Linehan (1993) dar. An dieser Stelle sollen diese Ansätze kurz vorgestellt werden. Eine geeignete Übersicht über achtsamkeitsbasierte Behandlungsstrategien und deren Wirksamkeit veranschaulicht der Review von Bear (2003).

Das Mindfulness-Based Stress Reduktion (MBSR) Programm wurde 1979 von Jon Kabat-Zinn ursprünglich für Patienten mit chronischen Schmerzen entwickelt. Mittlerweile wird dieses achtwöchige Programm bei Patienten mit unterschiedlichen körperlichen und psychischen Beschwerden eingesetzt. Das Programm fokussiert eine nachhaltige Besserung von psychischen und physischen Symptomen, eine verbesserte Fähigkeit sich zu entspannen, eine Reduktion von Schmerzen und einen besseren Umgang mit ihnen und bessere Bewältigungsstrategien in stressigen Situationen (vgl. Kabat-Zinn, 1990).

Im Jahre 1995 entwickelten Williams, Segal und Teasdale die Mindfulness-Based Cognitive Therapy zur Rückfallprophylaxe für Patienten, die depressive Ereignisse erlebt haben und basiert auf der MBSR (vgl. Segal et al., 1995).

Die Acceptance and Commitment Therapy entstand 1985 durch die Arbeit von Marlatt und Gordon zur Rückfallprophylaxe von Drogenabhängigkeit (vgl. Marlatt & Gordon, 1985)

Durch die Arbeit von Linehan, entstand 1993 die Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung von chronisch selbstmordgefährdeten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Linehan, 1993)

4.5 Achtsamkeit und Gesundheit

Unterschiedliche Studien unterstreichen die positive Auswirkung von Achtsamkeitsmeditation auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Achtsamkeitsmeditation ist aber besonders im Hinblick auf Stress und Burnout eine effektive Methode um mit Stress umgehen zu lernen und Symptome, sowohl von Stress als auch von Bournout, zu verringern. Aber auch emotionales Wohlbefinden und Steigerung des Selbstwertgefühls werden erheblich mit Achtsamkeit in Verbindung gesetzt. Anhand der Validierung von Achtsamkeitsfragebögen in verschiedenen Studien konnten Zusammenhängen zwischen Achtsamkeit und diversen Indikatoren der Gesundheit zusammengestellt und untersucht werden.

In einer Untersuchung mit 84 in einem Gesundheitsberuf tätigen Menschen von Galatino et al. (2005) konnte nachgewiesen werden, dass sich durch ein achtwöchiges Achtsamkeitstraining Burnout-Symptome erheblich verringern lassen. Die Intervention beinhaltete intensive Achtsamkeitsmeditationsübungen basierend auf dem MBSR-Programm von Kabat-Zinn. Im Fokus der Untersuchung stand hierbei der Cortisolspiegel im Speichel der Probanden. Anhand der Untersuchung konnte zwar kein signifikanter Unterschied des Cortisolspiegels vor und nach der Intervention gemessen werden, jedoch erfolgte eine signifikante Reduzierung verschiedener emotionaler Belastungssymptome.

Durch eine ebenfalls auf der MBSR basierenden achtwöchigen Achtsamkeitsinterventionsstudie von Chang et al. (2004) konnte sowohl das subjektiv empfundene Stresslevel bedeutend reduziert als auch die Selbstwirksamkeit im Umgang mit Stress und das subjektive Wohlbefinden signifikant gesteigert werden. Die Studie wurde an 43 Probanden aus der Allgemeinbevölkerung durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung in den drei erstgenannten Operationalisierungsinstrumenten. Das subjektive Schmerzempfinden konnte nicht signifikant verringert werden.

In einer randomisierten Studie mit einer Kontrollgruppe von 91 an Fibromyalgie erkrankten Frauen, die von Sephton et al. durchgeführt wurde, ließen sich anhand von Achtsamkeitsübungen Depressionen reduzieren, das subjektive Schmerzempfinden und die Schlafqualität verbesserte sich. Diese Studie zeigt, dass die Achtsamkeitsübungen bei Fibromyalgie effizienter war als die übliche Therapie mit Antidepressiva, anderen Medikamenten und psychologischer Betreuung

Brown und Ryan legen in einer Studie dar, dass emotionales Wohlbefinden, Umgang mit Emotionen und Selbstwertgefühl ebenfalls mit Achtsamkeit moderat bis stark in Verbindung gesetzt werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Achtsamkeit einerseits positiv mit positiven Affekt und mit Selbstgefühl andererseits negativ mit dem negativen Affekt korreliert. Außerdem korrelierte die sich selbst zugeschriebene Kompetenz im Umgang mit der Umwelt mittelstark bis stark mit Achtsamkeit. (vgl. Brown & Ryan, 2003) Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie zeigt eine schwach bis starke Korrelation bezogen auf den Zusammenhang von Achtsamkeit mit Aufmerksamkeit und Klarheit von Gefühlen und mit der Fähigkeit, eigene Emotionen gezielt zu beeinflussen (vgl. Brown & Ryan, 2003).

Zusammenhänge zwischen strukturellen Eigenschaften des Gehirns und der Erfahrung mit Einsichtsmeditation untersuchte Lazar in einer Studie. Die Probanden wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Die erste Probandengruppe bestand aus Personen, die bereits über extensive Meditationserfahrung verfügten. Sie zeigten im Durchschnitt verglichen mit der nicht meditierenden Kontrollgruppe stärker entwickelte Hirnregionen, die laut Lazar mit Aufmerksamkeit, Körperempfinden und sensorischer Verarbeitung assoziiert wird. Dieses Ergebnis zieht die Eventualität in Betracht, dass Meditationsübungen durch Mechanismen der Neuroplastizität zu strukturellen Veränderungen im Gehirn beitragen. Es kann angenommen werden, dass Achtsamkeitsmeditationsübungen effektiv zu strukturellen Veränderungen neuronaler Netzwerke beitragen.

Obwohl im Bereich des Ernährungsverhaltens nur eine Studie von Kristeller et al (1999), die im folgenden Kapitel detailliert veranschaulicht werden soll, existiert,

taucht vermindertes Gewicht als „Nebenwirkung“ in zwei weiteren Studien auf, die sich nicht explizit mit Achtsamkeit als Unterstützung bei der Gewichtsreduktion beschäftigen. So nennen Roth und Creaser (1997, S. 164) „weight loss“ als eine der von ihnen beobachteten Änderung in einer Gruppe von 79 Teilnehmern eines Gesundheitszentrums in einem sozial ökonomisch benachteiligten Stadtteil (vgl. Altner 2006, S. 125). In der von Altner durchgeführten Studie zu Achtsamkeit als Unterstützung bei der Raucherentwöhnung wurde auch das Körpergewicht der Probanden gemessen, da die Gewichtszunahme eine häufige und gefürchtete Begleiterscheinung bei der Nikotinentwöhnung darstellt. Im Untersuchungszeitraum von sechs Monaten stieg das Körpergewicht Teilnehmer in der Achtsamkeitsgruppe um durchschnittlich 1,72 kg und in der Kontrollgruppe um 2,38 kg. Diese Tendenz lässt vermuten, dass die Teilnehmer der Achtsamkeitsgruppe im Umgewöhnungsprozess besser in der Lage waren, ein positives Ess- und Bewegungsverhalten zu entwickeln (vgl. Altner 2006, S. 125).

In anderen Studien und Untersuchungen konnten weitere positive Auswirkungen von Achtsamkeitsmeditationsübungen auf eine Vielzahl von psychischen und physischen Erkrankungen dargestellt werden.

5. achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Essstörungen

5.1 Überblick

Die Vielzahl der wissenschaftlich erforschten Behandlungsstrategien bei Essstörungen basieren auf kognitiven Verhaltensverfahren und fokussieren größtenteils die Bulimia nervosa und die Binge Eating Disorder. Die Behandlung von Anorexia nervosa anhand von achtsamkeitsbasierten Interventionen findet im Vergleich zu den anderen Essstörungen wenig Beachtung. Bei Bulimia nervosa empfiehlt die gängige Fachliteratur die Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie. Sie konnte bei 50 % der Patienten die so genannten „Fressanfälle“ und die danach angewandten Gegenmaßnahmen, z.B. das Erbrechen der zugeführten Nahrung, eliminieren und bei vielen anderen zumindest reduzieren. Auch im Bereich der Binge Eating Disorder erhält sowohl die Kognitive Verhaltenstherapie als auch Interpersonelle Therapie empirische Unterstützung. Die Interpersonelle Verhaltenstherapie kann außerdem auch bei Patienten mit Bulimia nervosa angewandt werden. Aus noch unbekanntem Gründen zeigten viele Patienten noch nicht den gewünschten Behandlungserfolg auf die bisherigen Strategien, was im Umkehrschluss die Erarbeitung und Entwicklung noch effektiverer Interventionen zur Folge haben muss. Wilson (1996) weist daraufhin, dass akzeptanz-basierte Methoden zur Behandlung von Essstörungen mehr Aufmerksamkeit genießen und verschiedene Interventionen, die sowohl achtsamkeitsbasierte Übungen als auch akzeptanzbezogene Verfahren beinhalten, bereits eingeführt worden sind. So wurde zum Beispiel die Dialectical Behavior Therapy für Patienten mit Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder, die Mindfulness-Based Cognitive Therapy für Patienten mit Binge Eating Disorder und die Akzeptanz und Kommitment Therapie für Patienten mit Anorexia nervosa angepasst. Außerdem findet ein neues Programm, welches explizit für Patienten mit Binge Eating Disorder entwickelt worden ist, in der Behandlung von Essstörung aber auch im Bereich der Adipositas Aufmerksamkeit. Bei dieser neuen Intervention handelt es sich um das Mindfulness-Based Eating Awareness Training, im Folgenden MB-EAT genannt, von Kristeller et al. (1999). Auch wenn dieses Programm für Patienten mit einer Essstörung, jedoch

zu Übergewicht und Adipositas neigend, entwickelt wurde, erfolgt die Beschreibung und Analyse, im Gegensatz zu den anderen Programmen, erst im nächsten Kapitel.

5.2 Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Die Mindfulness-Based Cognitive Therapy, im Folgenden MBCT genannt, wurde von Segal, Williams und Teasdale (vgl. Teasdale et al., 1995) entwickelt, um die Rückfallwahrscheinlichkeit von Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen zu senken. Der Hintergrund für diese Bemühungen waren Hinweise, dass Patienten trotz erfolgreicher pharmakologischer und/oder psychologischer Behandlung einer depressiven Episode ein hohes Rückfallrisiko haben (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 269). In ihrem Versuch, eine wirksame kognitiv-behaviorale Intervention zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Patienten mit depressiven Störungen zu entwickeln, beschäftigten sich Segal, Williams und Teasdale intensiv mit achtsamkeitsbasierten Interventionsstrategien. Hintergrund waren theoretische Analysen (vgl. Teasdale et al. 1995, S. 25ff) zu möglichen Mechanismen depressiver Rückfälle. Als wesentliches Ziel der MBCT formulieren Segal et al. (2002, S. 75) in Übereinstimmung mit Kabat-Zinn (1990):

„Die zentrale Fertigkeit, die das MBCT-Programm vermitteln möchte, ist die Fähigkeit, bei drohendem Rückfall Geisteszustände zu erkennen und loszulassen, die durch selbstaufrechterhaltende Muster grüblerischer negativer Gedanken gekennzeichnet sind“ (Übers.: T.H. & J.M.) (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 267)

Die MBCT umfasst einen Zeitraum von acht Wochen mit je einer Gruppensitzung pro Woche und basiert auf dem Mindfulness-Stress Reduction Programm. Sie beinhaltet zum größten Teil dieselben Achtsamkeitsübungen wie bei der MBSR. Die Achtsamkeitsübungen sollen beim Patienten eine beobachtende Haltung und Akzeptanz gegenüber körperlichen Empfindungen und Emotionen induzieren. Die Patienten sollen lernen, diese Ereignisse mit einer interessierten und offenen Haltung wahrzunehmen und sie so zu akzeptieren wie sie sind, ohne zu versuchen sie zu

verändern oder ihnen zu entkommen. Daneben beinhaltet die MBCT auch klassische Elemente aus der Verhaltenstherapie. Teilnehmer werden in diesem Zusammenhang dazu angeregt, ihre Gedanken als vorübergehende mentale Geschehnisse wahrzunehmen und nicht als Aspekte von ihnen selber oder als wichtige Reflektionen der Wirklichkeit.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie, so berichten Teasdale et al. (2000), konnte gezeigt werden, dass depressiven Patienten, die bereits drei oder mehr Episoden erlebt hatten, nach einer MBCT Intervention eine signifikant kleinere Rückfallrate sowie eine Reduktion des für Depressive typischen übergenerellen autobiographischen Gedächtnis zeigten. Teasdale et al. nehmen an, dass Achtsamkeit bei diesem Training auf verschiedenen Ebenen zur Symptomreduktion bei den Patienten führt. Zum Einen soll das Beobachten und Sich-Aussetzen der eigenen nicht gewollten Gedanken und Emotionen zur Reduktion der emotionalen Aktivität und zur Verminderung von Flucht- und Vermeidungsverhalten führen. Zum Anderen soll das Achtsamkeitstraining eine veränderte innere Haltung gegenüber der eigenen Gedankenwelt bewirken. Die Gedanken werden nur als Gedanken wahrgenommen, unabhängig davon wie viele es sind und wie wichtig sie im Augenblick erscheinen mögen. Schließlich wird angenommen, dass Achtsamkeit die Selbstwahrnehmungsfähigkeit erhöht, so dass sich die Sensitivität gegenüber den eigenen körperlichen und geistigen Bedürfnissen erhöht (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 270).

Aber nicht nur im Bereich der Verhaltenstherapie von Depression konnte die MBCT erfolgreich eingesetzt werden, eine neue Anpassung der MBCT für Patienten mit Binge Eating Disorder von Bear, Fischer und Huss zeigte erstaunliche Wirksamkeit. Obwohl die MBCT speziell für Patienten mit depressiven Episoden entwickelt worden ist, sind die in der Therapie beinhalteten Strategien nicht nur explizit für die Behandlung von Depression anwendbar. Die Überarbeitung und Anpassung für Patienten mit Binge Eating Disorder hält sehr an dem MBCT Manuel von Segal et al. fest. Es wurden nur einige wenige Veränderungen vorgenommen, wie zum Beispiel die Anzahl der Sitzungen. Sie erhöhte sich von acht auf zehn. Auch das Material für

Depression wurde durch Informationen über Binge Eating Disorder ausgetauscht. Bear et al. notieren, dass mehrere erst kürzlich erschienene theoretische Schriften über Binge Eating Disorder darauf hinweisen, dass achtsame Fertigkeiten möglicherweise bei der Behandlung dieses Problems hilfreich sein könnten. Zum Beispiel argumentieren Heaherton und Baumeister (1991), dass Binge Eating Disorder sich aus dem Verlangen nach dem Entfliehen des Sich-Selbst-Bewusstseins heraus begründet. Sich selbst unter starken Druck setzen und den eigenen persönlichen Maßstab sehr hoch stecken, kann zu negativen Gedanken und unbehaglichen Emotionen führen, wenn diese nicht erfüllt werden. Dieser in diesem Moment entstandene interne aversive Zustand ruft ein beschränktes Maß an Aufmerksamkeit hervor und reduziert die Hemmschwelle gegenüber dem Essen. Lowe (1993) and Craighead and Allen (1995) beobachteten, dass Patienten, die oft zu „Fressanfällen“ neigen, meist eine lange Diätenvergangenheit hinter sich haben, die das Sättigungs- und Hungergefühl beeinträchtigen können. Die MBCT beinhaltet eine Vielzahl von unterschiedlichen achtsamen Übungen, die zur Kultivierung einer nicht-wertenden und nicht-reagierenden Haltung und Akzeptanz der eigenen körperlichen Empfindungen, Wahrnehmung, Kognitionen und Emotionen führen. Folglich sollte sich bei partizipierende Patienten eine Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Hunger- und Sättigungsgefühls, die Bereitschaft sich den negativen Vorlieben, die zu den „Fressanfällen“ führen, zu stellen und eine Verbesserung der Fähigkeit stressigen Situationen mit neuen Verhaltensweisen zu entgegnen, entwickelt haben (vgl. Kristeller et al. 2006 in Bear 2006, S. 7f)

5.3 Dialectical Behavior Therapy

Im Gegensatz zur MBCT, die Achtsamkeitsprinzipien ins Zentrum der Behandlung stellt, stehen in der Dialectical Behavior Therapy, im Folgenden DBT genannt, nach Linehan (1993) achtsamkeitsbasierte Aspekte neben anderen Behandlungselementen. Besonders interessant an diesem Ansatz ist, dass achtsamkeitsbasierte Aspekte auch in der Behandlung akut schwer gestörter Borderlinepatienten eingesetzt werden (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 270) Der Name dieser Therapie weist auf die

zentrale Rolle einer dialektischen Weltansicht innerhalb der Theorie. Die dialektische Weltansicht beinhaltet dabei drei Prinzipien: Das Prinzip

- (1) der wechselseitigen Beziehung und Ganzheit
- (2) der Polarität (These und Antithese) und
- (3) des kontinuierlichen Wandels (vgl. Linehan 1993, S.73ff)

Die DBT beinhaltet viele therapeutische Verfahren aus dem Repertoire der kognitiven Verhaltenstherapie und Achtsamkeit. Achtsamkeit wird dabei als ein eigener Baustein im Rahmen des Fertigkeitentrainings gelehrt. Das Prinzip ist aber nicht nur auf dieses Modul beschränkt, sondern stellt ein wesentliches Element des gesamten Therapiekonzeptes dar (vgl. Lammers & Stiglmayr 2004, S. 247ff). Es wird als eine zentrale Fähigkeit angesehen, die notwendig ist um andere Fertigkeiten, wie den bewussten Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und zwischenmenschlichen Umgang zu erlernen (vgl. Lammers & Stiglmayr 2004, S. 247ff). Linehan differenziert konzeptuell in ihrer Therapie zwischen zwei Arten von Achtsamkeitsfertigkeiten: die drei Was-Fertigkeiten (wahrnehmen, beschreiben und teilnehmen), die sich auf das beziehen, was getan werden muss, um den Achtsamkeitszustand zu erreichen, und drei Wie-Fertigkeiten (nicht-wertend, konzentriert und wirkungsvoll), die die Art und Weise beschreiben, wie diese Tätigkeiten ausgeführt werden (vgl. Lammers & Stiglmayr 2004, S. 247ff). Die therapeutische Funktion der Achtsamkeit innerhalb dieses Ansatzes zeigt sich vor allem in Bezug auf die Entwicklung von Akzeptanz und Validierung des momentanen Verhaltens und eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Veränderung und Annehmen. Sie soll einen bewussten Umgang mit Gefühlen, Achtsamkeit für positive Erfahrungen und eine wertfreie Haltung gegenüber eigenen Wünschen und anderen Menschen fördern.

Obwohl eine Reihe von positiven empirischen Befunden zum Einsatz der DBT bei Borderlinestörungen vorliegt (vgl. Koerner und Dimeff 2000, S. 104ff), ist es auf Grund der Komplexität der Behandlung nach Heidenreich und Michalak nicht möglich, den Beitrag der achtsamkeitsbasierten Prinzipien am Gesamtbehandlungserfolg abzuschätzen (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 270).

Erst kürzlich wurde die DBT für den Bereich der Essstörungen angepasst. Wie auch in der ursprünglichen Form, enthält auch die neue Variante zwanzig wöchentliche Sitzungen und wird sowohl als Gruppen- als auch Einzelsitzung durchgeführt. Das Verfahren basiert auf einem Regulationsmodell gegen Fressanfälle, welches erklärt, wie die Fressanfälle unbehagliche Emotionen reduzieren. Negative Emotionen können durch eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen und Phänomene ausgelöst werden, wie zum Beispiel der eigene Vergleich mit dem in den Medien propagierten Schlankheitsideal, aber auch durch andere unerwünschte Umstände. Wenn erst einmal die negativen Emotionen ausgelöst wurden, befürchtet der Patient, dass die Situation eskaliert und sucht nach Mittel und Wegen diesem Zustand entgegenzuwirken. Um die Aufmerksamkeit von den negativen Gedanken gegen sich selbst abzulenken, wird der Fressanfall als möglichen Ausweg der Situation bzw. dem Disstress zu entfliehen genutzt, was zwar zur kurzfristigen Linderung beiträgt, die Situation aber verschlimmern. Die überarbeitete Variante der DBT wurde entwickelt um die Fähigkeit des Patienten zu steigern Situationen zu managen, die für die Fressanfälle verantwortlich sind. Außerdem beinhaltet die neue Variante Übungen in drei der vier Fertigkeiten Module, die auch in der herkömmlichen DBT angewandt werden: (1) Achtsamkeit

(2) Emotionenregulation und

(3) Stresstoleranz

Die Achtsamkeitsfertigkeiten werden gelehrt um der Tendenz entgegenzuwirken, Fressanfälle als Möglichkeit zu nutzen, dem eigenen emotionalen Bewusstsein zu entfliehen. Diese Fertigkeiten unterstützen nachdrücklich die Nicht-Wertung und stärken das Bewusstseinsstadium von Emotionen wenn sie in dem augenblicklichen Moment aufkommen ohne nach alten Verhaltensmustern auf diese Situation zu reagieren. Mit dieser angepassten Variante der DBT lernt der Patient seine Gefühle zu beobachten als wären sie vorbeiziehende Wolken am Himmel ohne sie nachdrücklich zu beeinflussen und ohne sich selbst dafür zu kritisieren, dass sich diese Gedanken und Gefühle gerade entfalten. Achtsamkeitsfertigkeiten stellen eine entscheidende Grundlage für die Emotionsregulations- und Stresstoleranzfertigkeiten dar, die ebenfalls in dieser Variante gelehrt werden. Sie befähigen den Patienten

ihren emotionalen Status anzuerkennen und einzugestehen ohne in das bisher angewandte automatische Verhalten zu verfallen. Im Augenblick der achtsamen Aufmerksamkeit, ist der Patient besser in der Lage situationsadäquate Entscheidungen über die Regulation von Emotionen und Stresstoleranzfertigkeiten zu treffen anstelle der Situation mit Fressanfällen entgegenzuwirken (vgl. Kristeller et al. 2006 in Bear 2006, S. 8f).

5.4 Acceptance and Commitment Therapy

Im Jahre 1985 entstand durch die Arbeit von Marlatt und Gordon die Acceptance and Commitment Therapy, im Folgenden ACT genannt. Bei dieser Form der Therapie wird Achtsamkeit im Rahmen der Rückfallprävention bei Suchtabhängigkeit eingesetzt. Alan Marlatt hat mit seinen Arbeiten zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit (vgl. Marlatt und Gordon, 1985) einen wesentlichen Beitrag zur Suchtforschung geleistet und schlägt aus seinen gewonnen Erkenntnissen vor, achtsamkeitsbasierte Prinzipien in der Behandlung von Abhängigkeit zu berücksichtigen (vgl. Marlatt 1994 in Heidenreich & Michalak 2003, S. 270). Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Beobachtung, dass abhängiges Verhalten damit verbunden ist, den aktuellen Zustand nicht akzeptieren zu können (vgl. Marlatt, 1994, S. 175f):

„Zwischen einzelnen „Schüssen“ erfährt der Abhängige das Hier und Jetzt als weniger wünschenswert, als irgendwie so kaputt, dass es nur durch den nächsten Schuss repariert werden kann. Die übliche Realität verblasst verglichen mit dem «Kick», den der Schuss bereitstellt. Das Ergebnis davon ist, dass der abhängige Geist auf die Zukunft fixiert und unfähig ist, das Hier und Jetzt zu akzeptieren“ (Übers.: Heidenreich & Michalak 2003, S. 270f)

Marlatt schlägt deshalb als ein Behandlungsprinzip vor, Achtsamkeit zu üben (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 271). In den Achtsamkeitsmeditationsübungen soll der Patient sich seiner ablaufenden Gedanken und Gefühle bewusst werden, versuchen sie zu akzeptieren und das Leben von im jeweiligen Moment zu erleben.

Dementsprechend sollen keine Versuche unternommen werden, innere Abläufe (wie z.B. Craving) zu kontrollieren oder gar gegen sie zu wirken. Eine wesentliche Strategie mit dem Bedürfnis, sich nach der Substanz zu verzehren und sie zu sich zu nehmen, ist für Marlatt damit umzugehen (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 271):

„Achtsames Gewahrsein des Dranges kann ohne die Notwendigkeit bestehen, achtlos dem Drang nachzugeben. Craving und Drang sind nicht dauerhaft (impermanent); sie entstehen und vergehen wie konditionierte Reaktionen“ (vgl. Marlatt, 1994, S. 180).

Eine wichtige Rolle spielen achtsamkeitsbezogene Ansätze auch bei einem Rückfall (lapse) und um ein Abgleiten in einen vollständigen Rückfall (relapse) zu verhindern (vgl. Heidenreich & Michalak 2003, S. 270f)

Obwohl derzeitig kaum empirische Arbeiten zur Implementierung achtsamkeitsbasierter Prinzipien in der Therapie von Abhängigen vorliegen, konnte in einem Review von Kristeller, Bear und Wolever nachgewiesen werden, dass die Anwendung der ACT bei Patienten mit Anorexia nervosa positive Ergebnisse hervorbrachte.

Die Anwendung der ACT bei Patienten mit Anorexia nervosa wurde in einer klinischen Fallstudie von Heffner et al. (2002) beschrieben und in einem erst kürzlich erschienenen Selbsthilfemanual publiziert. Die Interventionen beinhalteten verschiedene achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Strategien gegen Gedanken, Bilder und Ängste, die mit dem Thema „Fett“ in Verbindung stehen. Zum Einsatz kam zum Beispiel die so genannte „Gedankenparade“. Unter dieser Intervention soll sich der Patient vorstellen, dass alle seine Gedanken, die um das Thema „Fett“ kreisen auf großen Plakaten stehen, welche von Paradedeilenehmern getragen werden. Die Aufgabe des Patienten besteht darin, die eigenen Gedanken zu beobachten und herauszufiltern (vgl. Heffner et al. 2002, S. 234) wann sie kommen und wann sie wieder verschwinden ohne sich dabei zu intensiv darin zu vertiefen oder notwendigerweise daran zu glauben oder womöglich sich dagegen zu wehren. Diese

Übung fördert die Fähigkeit Kognitionen nicht wertend zu beobachten und sie zu akzeptieren, anstatt als Reaktion auf solche Gedanken in das bisherige anorektische Verhalten zu verfallen. Bei der Busfahrer-Übung, die der „Gedankenparade“ ähnelt, soll sich der Patient vorstellen, er bzw. sie sei der Fahrer eines Busses, der sich zwischen den einzelnen Eckpfeilern im Leben bewegt. Fett bezogene Gedanken stellen dabei die Passagiere dar, die den Patienten dazu veranlassen, die Fahrspur in Richtung „Anorexia Road“ zu wechseln (vgl. Heffner et al. 2002, S. 235). Die Übung unterstützt die Fähigkeit negative Gedanken zu aufkommen zu lassen ohne nach ihnen zu handeln und sich weiterhin auf der Fahrspur der gesteckten Eckpfeiler des Lebens zu bewegen. Und um auf der richtigen Spur zu bleiben wird eine ausgewogene Ernährung als Kraftstoff benötigt. Folglich ist die Herausfilterung der wichtigsten Eckpfeiler und Ziele des Patienten eines der bedeutendsten Besonderheiten der Intervention (vgl. Kristeller et al. 2006 in Bear 2006, S. 9f).

5.5 Empirische Studien

Verschiedene klinische Fallstudien haben die Wirksamkeit von der DBT als Intervention zur Behandlung von Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder ausführlich nachgewiesen. Telch et al. (2000) beobachtete in einer unkontrollierten Untersuchung 11 Frauen mit diagnostizierter Binge Eating Disorder. Sie partizipierten als Gruppe in der angepassten Behandlungsvariante der DBT über zwanzig Wochen lang. In diesem Zeitraum trafen sie sich wöchentlich zu einer zwei Stunden Sitzung. Als Ergebnis konnte festgehalten werden, dass am Ende der Behandlung bei 9 der 11 Frauen die Fressanfälle komplett eliminiert waren und keine Kriterien mehr für Binge Eating Disorder erfüllten. Der innerliche Drang nach Essen, wenn negative Gedanken und Emotionen aufkamen, konnte beträchtlich verringert werden. Diese Feststellung führt zu der Annahme, dass die Behandlung erfolgreich war. In einer sechs Monate späteren Nachuntersuchung stellte sich heraus, dass 7 der 11 Frauen gegen die Fressanfällen standhaft geblieben sind. Und die Frauen, die zwar wieder Fressattacken erlitten, jedoch keine Kriterien für eine Binge Eating Disorder Diagnose erfüllten.

Nach dieser Untersuchung führten Telch et al. erneut eine Studie durch, die aber Gegensatz zur vorangegangenen, eine kontrollierte randomisierte Untersuchung war. Patienten mit Binge Eating Disorder, deren Behandlung mit DBT erfolgte, wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung auf der Warteliste stand. Am Ende der Behandlung zeigten die Ergebnisse, dass 89 % der Patienten mit DBT mit den Fressanfällen aufhörten, wohingegen bei der Kontrollgruppe nur 12,5 % stoppten. Die DBT Patienten gaben außerdem an, dass sich der innerliche Drang nach den Essattacken in schwierigen Situationen erheblich reduzierte. Außerdem verringerten sich auch die Sorgen um Gewicht, Figur und Essensmuster. Einer sechs Monate späteren Kontrolluntersuchung legte dar, dass 56 % der DBT Patienten nicht mehr unter Fressanfälle litt.

Safer et al. (2001) berichten von einer weiteren randomisierten klinischen Studie, in der Patienten mit Bulimia nervosa mit DBT behandelt wurden. Die Behandlung involvierte eine zwanzigwöchige Einzelsitzung-Behandlung. Schon während der Behandlung konnte festgestellt werden, dass 29 % der Patienten nicht mehr Erbrechen und unter Fressattacken litten, am Ende erweiterte sich der Erfolg auf 36 %. Der Rest verblieb symptomatisch.

Empirische Bestätigung erhält die MBCT bei Binge Eating Disorder durch eine Studie von Bear et al., die zwar noch nicht veröffentlicht aber viel versprechen ist. In der erst kürzlich durchgeführten Studie konnte einerseits eine komplette Einstellung von Essattacken und große Reduzierungen in Essens-, Gewichts- und Figurbesorgnissen, andererseits Zunahmen in der Achtsamkeit verzeichnet werden. In einer darauf folgenden unkontrollierten Pilotstudie mit sechs Personen, berichten Bear et al. über umfangreiche Verringerungen im Bereich des Essattacken, Essensbesorgnisse und der Annahme, dass Essen einen Kontrollverlust herbeiführt. Erhöhungen in der Achtsamkeit konnten auch hier festgestellt werden.

6. Achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Übergewicht und Adipositas

6.1 Überblick

In den letzten Jahren nahm das Interesse der achtsamkeitsbasierten Interventionen bei Übergewicht und Adipositas deutlich zu. Zum Einen hervorgerufen durch die dramatische Entwicklung in den westlichen Nationen, zum Anderen als Reaktion auf die heutige gesellschaftliche Situation, mit ihrer vorherrschenden hedonistisch ausgerichteten Perspektive und hohen Effektivitätsansprüchen, die dazu beiträgt, dass sich der Mensch immer mehr vom eigenen Erleben und Verhalten, insbesondere während des Essens, ablenkt und so wie halbbewusst in einem „Autopilotmodus“ (vgl. Kabat-Zinn 1990, S. 11ff) funktioniert.

Das Konzept der Achtsamkeit wurde bereits im vorangegangenen Kapitel an Hand ausgewählter Interventionen bei Essstörungen dargestellt. Aus aktuellem Anlass, ist jedoch die Erweiterung der Interventionen auf den Bereich des Übergewichts und Adipositas von dringlichster Notwendigkeit.

Obschon eine Vielzahl von Veröffentlichungen über das Thema des achtsamen Essens und deren Bedeutung für das Übergewicht und die Adipositas existieren, wird in diesem Kapitel nur auf das MB-EAT Programm von Kristeller et al. (1999) und das CAMP System von Burggraf (2000) eingegangen um den Rahmen dieser Arbeit beizubehalten.

6.2 Mindfulness-Based Eating Awareness Training

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits kurz auf das Mindfulness-Based Eating Awareness Training, im Folgenden MB-EAT genannt, eingegangen. Ursprünglich entwickelten Kristeller und Hallet dieses Programm speziell zur Behandlung von Binge Eating Disorder (vgl. Kristeller et al. 2006 in Bear 2006, S. 83f). Da aber eine Vielzahl von Übergewichtigen und Adipösen dazu tendieren unter Essattacken oder so genannten Fressanfällen zu leiden und unter Umständen auch die Kriterien der

Esstörung zu erfüllen, wird diesen Programm in diesem Kapitel aufgeführt und analysiert.

Das MB-EAT basiert auf Elementen der der MBCT und der Kognitiven Behavioralen Therapie, die in diesem Programm mit geführten Essmeditationen kombiniert wurden. Dieses Programm beinhaltet sowohl traditionelle Achtsamkeitsmeditationstechniken als auch gezielte Meditationen, die spezielle Probleme, wie Figur, Gewicht und essensbezogene Selbstregulationsprozesse, fokussieren. Der meditative Prozess wird in tägliche Aktivitäten, die mit dem Verlangen nach Nahrung und Essen in Beziehung stehen, mit einbezogen. Außerdem baut der meditative Prozess auf dem heutigen Wissenstand über Regulationen bei der Essenseinnahme, inklusive die Bedeutsamkeit des Hunger- und Sättigungsgefühls, und fokussiert als erstes die unbewussten Essgewohnheiten. Essgewohnheiten wie das Überessen, teilweise auch in Fressanfälle übergehend, können als Symptomatik eines prototypischen Dysregulationssyndroms angesehen werden, was mit Störungen der Emotionsregulation, kognitiven und behavioralen Dysregulationen und physischen Dysregulationen einhergeht. Die Achtsamkeitsmeditation wurde als Weg entworfen, um Aufmerksamkeit zu trainieren um somit dem Menschen bei der Erhöhung seines Bewusstseins gegenüber automatischen Verhaltensmustern und folglich beim Lösen von unerwünschten Reaktionen zu helfen. Sie wird auch als Weg betrachtet um die Aufmerksamkeit bezüglich potentieller Gesundheitsaspekte, wie zum Beispiel bei Hunger- oder Sättigungsreizen, zu erhöhen (vgl. Kristeller 2003, S. 107ff)

Die Grundlage des MB-EAT Programms bildet das Trainieren von Achtsamkeit. Das Üben von Achtsamkeitsmeditation trainiert die grundlegende Fähigkeit sich bewusst zu sein um die Aufmerksamkeit auf den aktuellen Moment zu lenken und damit die sonst automatisch ablaufenden Reaktionen und die dazu führende negative Selbstbeurteilung zu durchbrechen. Diese Basis gestaltet die Einbeziehung von Achtsamkeit in den Alltag einfacher, so dass verschiedene Auslöser, die maßloses Essen verursachen, besser wahrgenommen werden. Das MB-EAT Programm vereint eine Vielzahl von Achtsamkeitsübungen sowohl mit Essen, inklusive Hunger- und

Sättigungsmeditation, als auch Vergebungsmeditation um eine Verbindung mit dem Inneren herzustellen. Das Programm beinhaltet außerdem folgende Aktivitäten:

- begleitete Anleitung für Achtsamkeitsübungen
- Body Scan
- sanftes Yoga
- bedachtsameren Umgang mit dem eigenen Körper
- Herausfilterung der einzelnen Hunger- und Sättigungsstadien
- Umgang und Wirkung der verschiedenen Nahrungsmittel
- Bessere Entscheidungsfindung bezüglich der Qualität und Quantität der Nahrung etc.

Wie in der Tabelle 5 dargestellt, beinhaltet jede Sitzung Meditationsübungen. Die angewandte Sitzmeditation ähnelt der Übung im MBSR und MBCT. „Mini-Meditationen“, bei denen die Teilnehmer lernen sich in verschiedenen Alltagssituationen eine Auszeit zu nehmen, besonders während der Einnahme von Mahlzeiten oder Snacks, werden praktiziert um die nicht-wertende Aufmerksamkeit gegenüber Gefühlen und Gedanken zu erhöhen und zu üben. Außerdem werden in das Programm essensbezogene begleitete Meditationsübungen miteinbezogen, in denen der Teilnehmer sich auf seine nicht-wertende Aufmerksamkeit bezüglich Empfindungen und Emotionen bei Hunger, Sättigung und Essanreize. Eine Vielzahl von essensbezogenen Meditationen benutzen verschiedene Nahrungsmittel, angefangen mit der Rosinen-Übung über komplexeren schwierigeren Nahrungsmitteln wie Kekse oder Chips bis hin zur achtsamen Auswahl der Nahrungsmittel, erst zwischen zwei dann aus einem Buffet. Mehrere Sitzungen schließen auch körperliches Training mit ein, erst erfolgt ein Body Scan, dann die Selbst-Besänftigende Berührung und gegen Ende des Programms die Gehmeditation. Nach diesen Übungen wird der Teilnehmer zu einer Vergebungsmeditation, die sich speziell auf das Individuum richtet, und einer Weisheitsmeditation übergeleitet.

Tabelle 5: Überblick des MB-EAT Programminhalts

Sitzungsperiode	Inhalt
<u>Sitzung 1</u>	Einführung in das Selbstregulationsmodell und in die

Einführung	Achtsmkeits-meditation; Aufgabe zur nächsten Sitzung: mit der Audiokassette meditieren üben (das Üben ist zu jeder nächsten Sitzung fortsetzen)
<u>Sitzung 2</u> Mini-Meditation und achtsames Essen	Kleine Meditation (wird in jeder weiteren Sitzung durchgeführt); Achtsamkeitsübung mit Essen; Prinzip von achtsamen Essen; Body Scan; Aufgabe zur nächsten Sitzung: eine Zwischen- oder große Mahlzeit achtsam essen (Anzahl wird nach jeder Sitzung erhöht)
<u>Sitzung 3</u> Essensauslöser	Meditation gegen Auslöser, die Essanfälle auslösen; Übung zum achtsamen Essen; Aufgabe für nächste Sitzung: Mini-Meditation vor jeder Mahlzeit
<u>Sitzung 4</u> Hunger-Bewusstsein	Hungeranzeichen - physiologisch vs. emotional, Erlernen von einer Hunger-Meditation; Übung zum achtsamen Essen; heilende Selbstberührung; Aufgabe zur nächsten Sitzung: nur bei physischen Hunger essen
<u>Sitzung 5</u> Sättigungsanzeichen	Kennen lernen von Sättigungsreizen – Art und Level des Reizes; Sättigungsmeditation; Yoga – Übung im Sitzen; Aufgabe zur nächsten Sitzung: Geschmack beim Essen beachten
<u>Sitzung 6</u> Sättigungsgefühl	Magen-Sättigungs-Anzeichen – Art und Level; Sättigungsmeditation; Aufgabe für nächste Sitzung: Beendigung der Mahlzeit, wenn ein gemäßigt Sättigungsgefühl eintritt; Buffet essen
<u>Sitzung 7</u> Vergebung	Vergebungsmeditation; Aufgabe zur nächsten Sitzung: Alle Mahlzeiten und Snacks achtsam essen
<u>Sitzung 8</u> Verbindung zum Inneren herstellen	Weisheitsmeditation, Gehmeditation; Aufgabe zur nächsten Sitzung: Alle Mahlzeiten und Snacks achtsam essen
<u>Sitzung 9</u> Rückfallprävention	Rückfallprävention;
<u>Folgesitzungen</u>	Meditationsübungen; Rückblick auf den bisherigen Prozess; weitere Gesichtsmanagementansätze

Quelle: Bear et al. 2006, S. 81)

Interventionen, die achtsame Meditation mit dem Ziel der Erhöhung von physischer und psychischer Selbstregulation, beinhalten, eignen sich besonders für die Komplexität von Verhaltens-, Emotions- und Kognitionsdysregulationen, die bei Essstörungen beobachtet werden. Dieses Modell ist auch mit anderen Perspektiven bezüglich dysfunktionaler Essmuster vereinbar, wie zum Beispiel das chronische Diäthalten Modell (vgl. Herman & Polivy, 1980), Emotionsregulationsmodelle (vgl. Wilson, 1984) und das Fluchtmodell (vgl. Heatherton & Baumeister, 1991).

Das Dysregulationsmodell, das die Grundlage für das MB-EAT Programm bildet, fasst die einzelnen Schlüsselaspekte der gerade genannten Modelle in einer umfassenden Ausführung über den Kreislauf von Fressanfällen zusammen. Dieses Modell postuliert, dass kontinuierliches Diäthalten, wie es viele Betroffene mit Binge Eating Disorder kennen, für Auslöser von Fressanfällen empfänglich macht. Ständiges Diäthalten und unbewusstes Zwischendurchessen, ohne wirklich hungrig zu sein, sind nicht die einzigen Symptome von unterschwelligem Dysfunktionen, aber sie tragen enorm dazu bei. Emotional betrachtet, kann eine Diät zu Frustration und Entzug führen, was wiederum eine negative Selbstbetrachtung zur Folge hat. Ist erstmal eine Diätregel verletzt, wird oft die ganze Diät abgebrochen mit der Folge der Selbstschuldzuweisung (vgl. Marlatt & Gordon, 1985) und erneutem Frustessen. Das Frustessen mag zwar im ersten Moment erfüllend wirken, danach folgt jedoch meist körperliches Unbehagen begleitet von Schuldbekennnissen, was wiederum zu einer weiteren negativen Selbstbewertung führt. Der Kreislauf der Fressanfälle kann bei jeder Person variieren.

Während die CBT Ansätze einige Aspekte dieses Modells ansprechen, kann das MB-EAT Programm mehrere Aspekte des Kreislaufs abschwächen oder sogar vollständig unterbinden und ist damit eine effektivere Variante beim Verinnerlichen und Aufrechterhalten von Veränderungen. Im Vergleich zum DBT Ansatz, fokussiert das MB-EAT Programm eher die Regulation von Erfahrungen beim Essen per se, trotzdem kann es mit der DBT oder CBT in einem erweiterten und umfangreicheren Programm kombiniert werden.

6.3 The Camp System

Im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Interventionen, ist das CAMP System keine therapeutische Behandlungsstrategie. Es stellt vielmehr ein neuartiges Programm dar, das darum bemüht ist die Balance zwischen der Nahrung und der eigentlichen Nahrungszufuhr wieder herzustellen. Dabei steht nicht das „Was“ gegessen wird im Vordergrund, vielmehr die Art und Weise der Nahrungsaufnahme. CAMP ist keine neue Diät, ganz im Gegenteil, es stellt vielmehr eine neue Art und Weise des Essens dar, indem es eine bessere Einstellung zum Essen fördert und das Bewusstsein erhöht. Im Gegensatz zu Diäten, die dazu tendieren, den eigentlichen Grund des Gewichtsproblems zu ignorieren und deshalb auch meistens scheitern, sucht das CAMP System vorrangig nach den unterschwelligeren Ursachen, die für die Disharmonie zwischen dem Menschen und dem Essen verantwortlich sind, um sie zu beheben. Burggraf (2001) konzipierte dieses Programm auf vier grundlegenden Annahmen:

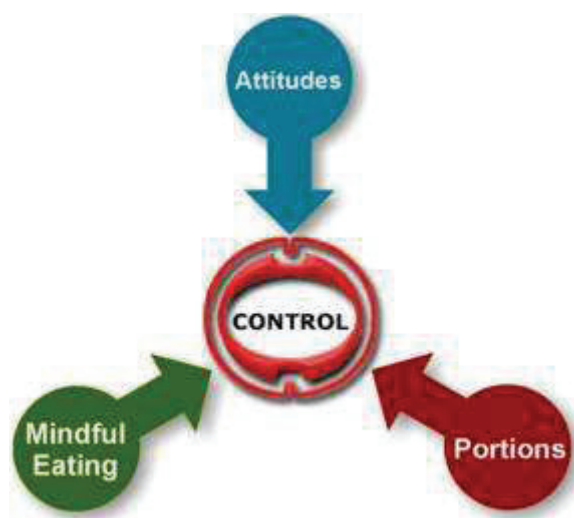
- (1) Naive und gedankenlose Entscheidungen bezüglich der Ernährung führen zu Unaufmerksamkeit, falschen Absichten und zum Verlust der Selbstkontrolle.
- (2) Fehlt diese Fertigkeit dauerhaft, werden Ungleichgewicht, Unwohlsein und Übergewicht verursacht.
- (3) Durch Achtsamkeit während des Essens und in den Portionsgrößen, erlangt der Betroffene seine Selbstkontrolle, seine natürliche Entscheidungsfähigkeit und das körperliche/geistige Gleichgewicht wieder. Dadurch erlangt der Betroffene wieder eine gesunde Einstellung zu allen Lebensmitteln und mehr Zufriedenheit.
- (4) CAMP ist keine klassische Diät, es unterstreicht die Achtsamkeit in Einstellungen, im Essverhalten und Portionen zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes und stellt damit eine prozesshafte Veränderung des Ernährungsverhaltens dar.

Das Ziel vom CAMP System ist es, anhand von verschiedenen Übungen, wieder Macht über das Essen zu erlangen, die vor langer Zeit verloren wurde. In der

heutigen modernen Gesellschaft entscheiden oft andere, besondere Ereignisse und Emotionen über das was gegessen wird und wie viel. Durch die verschiedenen achtsamen Übungen, auf die noch eingegangen wird, soll man schrittweise lernen, sich selbst herunter zu fahren, aufzuwachen, achtsam zu werden und das Leben zu genießen. Im Mittelpunkt steht die Kontrolle **C**, es beinhaltet die Kompetenz bezüglich des Essens und ist somit das Hauptziel des Systems. Alle anderen Teile sind zuführende Komponenten zur Kontrolle:

- **Attitudes** (Einstellungen): Respekt gegenüber Essen, sich selbst. Die Wichtigkeit in Würde und Wohlwollen zu leben soll erkannt werden.
- **Mindfulness** (Achtsamkeit): Als Zustand der Wachsamkeit und Aufmerksamkeit in der Umgebung zu jeder Zeit, speziell in Bezug auf Essen (Eigenschaften, Herkunft, Ziele und Funktionen. Ein zweiter Punkt der Achtsamkeit die zur Kontrolle führen soll ist die Besinnung, Bewusstheit und das Gefühl des Angekommen seins.
- **Portionen**: Es wird gelehrt, wie viel gegessen werden kann (jeder Happen, jedes Kauen), diese Komponente zeigt Grenzen die zu erkennen sind, aber auch Herausforderungen und Körperbewusstsein.

Abbildung 4: CAMP Basics



Quelle: CAMP System 2000

Das vorrangige Ziel ist es seine Kontrolle wieder zu erlangen. Kontrolle besteht zum Einen aus Fähigkeit, Stärke (Power) aber auch aus der Freiheit Entscheidungen (Choices) treffen zu können. *Power* bezieht sich darauf, von welchen Personen, Umständen oder Emotionen die Entscheidungen getroffen werden bzw. ob und in welcher Weise der Partizipant dies zulässt. Bei Über- oder Untergewicht wurde die Entscheidung getroffen die Macht ans Essen abzugeben, was einerseits bequem ist andererseits aber jegliche Verantwortung entzieht. Choices (vgl. Burggraf 2001, S. 37) sind bewusste oder unbewusste Entscheidungen. Bei Fehlernährung entscheiden andere oder auch das Unterbewusstsein, der Autopilot wird eingeschaltet und es kann zu Heißhungerattacken kommen. Ein Kontrollverlust ist dann vorhanden, wenn:

- die Power an andere abgeben und die Schuld für die Fehlernährung bei den anderen gesucht wird
- andere entscheiden über die eigene Ernährungsweise
- der Autopilot bestimmt wann und wie viel gegessen wird

Kontrolle ist wieder vorhanden, wenn:

- die Power zurückkehrt
- nicht mehr auf die Entscheidungen anderer hört und sich vor allen nicht mehr der eigenen Entscheidungsmacht entzieht
- unbewusste Entscheidungen werden zu bewussten Entscheidungen

Fehlernährung ist ein Zeichen dafür, dass das Leben im Ungleichgewicht geraten ist, nicht nur Körperlich sondern ganz besonders auch im Geist und in der Seele (Spirit). Die Ernährung erfolgt ohne Sinn und Verstand. Es herrscht Unachtsamkeit indem was und wie viel gegessen wird und schätzt die Nahrung nicht mehr. Bei Diäten werden Verstand und Geist zu wenig berücksichtigt. Um in ein Gleichgewicht zu geraten muss der Körper, die Seele und der Geist gleichwertig ernst genommen werden. Da Körper (Energie, Heilungsprozesse), Seele (Sinnesstimuli, Emotionen) und Geist (Bewusstheit, Gedanken) gleichzeitig genährt werden müssen. Wichtig ist, dass einem absolut bewusst wird, dass die Entscheidung bei einem selber liegt und jeder alleine für eine falsche Ernährungsweise verantwortlich ist. Die Entscheidung muss getroffen werden, wie wertvoll Nahrung und Ernährung für einen ist. Dazu ist

es relevant zu wissen, welcher Standpunkt im Leben besetzt wird und wie wichtig die Beziehung zum Essen ist. Letztendlich liegt die Entscheidung bei einem SELBST.

Zur Rückgewinnung der Kontrolle müssen die eigenen Einstellungen (*Attitudes*) zum Essen, welche 90% des Erfolges ausmachen, geändert werden. Die neuen Einstellungen nach dem CAMP System unterliegen 10 Prinzipien:

1. Fühl dich nicht benachteiligt.
2. Lebensmittel dienen der Ernährung und sind Substanzen für Körper, Geist und Seele.
3. Alle Lebensmittel sind etwas Besonderes und verdienen unseren Respekt, da sie ein großes Geschenk sind die Energie und Mühe kosten.
4. Es wird immer mehr Lebensmittel geben.
5. In einem Land voller Überfluss, gibt es keinen Grund übergewichtig zu sein.
6. Es ist weitaus besser manche Lebensmittel nicht zu essen, als mehr zu essen als notwendig.
7. Hunger kann ein Verbündeter sein, der ein Zeichen gibt, das der Körper sich anpasst und zurück ins Gleichgewicht kommt.
8. „Erfolg“ mit der Ernährung hat eher etwas mit der Harmonie zum Essen als mit Gewichtsverlust zu tun.
9. Wenn wir lernen in unseren Körper zu hören und diesem zu vertrauen, werden wir bemerken, ob wir in Balance und Harmonie mit unserer Ernährung stehen.
10. Sind wir in Balance und Harmonie mit unserer Ernährung, so ist das ein Teil des Lebens, ein Leben in Würde und Anstand.

Durch die Akzeptanz dieser Prinzipien, werden diese zu einem wertvollen Teil im eigenen Essverhalten und in das eigene Glaubenssystem hinüber gehen. Betroffene bekommen dafür mehr Selbstkontrolle und Willensstärke zurück.

Der zweite Pfad auf dem Weg zur Zurückerlangung der Kontrolle bedarf es dem Erlernen des achtsamen Essen (*Mindful Eating*). Kern und Basis Technik des achtsamen Essen im CAMP System bildet der „Grundlegende achtsame Biss“. Diese Technik kann mit allen festen Nahrungsmitteln durchgeführt werden und stellt die Basis für jede alle anderen Strategien und Techniken des CAMP Systems dar. Im Folgenden wird die Basis Technik vorgestellt:

- Bevor das Essen zum Mund geführt ist es wichtig langsamer zu werden und der eigenen Bewegung Beachtung zu schenken.
- Ist das Essen im Mund, erfolgt die Entleerung der Hände, das Besteck und andere Dinge, die sich in den Händen befinden, sind nieder zu legen.
- Die zu sich genommene und im Mund befindene Nahrung wird achtsam gekaut, wobei der Fokus auf dem Prozess des Kauens, des Geschmacks des Nahrungsmittel und des Essens liegt.
- Das Nahrungsmittel wird so lange gekaut bis es fast flüssig ist. Die neue Konsistenz des Nahrungsmittels stellt ein neues Signal zum Schlucken dar.
- Bevor der Nahrungsbrei hinuntergeschluckt wird, ist eine kleine Pause einzulegen, um sich erneut auf dem Prozess des Essens zu konzentrieren.

Neben der Basis Technik, spielen 4 Grundtypen des achtsamen Essens eine bedeutende Rolle im CAMP System. Sie werden mit verschiedenen Übungen unterlegt, um das achtsame Essen zu üben und letztendlich zur Erlangung der eigenen Power zu führen. Die einzelnen Übungen werden in dieser Arbeit nicht weiter dargestellt:

- (1) **Arriving** meint die Ankunft des Teilnehmers, wie er bei seinem essen ankommt und sich dessen bewusst wird.
- (2) **Awakening**: Bei diesem Aspekt wird das Nahrungsmittel mit allen Sinnen wahrgenommen, im wortwörtlichen Sinne, erwachen alle Sinne des

Teilnehmers. Hierbei sollen alle charakteristischen Merkmale der Nahrung bzw. des Nahrungsmittel kennen gelernt werden.

- (3) **Tuning In:** Achtsame Esser achten nicht nur auf den Prozess des Essens, welche Sinne alle angesprochen werden, sie hören währenddessen auch auf ihren Körper und achten auf jede Bewegung.
- (4) **Service:** Achtsames Essen bedeutet auch allen anderen Aktivitäten, nicht nur allein den Prozess des Essens, Bedeutung zu schenken. Jede Aktivität, die mit Nahrung und Essen zu tun hat, spielt eine große Rolle, wenn es darum geht, achtsam zu bleiben. Je mehr diesen Augenblicken Beachtung geschenkt wird, desto höher ist der Würdigungsgrad des Essens und so leichter ist Beharrlichkeit im Hier und Jetzt. (vgl. Burggraf, 2000)

Der dritte Weg um seine Power und somit auch seine Kontrolle über das Essen zurückzuerobern, stellt die Portionsgröße (*Portions*) dar. Die CAMP Portionsstrategie hilft dabei sich selber Grenzen beim Essen zu setzen und gewisse Signalpunkte aufzubauen, die helfen, besser wahrzunehmen, wann und was der Körper braucht. Die Portionen des CAMP Systems beinhalten:

- Wie oft gegessen wird
- Wie sich auf der Gabel oder dem Löffel befindet
- Wie lange das Kauen des Essens dauert
- Wie oft eine Pause eingelegt wird, um herauszufinden, ob man wirklich noch mehr essen benötigt oder doch schon satt ist
- Wie lange diese Pausen dauern (vgl. Burggraf, 2000)

Wurden alle Pfade beschrritten und die Übungen kontinuierlich durchgeführt, so kann der Teilnehmer wieder die Kontrolle über das Essen erlangen und die Ursachen von Übergewicht und Adipositas mildern, wenn nicht sogar bekämpfen.

6.4 empirische Studien

Der Beleg für die Wirksamkeit des MB-EAT Programms basiert auf einer nicht randomisierten Studie (vgl. Kristeller & Hallet, 1999) und einer erst kürzlich

abgeschlossenen klinischen Fallstudie (vgl. Kristeller et al., 2005). An der vorangegangenen Fallstudie beteiligten sich 18 Frauen im Durchschnittsalter von 46,5 Jahren mit einem Gewichtsmittelwert von 238 Pfund. Keine Teilnehmerin hatte vorher Erfahrungen mit Meditation gemacht und alle erfüllten die Kriterien für Binge Eating Disorder mit Adipositas. Sie partizipierten an einem 6 wöchigen manualisierten Programm mit 7 Gruppensitzung. Die Fressanfälle fielen erst leicht von 4 per Woche auf 1,5, wobei nur noch 4 der 18 Teilnehmerinnen die Kriterien der Binge Eating Disorder weiterhin erfüllten. Die Bewertung der Binge Eating Scale (vgl. Gromally et al., 1982) fiel von „Stark“ auf „wenig oder kaum noch Probleme“ mit Fressattacken. Es wurden jedoch keine signifikanten Veränderungen im Gewicht festgestellt.

Die randomisierte klinische Studie erfasste eine größere Anzahl an Probanden (N= 85) mit ähnlichem Charakteristikum der ersten Studie, diesmal enthielt sie jedoch einen Männeranteil von 15 %. Die Kontrollgruppe bestand aus Probanden, die auf der Warteliste standen. Die MB-EAT Komponenten wurden neu überarbeitet und zu 9 Sitzungen erweitert. Die Kontrollgruppe erhielt Material, das normalerweise für ein Behandlungsprogramm bei Adipositas im Duke Diät und Fitness Center genutzt wird. Beide Gruppen zeigten vergleichbare Verbesserungen im Verhalten und in der Binge Eating Scale. Die MB-EAT Gruppe zeigte deutliche Verbesserungen bei der Disinhibition und Hunger Drive Scales der Stunkard und Messick (1985) Eating Inventory. Auch in dieser konnte wiederum kein großer Gewichtsverlust verzeichnet werden, jedoch korrelierten die Verbesserungen in den Skalen mit Gewichtsverlust.

Für das CAMP System liegen derzeit noch keine Studien vor.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Zusammenhang zwischen dem multifacettenreichen Konstrukt der Achtsamkeit und Störungen des Essverhaltens herzustellen. Bereits vorhandene achtsamkeitsbasierte Interventionen sollten dabei analysiert werden um die Wirksamkeit der Achtsamkeitsmeditation und des achtsamen Essen zu belegen.

Aufgrund theoretischer Erwägungen und empirischer Befunde erscheinen achtsamkeitsbasierte Ansätze Erfolg versprechend im Hinblick auf die Behandlung von Störungen des Essverhaltens. In der Arbeit wurden verschiedene Ansätze beschrieben, in denen Achtsamkeitsmeditationsübungen die Grundlage bildet und auf unterschwellige Probleme bezüglich des Essens fokussiert, und auf ihre Wirksamkeit hin recherchiert. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die empirischen Befunde zur Wirksamkeit von Achtsamkeit bisher eher im Bereich der Essstörungen liegen. Obwohl die Zahl der achtsamkeitsbasierten Interventionen im Bereich des Gewichtsmanagements, also bei Übergewicht und Adipositas, die der im Bereich der Essstörungen existierenden weitaus überwiegt, fehlt hier doch die empirische Evidenz.

Auf Grund der Vielzahl der existierenden achtsamkeitsbasierten Interventionen im Bereich des Übergewichts und der Adipositas, wurden nur zwei Interventionen zur Analyse ausgewählt, da in diesem Bereich die nötige empirische Bestätigung fehlt. Aus diesem Anlass sehe ich die Chance und Notwendigkeit im aktuellen Forschungsprojekt „Ernährungsverhalten und Änderung des Lebensstils“ einzelne Strukturen der vorhanden achtsamkeitsbasierten Interventionen in einem neuen Programm zusammenzufassen und verschiedene Studien durchzuführen, um die Evidenz der Wirksamkeit von Achtsamkeitsmeditation und achtsamen Essen zu untermauern und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Ein besonderes Augenmerk ist hierbei auf die verschiedenen Arten der Operationalisierung des Achtsamkeitskonstrukts zu legen. Bestehende Fragebögen und Messskalen sind in diesem Zusammenhang genauer zu untersuchen. Vertiefte

Erkenntnisse scheinen insbesondere hinsichtlich der Bedeutsamkeit einzelner Achtsamkeitsaspekte in einem multifacettenreichen Achtsamkeitskonstrukt notwendig zu sein. Im Rahmen weiterer Analysen wäre es vorteilhaft die Rolle des achtsamen Essens näher zu beleuchten und die Wirksamkeit an Hand von Studien zu belegen.

8. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (APA). (1994): “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”. Washington, D.C: 4th Ed.

Altner, N. (2006): “Achtsamkeit und Gesundheit”. Kassel: Prolog Verlag

Baer, R. (2006): “Mindfulness-Based Approaches To Eating Disorders”. New York: Guilford Press

Beck, A. T. (1997): “Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen“. München: Pfeiffer Verlag

Bohus, M., Huppertz, M. (2006): „Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie“. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 54, 265-276

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003): “The benefit of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being”. In: Journal of Personality and Social Psychology 84(4), 822-842

Bruce, B., Agras, W.S. (1992): “Binge Eating in Females: A population-based investigation”. In: International Journal of Eating Disorders, 12, 365–374

Bruch, H. (1980): „Der goldene Käfig“. Frankfurt: Fischer

Buchheld, N., Wallach, H. (2004): „Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation – Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik“. In: Heidenreich, T., Michalak, J. (Hrsg.): “Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie“. Tübingen: dgvt Verlag, , 25-46

Burggraf, F. (2000): „The CAMP System“. Birmingham: EBSCO Media

Burpee, L. C., Langer, E. J. (2005): "Mindfulness and marital satisfaction". In: Journal of Adult Development 12, 48-56.

CDU/CSU (2008): „Umdenken im Essverhalten notwendig – Sensibilisierung statt Stigmatisierung“. Url: http://www.presseportal.de/pm/7846/cdu_csu_bundestagsfraktion/?start=620 (Stand: 17. Juli 2008)

Chang, V. Y. et al. (2004): „The effects of a mindfulnessbased stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind“. In: Stress and Health 20, 141-147.

Craighead, L. W., Allen, H. N. (1995): "Appetite awareness training: A cognitive behavioral intervention for binge eating". In: Cognitive and Behavioral Practice 2, 249-270

Cuntz, U. (2006): „Regulation und Störungen des Essverhaltens“. In: Bayrisches Ärzteblatt 5/2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2004): „Essstörungen“. Breklum: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Dana, M., Lawrence, M. (1990): „Die verschwiegene Krankheit“. München: Wilhelm Heyne Verlag

Ebersdobler, H., Hesecker, H., Wolfram, G. [Hrsg] (2005): „Adipositas – Eine Herausforderung für's Leben?“. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (2002): "Eating Disorders and Obesity". New York: The Guilford Press

Fiscalini, S., Rytz, T. (2007): „Achtsame Körperwahrnehmung“. Url: http://www.rosenfluh.ch/images/stories/publikationen/sze/05-2007/11_Somatic%20Psycholog_5.07.pdf (Stand: 17. Juli 2008)

Foreyt, J.P., Poston II, W.S.C., McInnis, K.J., Rippe, J.M. (2003): „Lifestyle Obesity Management“. Oxford: Blackwell Publishing

Foster, P. (1996): „Spiegelbilder“. Reinbek: Rowohlt Verlag

Galantino, L. M. et al. (2005): „Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program“. In: Stress and Health 21, 255-261.

Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2001): „Der heimliche Heißhunger“. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Germer, C. K. (2005): „Mindfulness. What is it? What does it matter?“ In: Germer et al. (2005): „Mindfulness and psychotherapy“. New York: Guilford Press, S. 3-27

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2003): „Übergewicht und Adipositas“. Berlin: Robert Koch-Institut

Govinda, Lama, A. (1980): „Die psychologische Haltung der frühbuddhistischen Philosophie und ihre systematische Darstellung nach der Tradition des Abhidhamma“. Wien: Octopus Verlag

Gruber, H. (2001): „Kursbuch Vipassana. Wege und Lehrer der Einsichtsmeditation“. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Gruber, H. (2001): „Alles in Buddha“. In: Psychologie Heute Juli (2001), S. 34-39

- Gruber, H. (2002): „Der Buddhismus in Geschichte und Gegenwart“. In: Schirmacher, T. et al. (Hrsg.): „Harenberg Lexikon der Religionen“. Dortmund: Harenberg Verlag
- Hacker, W. (2006): „Mindfulness – die besondere Medizin“. In: Psychologie Heute März 2006, S. 35-37
- Hart, W. (2001): „Die Kunst des Lebens: Vipassana-Meditation nach S.N. Goenka“. Frankfurt a. M.: Fischer
- Heffner, M. et al. (2002): „Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example“. In: Cognitive and Behavioral Practice, 9, 232-236.
- Heidenreich, T., Ströhle, G., Michalak, J. (2006): „Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen“. Verhaltenstherapie 16 (1)
- Herman, C., Polivy, J. (1980): „Restrained eating“. In: Stunkard, A. (Ed.): „Obesity“. Philadelphia: Saunders.
- Heatherton, T. F., Baumeister, R. F. (1991): „Binge eating as escape from self-awareness“. In: Psychological Bulletin. 110, 86-108.
- Huppertz, M. (2006): „Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)“. In: Zeitschrift für Psychotherapie 54, 255-264
- Jacobi, C., Thiel, A., Paul, T. (1996): „Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa“. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jacobi, C. (2000): „Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen“. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29

Kabat-Zinn, J. (1990): "Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness". New York: Delacorte

Kabat-Zinn, J. (1998): "Im Alltag Ruhe finden. Das umfassende praktische Meditations-Programm". Freiburg: Herder

Kabat-Zinn, J. (2000): "Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society". In: Watson, G., Batchelor, S.(2000): "The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives". North Beach: Weiser, 225-249

Kabat-Zinn, J. (2003): "Mindfulness interventions in context: Past, present and future". In: Journal of Clinical Psychology 10, 144-156

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. (1985): "The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain". In: Journal of Behavioral Medicine, 8, 163-190.

Kabat-Zinn, J. et al. (1992): „Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder“. In: American Journal of Psychiatry 149, 936-943

Kinzl, J.F. et al.(1999): „Binge eating disorder in females: A population-based investigation“. In: International Journal of Eating Disorders, 25, 287–292.

Kristeller, J.L., Baer, R.A., Quillian-Wolever, R. (2006): „Mindfulness-based approaches to eating disorders“. In: Baer, R.A. [Ed] (2006): "Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support". San Diego: Elsevier

Kristeller, J.L., Hallett, C.B. (1999): "An Exploratory Study of a Meditation-Based Intervention for Binge Eating Disorder". In: *Journal of Health Psychology* (1999), Vol. 4 (3), 357-363

Kristeller, J., Marlatt, A. (1999): "Mindfulness and Meditation". In: Miller, W. [Ed.] (1999): "Integrating spirituality into treatment". Washington D.C.: American Psychological Association

Kristeller, J.L. (2007): "Mindfulness Meditation". In: Lehrer, P., Woolfolk, R.L., Sime, W.E. (2007): "Principles and Practice of Stress Management". New York: Guilford Press

Kristeller, J.L. (2003): "Mindfulness, Wisdom and Eating: Applying a Multi-Domain of Meditation Effects". In: *Journal of Constructivism in the Human Sciences* (2003), Vol. 8 (2), 107-118

Koerner, K., Dimeff, L. (2000): "Further data on dialectical behaviour therapy". *Clinic Psychology-Science Press*; 7:104–113.

Laessle, R.G. (1989): „Affektive Störungen und bulimische Syndrome“. In: Fichter (Hrsg.): „Bulimia nervosa.“. Stuttgart: Enke. 91-110

Laessle, et al.(2000): „Essstörungen“ In: Margraf, J. (Hrsg.): „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“.Berlin: Springer, 223-246

Linehan, MM (1993): "Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder". New York: Guilford Press

Linehan MM (1993): "Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder". New York: Guilford Press

Linehan MM (1994): "Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy". In: Hayes et al. (1994): "Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy". Reno: Context Press, 73–86

Lammers, C.-H., Stieglmayr, C. (2004): „Achtsamkeit und Akzeptanz in der DBT“. In: Heidenreich, T., Michalak, J. (2004): „Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie“. Tübingen: DVGT Verlag

Lowe, M. R. (1993): "The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model". In: Psychological Bulletin, 114, 100-121

Lowe, M. R., Capputo, G. (1991): "Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors". In: International Journal of Eating Disorders, 10,49-55

Marlatt, A., Gordon, J. (1985): "Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change". New York: Brunner Mazel

Marlatt A. (1994): "Addiction, mindfulness, and acceptance". In: Hayes et al. (1994): "Acceptance and Change: Content and Context". In: Psychotherapy. Reno: Context Press, 175–197

Mehnert, H. (1990): „Stoffwechselkrankheiten“. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Mipham, J. Rinpoche (2000): "Teachings from the Sutra tradition". Halifax: Vajradhatu Publications

Mipham, J. Rinpoche (2003): "Turning the mind into an ally". New York: Riverhead Books

Mitchell, J.E. et al. (1985): "Characteristics of 275 patients with bulimia". In: American Journal of Psychiatry, 142, 482–485

Mitchell, J.E. et al. (1999): "Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder". In: International Journal of Eating Disorders, 26, 165–170

Munsch, S. (2003): „Binge Eating“. Berlin: Beltz Verlag

Pudel, V. (2003): „Adipositas“. Göttingen: Hogrefe Verlag

Pudel, V., Westenhöfer, J. (1998): „Ernährungspsychologie. Eine Einführung“. Göttingen: Hogrefe

Robert Koch Institut (2003): Themenheft 16 "Übergewicht und Adipositas". Berlin: Robert Koch Institut

Roth, B., Creaser, T. (1997): „Mindfulness-based stress reduction: Experience with a bilingual inner-city program". In: Nurse Practitioner 22, 150-176

Safer, D. L., Teich, C. F., Agras, W. S. (2000): "Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report". In: International Journal of Eating Disorders. 30, 101-106.

Safer, D. L., Teich, C. F., Agras, W. S. (2001): „Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa". In: American Journal of Psychiatry, 158, 632-634

Schumann, H. W. (2000): "Handbuch Buddhismus. Die zentralen Lehren: Ursprung und Gegenwart". München: Diederichs

Spiegel Online (2007): "Fettleibigkeit in Europa - Deutsche haben in Moppel-Liga den Bauch vorn".
Url: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,478167,00.html> (Stand: 17. Juli 2008)

Spitzer, R.L. et al.(1992): „Binge Eating Disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria”. In: *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203

Spitzer, R.L. et al. (1993a): „Binge Eating Disorder: Its further validation in a multisite study”. In: *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–153

Spitzer, R.L. et al. (1993b): “Binge Eating Disorder Should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.’s “The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal”. In: *International Journal of Eating Disorders*, 21, 55–65.

Tanofsky, M.B. et al. (1997): “Comparision of men and women with binge eating disorder. In: *International Journal of Eating Disorders* No. 23

Teasdale JD, Segal Z, Williams JM (1995): “How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?”. *Behav Res Ther*; 33:25–39.

Teasdale et al. (2000): “Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy”. *J Consult Clin Psychol*; 68:615–623

The CAMP System (2000): “CAMP Basics”. Url: <http://www.mindfuleating.org/Basics.html> (Stand: 17. Juli 2008)

Telch, C F., Agras, W. S., Linehan, M. M. (2000): “Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial”. In: *Behavior Therapy*. 31, 569-582

Telch, C.F., et al. (1990): „Group cognitive-behavioral therapy for the nonpurging bulimic: An initial evaluation”. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 629–635.

Telch, C.F., Agras, W.S. (1996): “Do emotional states influence binge eating in obese?”. In: *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271–279.

Thompson, J.K. [Ed.] (2004): „Handbook of Eating Disorders and Obesity“. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Westenhöfer, J., Matzen, G. (1997): „Prävalenz der Binge Eating Disorder (BED) in deutschen Gewichtsreduktionsprogrammen“. In: Aktuelle Ernährungsmedizin 22, 306

Westenhöfer, J. (2001): “Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997”. In: International Journal of Eating Disorders, 29, 477–481

WHO (2008): „Body Mass Index“. Url: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Stand 7. Juli 2008)

WHO (2008): “Obesity”. Url: http://www.euro.who.int/obesity/import/20060220_1 (Stand: 7. Juli 2008)

WHO report obesity (1998): “Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity”. Genf: WHO

Wilson, G. T. (1996): “Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity”. In: Behavior Therapy, 27, 417-439

Wilson, G.T., Nonas, C.A., Rosenblum, G.D. (1993): “Assessment of binge eating disorder in obese patients”. In: International Journal of Eating Disorder 13 (1), 25–33

Wirth, A. (1997): „Adipositas“. Berlin: Springer Verlag

9. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 29.08.2008

Daniela Zorn