



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Thema der Bachelorarbeit:

Chancen und Grenzen des Konzepts der Achtsamkeit als Therapieansatz bei einer
Binge-Eating-Störung

Vorgelegt von: Yasemin Agan
Matrikelnr.: XXXXXXXXXX
Art des Abschlusses: Bachelor of Science
Studiengang: Gesundheitswissenschaften

1. Gutachterin: Christiane Deneke
HAW Hamburg

2. Gutachterin: Johanna Buchcik
HAW Hamburg

Abgabedatum: 19.02.2018

Abstract:

Einleitung: Das Thema der Achtsamkeit hat in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Behandlung verschiedener Probleme und Störungen gefunden. Es handelt davon, im gegenwärtigen Augenblick zu sein und diesen bewusst wahrzunehmen. Auch bezogen auf die Binge-Eating-Störung werden dem Achtsamkeitskonzept unterschiedliche Effekte zugeschrieben. In dieser Arbeit wird sich mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Effekte auseinandergesetzt und mögliche Chancen und Grenzen ermittelt.

Methodik: Im Rahmen der Ausarbeitung wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Pubmed und US National Library of Medicine (PMC) durchgeführt. Es wurden 13 Studien auf deutscher und englischer Sprache berücksichtigt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass das Integrieren von achtsamkeitsbasierten Übungen in die Therapie einer Binge-Eating-Störung positive Effekte haben kann. Die Anzahl der Essanfälle, die die Betroffenen erleiden, sinkt. Teilweise bleiben die StudienteilnehmerInnen vollständig frei von Essanfällen. Die Teilnehmenden entwickeln einen positiveren und bewussteren Umgang mit ihren Emotionen und das Auftreten depressiver Verstimmung nimmt ab. Jedoch sind auch Grenzen vorhanden. Es besteht ein hoher Zeitaufwand für die achtsamkeitsbasierten Programme, welcher jedoch mit anderen Psychotherapien vergleichbar ist. Es wird ein hohes Maß an Disziplin und Motivation von den Teilnehmenden gefordert. Außerdem muss eine Offenheit gegenüber dem Konzept der Achtsamkeit gegeben sein. Dennoch überwiegen die positiven Effekte, die ein achtsamkeitsbasierter Therapieansatz bei einer Binge-Eating Störung haben kann.

Diskussion: Es sind Studien vorhanden, die das Thema der Achtsamkeit in Bezug auf die Binge-Eating-Störung untersuchen. Es bedarf aber weiterer Forschung im Bereich der Gründe der Studienausscheider, der Langzeiteffekte, der Auswirkungen von Komorbiditäten auf die

Effekte der Anwendung des Achtsamkeitskonzeptes und möglicher Geschlechterunterschiede.

Aufgrund der Kapazitäten dieser Ausarbeitung konnte nur eine begrenzte Anzahl an Studien untersucht werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
1. Einleitung	2
1.1 Methodik	3
1.2 Zielsetzung der Arbeit.....	3
2. Binge-Eating-Störung	4
2.1 Krankheitsbild	4
2.1.1. Epidemiologie	5
2.1.2. Symptomatik und Diagnostik	7
2.1.3. Ätiologie	8
2.1.4. Komorbidität	10
2.2 Therapie.....	10
3. Das Konzept der Achtsamkeit	12
3.1 Definition und Hintergrund vom Konzept der Achtsamkeit.....	12
3.2 Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – MBSR	13
3.2.1. Ziele des MBSR Programms	16
3.2.2. Achtsamkeitsübungen im MBSR Programm	16
3.3 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie – MBCT	17
4. Effekte des achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes bei einer Binge-Eating-Störung	18
4.1 Chancen achtsamkeitsbasierter Therapieansätze.....	19
4.2 Grenzen achtsamkeitsbasierter Therapieansätze	23
5. Diskussion und Fazit	26
Literaturverzeichnis	29
Anhang	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (vgl. Jacobi et al. 2014, S.8)	5
Tabelle 2: Möglicher Ablauf eines MBSR-Programms (Heidenreich et al. 2013, S.172-173)15	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosekriterien für die BES entsprechend den Kriterien des DSM IV Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011): S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen S. 38	6
Abbildung 2: Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5 (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.5)	8

1. Einleitung

Das Thema der Achtsamkeit hat in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit und Eingang in den Bereich der Prävention und Therapie bekommen. Bei Stress, Depressionen, Angststörungen oder zur Entspannung kommen Achtsamkeitsübungen zum Einsatz. Zahlreiche Studien zeigen: Achtsamkeitsübungen können einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und den Umgang mit Problemen oder Störungen haben.

„Achtsamkeit“ bedeutet im Moment zu sein und die aktuelle Situation bewusst wahrzunehmen. Im Alltag gibt es viele Vorgänge, die automatisch ablaufen (vgl. Michalak et al. 2012, S. 6). So auch die Nahrungsaufnahme (vgl. Altner 2009, S.19). Es stellt sich die Frage, wie sich das Essverhalten der Menschen ändern kann, wenn dieses achtsam erfolgt. Vor allem in Bezug auf Essstörungen, bei denen die Betroffenen an einem gestörten Essverhalten leiden, ist es hilfreich herauszufinden, welche Auswirkungen Achtsamkeit haben kann.

Die Binge-Eating-Störung (BES) wurde in der 2015 veröffentlichten fünften Version des „Diagnostischen und statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-5“ erstmals als eigenständige Essstörung definiert. In Deutschland leiden ca. 0,1% der Frauen und 0,1% der Männer an dieser Essstörung (vgl. Jacobi et al. 2014 S.8). Die Betroffenen leiden dabei an unkontrollierbaren Essanfällen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.4).

In dieser Arbeit wird sich mit dem Thema auseinandergesetzt, welche Effekte das Konzept der Achtsamkeit bei dieser Art der Essstörung haben kann. Es sind bereits Studien zu dem Thema der Achtsamkeit in Bezug auf die BES vorhanden. Diese Ausarbeitung zeigt auf, welche Chancen und Grenzen das Konzept der Achtsamkeit als Therapieansatz bei einer Binge-Eating-Störung haben kann und in welchen Bereichen weitere Forschung für die Behandlung einer BES nützlich sein könnte.

Im ersten Teil dieser Arbeit wird ein Überblick über das Krankheitsbild einer Binge-Eating-Störung gegeben.

Im zweiten Abschnitt wird das Konzept der Achtsamkeit erläutert und dabei genauer auf die Vermittlung der Aspekte der Achtsamkeit in der Praxis eingegangen.

Im dritten Abschnitt dieser Arbeit wird untersucht, welche Effekte das Konzept der Achtsamkeit als Therapieansatz bei einer BES haben kann. Dabei werden die Ergebnisse der Studien dargestellt und daraus mögliche Grenzen ermittelt.

Zum Abschluss der Arbeit werden die Inhalte und die Vorgehensweise diskutiert und ein Ausblick gegeben, welche Bedeutung die Ergebnisse für die Forschung haben können und in welchen Bereichen weitere Forschung notwendig ist.

1.1 Methodik

Im Zeitraum von November 2017 bis Januar 2018 wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Es wurde deutsch- und englischsprachige Literatur berücksichtigt. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Medline, Pubmed und US National Library of medicine (PMC) durchgeführt. Dabei wurden folgende Schlagworte benutzt: mindfulness, mbsr, mindful eating, binge eating disorder, effect, mindfulness-based eating awareness training, meditation, eating behavior, eating disorder.

Die Suche in den Datenbanken ergab durch eine Kombination der Schlagwörter eine Anzahl von 267 Publikationen. Anhand einer Analyse des Titels und des Abstracts wurde eine Anzahl von 254 Publikationen ausgeschlossen und 13 Publikationen näher untersucht.

Die Ausschlusskriterien waren hierbei:

- Die Studien fokussieren sich nicht auf die Zielgruppe der Betroffenen einer BES oder auf Störungen, welche im Zusammenhang mit einer BES stehen
- Die Studien untersuchen Kinder und Jugendliche und nicht die in dieser Arbeit ausschließlich berücksichtigten Erwachsenen.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, durch eine systematische Literaturrecherche die bisherigen Erkenntnisse zu den möglichen Effekten eines achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes auf den Verlauf und die Ausprägungen einer BES aufzuzeigen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Untersuchung der Chancen des Konzepts der Achtsamkeit in Bezug auf die Therapie einer BES und gleichzeitig auch auf der Ermittlung von möglichen Grenzen dieses Konzeptes.

2. Binge-Eating-Störung

Der Begriff „Binge-Eating“ kann übersetzt werden als der Vorgang exzessiver und übermäßiger Nahrungsaufnahme (vgl. BzGA 2017). Der Begriff Binge-Eating wurde im Jahr 1959 von dem amerikanischen Psychiater Albert J. Stunkard eingeführt (vgl. De Zwaan et al. 2006, S.529). Bis 2015 zählte BES nach dem „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen“, einem Klassifikationssystem für psychische Störungen, zu den „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.4). Seit der im Jahr 2015 veröffentlichten Version dem „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5“ zählt die Diagnose der BES erstmals eigenständig zu den Essstörungen, wie die Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.4).

2.1 Krankheitsbild

Bei einer BES handelt es sich um eine psychisch bedingte Essstörung. Die Betroffenen leiden unter regelmäßigen Essanfällen, wobei, anders als bei der Anorexie oder Bulimie, keine Maßnahmen zur Gewichtsregulation, wie Erbrechen, das Einnehmen von Medikamenten mit abführender Wirkung oder exzessives Sporttreiben, vorgenommen werden (vgl. Munsch 2007, S. 12-13). Die BES wird darüber definiert, dass die Betroffenen während der Essanfälle unabhängig von ihrem Hungergefühl eine überdurchschnittlich große Menge an Nahrung in einem bestimmten Zeitraum aufnehmen, als andere Menschen in vergleichbaren Situationen zu sich nehmen würden (vgl. Munsch 2007, S. 17). Durch den fehlenden Ausgleich der hohen Nahrungsaufnahme besteht bei den Betroffenen ein hohes Risiko für Übergewicht. Viele der Betroffenen leiden auch an Adipositas (vgl. Munsch, 2007, S.20). Adipositas bezeichnet eine Vermehrung des Körperfetts, welche über die Norm hinausgeht (vgl. Munsch et al. 2015, S.3). Übergewicht und Adipositas werden anhand des Body-Mass-Index (Körper-Mass-Index) klassifiziert. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2) (vgl. WHO 2000, S.8).

Da die Betroffenen nach Essanfällen nicht mit einem kompensatorischen Verhalten reagieren, sind die Essanfälle schwer abgrenzbar. Auch über den Tag verteiltes kontinuierliches Essen von kleinen Mahlzeiten werden als eine Form eines Essanfalls bewertet (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 24). Zudem weist die Art der Nahrungsaufnahme bei Personen mit einer BES

bestimmte Auffälligkeiten wie schnelleres Essen, alleine Essen und Essen ohne Hungergefühl, auf (vgl. Herpertz et al. 2015, S.31).

2.1.1. Epidemiologie

Eine repräsentative Studie zur Gesundheit junger Erwachsener in Deutschland (DEGS1) hat ergeben, dass 0,1 % der Frauen und 0,1 % der Männer der Allgemeinbevölkerung an einer BES leiden (vgl. Jacobi et al. 2014, S.8). Im Vergleich dazu leiden 0,3 % der Frauen und 0,1 % der Männer an einer Bulimia Nervosa und 1,1 % der Frauen und 0,1% der Männer an einer Anorexia Nervosa (vgl. Jacobi et al. 2014, S.8). Bei der Bulimia Nervosa handelt es sich um eine Essstörung bei der die Betroffenen an Essanfällen leiden, welche gefolgt sind von Maßnahmen der Gegenregulation wie Erbrechen oder die Einnahme von Abführmitteln. Die Betroffenen einer Anorexia Nervosa entwickeln ein restriktives Essverhalten, welches sich in einem starken Untergewicht äußert (BMI Normalgewicht für beide Geschlechter: 18,50 - 24,99 kg/m², Untergewicht < 18,49 kg/m²) (DGPM 2011, S.7). Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern ist bei der BES ausgeglichener als bei der Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt laut den Daten des Mental Health Surveys der Weltgesundheitsorganisation bei 23,3 Jahren (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.7).

Störung	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.)
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Anorexia Nervosa	1,1 (0,7-1,8)	0,3 (0,2-0,8)	0,7 (0,5-1,1)	0,5
Bulimia Nervosa	0,3 (0,2-0,5)	0,1 (0,0-0,3)	0,2 (0,1-0,3)	0,1
Binge-Eating Störung	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,2)	0,1

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (vgl. Jacobi et al. 2014, S.8)

Die Zahlen beziehen sich auf die Diagnosekriterien aus dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV“ der American Psychiatric Association (APA). Im Jahr 2015 erschien eine fünfte Version des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, in dem die

Häufigkeit der Essanfälle und der Zeitraum in dem Essanfälle auftreten neu definiert wurde. Im DSM-4 lag das Kriterium bei „2 Tagen pro Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten. Im DSM-5 wurde das Kriterium auf einen Tag pro Woche innerhalb von 3 Monaten reduziert (Herpertz et al. 2015, S.30).

Diagnosekriterien für die BES entsprechend den Kriterien des DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Wiederholte Episoden von Essanfällen, die folgenden Kriterien entsprechen:

- Die Betroffenen essen in einer begrenzten Zeit (z. B. innerhalb von zwei Stunden) eine größere Nahrungsmenge, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.
- Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z. B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen, oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).

Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

- 1.) wesentlich schneller essen als normalerweise
- 2.) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- 3.) wegen der Menge, die man isst, nicht in Gesellschaft anderer essen
- 4.) essen großer Nahrungsmengen, ohne hungrig zu sein
- 5.) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit, Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.

- Deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
- Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen in der Woche in einem Zeitraum von sechs Monaten auf.
- Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle einher (z. B. Erbrechen, Diuretika etc.), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer AN oder BN auf.

Abbildung 1 Diagnosekriterien für die BES entsprechend den Kriterien des DSM IV

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011): S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen S. 38

2.1.2. Symptomatik und Diagnostik

Die Betroffenen einer BES leiden sowohl unter physischen als auch psychischen Symptomen. Die Essanfälle sind ein deutliches Symptom einer BES. Doch auch ein restriktives Essverhalten, häufiges Durchführen von Diäten und eine fehlende Regelmäßigkeit in der Nahrungsaufnahme deuten auf eine BES hin (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.5). Der Aspekt des Kontrollverlustes und eine gestörte Wahrnehmung des Hunger- und des Sättigungsgefühls spielen bei der BES eine wesentliche Rolle. Die Betroffenen leiden zudem unter depressiven Verstimmungen, unter Traurigkeit oder Gefühlen wie Wut und Ärger (vgl. Munsch 2007, S.15). Vor allem nach einem Essanfall überkommt den Betroffenen ein Gefühl von Hilflosigkeit und Wut gegenüber der eigenen Person (vgl. BzgA, 2017). Die Betroffenen versuchen daher oftmals ihre Gefühle zu verdrängen. Sie isolieren sich von ihrem sozialen Umfeld und essen nicht mehr in Gesellschaft. Dazu kommt, dass sie sich in ihrem Körper nicht wohlfühlen. Sie empfinden Scham und Hass gegenüber sich selbst und verurteilen sich selbst. Dies führt wiederum zu einem verminderten Selbstwertgefühl (vgl. Munsch 2007, S.15).

Die Diagnosekriterien einer BES (siehe folgende Abbildung) sind im aktuellen Diagnosesystem (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) beschrieben.

Bedeutend sind bei der Diagnosestellung die Merkmale und Häufigkeit der Essanfälle, die dabei auftretenden Symptome und das Verhalten und der emotionale Zustand nach den Essanfällen. Die BES lässt sich zudem nach dem Schweregrad (Leicht, Mittel, Schwer, Extrem) differenzieren (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.5).

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition 2013, Dt. Ausgabe: 2015)

A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
2. Das Gefühl, während der Periode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

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 Scham über die Menge, die man isst.
5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.

C. Es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle.

D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.

E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit wiederholten unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen wie bei der Bulimia nervosa und nicht ausschließlich im Verlauf einer Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa auf.

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Die minimale Ausprägung des Schweregrades wird über die Häufigkeit der Essanfälle bestimmt. Der Schweregrad kann höher angesetzt werden, um andere Symptome und den Grad der funktionellen Beeinträchtigung zu verdeutlichen.

Leicht: 1-3 Essanfälle pro Woche.

Mittel: 4-7 Essanfälle pro Woche.

Schwer: 8-13 Essanfälle pro Woche.

Extrem: 14 oder mehr Essanfälle pro Woche.

Abbildung 2: Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5 (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.5)

2.1.3. Ätiologie

An der Entstehung einer BES ist eine Vielzahl an unterschiedlichen Faktoren beteiligt (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S8).

Bisher liegen nur wenige Studien vor, welche untersucht haben, inwiefern die Entstehung einer BES erblich bedingt sein kann (vgl. Reich et al. 2010, S.63). Diese Studien zeigen jedoch, dass die Genetik einen Einfluss auf die Entwicklung einer BES haben kann (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S11). Wenn ein Familienmitglied an einer Essstörung leidet, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass weitere Familienmitglieder ebenfalls an einer Essstörung leiden. Dies könnte ein Indiz für eine mögliche Vererbung eines gestörten Essverhaltens sein. Das gehäufte Auftreten in Familien kann aber auch ein Zeichen für das Modelllernen sein, bei dem Menschen eine Essstörung entwickeln können, wenn sie selbst miterlebt haben, dass Familienmitglieder an einer Essstörung leiden oder gelitten haben (vgl. Tuschen-Caffier et al., 2016, S.11). Außerdem wurde durch bildgebende Verfahren festgestellt, dass Betroffene einer BES einen niedrigeren Serotoninspiegel als gesunde Menschen aufwiesen. Dieser niedrige Serotoninspiegel könnte eine Ursache für ein erhöhtes und häufigeres Hungergefühl sein, was wiederum zu einer erhöhten Nahrungsaufnahme führen kann. Auch das Auftreten von Adipositas im Kindesalter kann ein Risikofaktor einer BES sein (vgl. Reich et al. 2010, S.63).

Wie schon erwähnt kann auch das Umfeld einen Einfluss auf die Entstehung einer BES haben. Neben dem Auftreten von Essstörungen in der Familie, kann auch Übergewicht von Familienmitgliedern, häufiges Diäthalten der gesamten Familie oder einzelner Familienmitgliedern oder die Vermittlung eines restriktiven Essverhaltens als beeinflussende Faktoren gesehen werden. Außerdem können kritische Lebensereignisse und Belastungen eine BES auslösen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.13). Hinzu kommen belastende Kommentare oder Wertungen bezogen auf das Gewicht oder äußere Erscheinungsbild der Betroffenen, welche ebenfalls einen auslösenden Faktor darstellen. Daraus können Probleme mit dem eigenen Körperbild und ein vermindertes Selbstwertgefühl entstehen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.13).

Neben den zahlreichen Faktoren, die an der Entstehung einer BES beteiligt sein können, gibt es Faktoren, die den Zustand der Betroffenen beeinflussen und aufrechterhalten können. Dazu gehören psychische Faktoren wie der Umgang mit Emotionen und interpersonelle Konflikte (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.16). Ergebnisse aus der Hirnforschung haben gezeigt, dass bei übergewichtigen Menschen, die an einer BES leiden, durch das Zeigen von Bildern von Nahrungsmitteln die stärksten neuronalen Reaktionen im Orbitofrontalen Cortex ausgelöst werden (Im Vergleich zu übergewichtigen Personen ohne BES, normalgewichtige Personen mit BES und Personen ohne Diagnose einer psychischen Störung. Die Nahrung löst also eine stärkere Reaktion aus als bei Menschen, die keine BES erleiden (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.16). Die Betroffenen haben ein größeres Verlangen nach Nahrung und nehmen signifikant mehr Nahrung zu sich, wenn mehr vorhanden ist. Im Gegensatz zu Personen, die nicht an einer BES leiden, werden die Betroffenen in ihrem Essverhalten von

ihren Emotionen gesteuert (vgl. Reich et al. 2010, S.63). Die Stimmung der Betroffenen ist vor Essanfällen schlechter als vor normalen Mahlzeiten. Negative Emotionen und Gefühle werden unterdrückt und durch die Essanfälle kompensiert. Ein weiterer aufrechterhaltender Faktor ist, dass die Personen die unter einer BES leiden, oftmals Probleme beim Treffen von Entscheidungen haben und impulsiv handeln. Das hat auch Auswirkungen auf das Essverhalten, da dadurch ein ständiger Wechsel zwischen restriktivem Essen und übermäßigem Essen aufrechterhalten wird (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.16).

2.1.4. Komorbidität

Die Betroffenen leiden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger an psychischen Störungen, vor allem an Persönlichkeitsstörungen (vgl. Herpertz et al. 2011, S. 207). Die häufigsten Komorbiditäten sind Depressionen unter denen 50-60% der Betroffenen einer BES leiden (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 154) und Angststörungen, welche bei 20-50% der Patienten auftreten (vgl. Herpertz et al. 2011, S. 207). Die Häufigkeiten der Komorbiditäten bei einer BES sind vergleichbar mit denen einer Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 154). Bei einer Anorexia Nervosa ist die Depression die am häufigsten auftretende Komorbidität mit einer Rate von 50-70 % (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 152). Bei den PatientInnen einer Bulimia Nervosa leiden 40-60% unter Depressionen (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 153).

Aufgrund des Ausbleibens von Gegenmaßnahmen zu den Essanfällen leiden die PatientInnen zusätzlich oftmals unter Übergewicht oder Adipositas und damit zusammenhängenden gesundheitlichen Problemen wie Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S. 7). Die Therapie einer BES sollte die auftretenden Komorbiditäten berücksichtigen und einbeziehen (vgl. Herpertz et al. 2008, S. 155).

2.2 Therapie

Die Ziele der Therapie einer BES bestehen darin, sowohl die Symptome als auch die Gründe für die Entstehung und Aufrechterhaltung sowie die komorbiden Krankheitsbilder dieser Essstörung zu behandeln und die Betroffenen zu heilen (vgl. Herpertz et al. 2011, S.10). Zu

den Zielen der Therapie einer BES gehören die Reduktion der Häufigkeit der Essanfälle, die Reduktion psychischer Beschwerden oder komorbider Störungen und die Verbesserung der allgemeinen psychischen und physischen Gesundheit (vgl. Herpertz et al. 2011, S.10).

Da die BES durch mehrere unterschiedliche Faktoren bedingt ist und diese Faktoren bei jedem/jeder Patient/Patientin individuell sind, muss die angewandte Therapie auf diese individuelle Kombination angepasst sein (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2010).

Als bisher wirksamste und standardmäßig durchgeführte Therapie ist die kognitive Verhaltenstherapie oder auch kognitiv-behaviorale Therapie genannt (vgl. DPGM, 2011, S.29). Die Therapie wird aufgrund ihrer Wirksamkeit auch in den wissenschaftlichen Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen (vgl. DPGM, 2011, S.29). Im Fokus der kognitiven Verhaltenstherapie stehen dabei die Essstörungssymptome. Das Ziel der Therapie ist die Normalisierung des Essverhaltens und die Wiederherstellung eines natürlichen Sättigungs- und Hungergefühls (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.66). Dabei kommen verschiedene Methoden zur Anwendung. Dazu zählen unter anderem die Selbstbeobachtung mittels eines Essprotokolls und das Vermitteln von Wissen zu Themen wie psychologische und physiologische Konsequenzen vom Diäthalten oder der Ablauf der Nährstoffzufuhr durch Lebensmittel (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2010). Studien weisen darauf hin, dass die kognitive Verhaltenstherapie besonders in Bezug auf die Reduktion von Essanfällen einen großen Effekt hat (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2010). Die kognitive Verhaltenstherapie hat außerdem das Ziel, komorbide psychische Störungen zu behandeln (vgl. DPGM, 2011 S.29). Das Gewicht wird durch diese Art der Therapie jedoch kaum beeinflusst, da dieses nicht im Fokus steht. (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2010).

Neben der kognitiven Verhaltenstherapie gibt es außerdem noch die Interpersonelle Psychotherapie (IPT), welche bei Essstörungen und auch der BES angewandt wird (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.78). Hierbei liegt der Fokus der Behandlung bei den aktuell beim PatientIn vorliegenden interpersonellen Problemen, die oftmals Auslöser der BES sind (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.78). Die Therapie kann sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen stattfinden. Die Therapie besteht aus 16-20 Sitzungen, welche in drei Phasen eingeteilt sind. Die erste Phase bildet die initiale Phase, in der die interpersonellen Probleme identifiziert werden. In der mittleren Phase wird an den Problembereichen gearbeitet und in der Schlussphase wird das Erreichte und Erlernte gefestigt. Studien zeigen, dass durch die Interpersonelle Psychotherapie eine langanhaltende Verbesserung der Symptomatik einer BES erreicht werden können. Bei etwa 60 Prozent der PatientInnen treten keine Essanfälle mehr auf. (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.79).

3. Das Konzept der Achtsamkeit

3.1 Definition und Hintergrund vom Konzept der Achtsamkeit

Der Ursprung der Achtsamkeit liegt im Buddhismus (vgl. Kabat-Zinn, 1982 S.34). In buddhistischen Schriften, den sogenannten Sutren, wurden die „Vier Grundlagen der Achtsamkeit“ (im Buddhismus Satipatthana Sutra genannt) verfasst (vgl. Kabat-Zinn, 1982 S.34). Diese sind:

1. Die Achtsamkeit auf den Körper
2. Die Achtsamkeit auf die Gefühle/Empfindungen (Bewertung als positiv, negativ oder neutral)
3. Die Achtsamkeit auf den Geist (dessen aktueller Zustand bzw. Veränderungen des Zustands, z. B. abgelenkt, konzentriert, verwirrt)
4. Die Achtsamkeit auf die Geistesobjekte (d.h. alle äußeren und inneren Objekte/Dinge/Gedanken, die im Moment wahrgenommen werden)

Jon Kabat-Zinn ist ein emeritierter Medizinprofessor des Fachbereichs Medizin an der Universität von Massachusetts. Im Jahr 1971 promovierte er in Molekularbiologie am MIT (Massachusetts Institute of Technology). In den 1970er Jahren hat er, unter anderem aus seiner eigenen Erfahrung mit der Meditation und dem Hatha-Yoga (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.167) - eine Form der Yogalehre, bei der das Gleichgewicht zwischen Körper und Geist durch eine Kombination aus Atemübungen, Bewegungen und Meditation erreicht werden soll (vgl. Tran et al., 2001 S.165), das Mindfulness-Based Stress Reduction Programm entwickelt. Dieses Programm wurde vorerst für chronisch kranke PatientInnen entwickelt (vgl. Michalak et al. 2012, S.10). Ins Deutsche lässt es sich übersetzen als „Achtsamkeitsbasiertes Stressreduktionsprogramm“. Nach Jon Kabat-Zinn ist Achtsamkeit eine bestimmte Form der bewussten Aufmerksamkeitslenkung auf den aktuellen Moment, wobei dabei eine nicht-wertende Haltung gegenüber des gegenwärtigen Augenblickes eingenommen wird (vgl. Michalak et al. 2012, S.5).

Inzwischen wird das Prinzip der Achtsamkeit und die Grundlagen des Mindfulness-Based Stress Reduction Programm bei vielen verschiedenen psychischen und physischen Störungen eingesetzt (vgl. Michalak et al. 2012, S.10).

Nach Jon Kabat-Zinn lebt der Mensch den Großteil seiner Zeit im Autopilotmodus (vgl. Heidenreich et al. 2003, S.265). In diesem Zustand werden Tätigkeiten nur halbbewusst, unbewusst oder automatisch ausgeführt. Durch das Üben von Achtsamkeit sollen der Körper

und der Geist zusammengeführt werden. Der Mensch soll den Erfahrungen des aktuellen Augenblicks mit einer Offenheit und mit Akzeptanz entgegentreten (vgl. Heidenreich et al. 2003, S.265). Die regelmäßige Übung von Achtsamkeit soll dazu verhelfen, in stressigen Situationen einen Abstand zu den in dem Augenblick aufkommenden Gefühlen und Gedanken zu bekommen, sich diesen Empfindungen bewusst zu werden und daraufhin auf diese reagieren zu können (vgl. Michalak et al. 2012, S.6).

3.2 Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – MBSR

Das von Jon Kabat-Zinn entwickelte MBSR-Programm ist heute weltweit bekannt und wird sowohl ambulant als auch stationär und teilstationär durchgeführt (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.168).

Das MBRS-Programm läuft über einen Zeitraum von acht Wochen. Es gibt wöchentlich eine Gruppensitzung die 2,5 Stunden dauert und einmal wöchentlich einen Tag der Achtsamkeit. Eine Gruppe besteht in der Regel aus bis zu 30 TeilnehmerInnen (vgl. Michalak et al. 2012, S.10)

In den Gruppensitzungen werden wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Stressforschung vermittelt. Wodurch eine Verbindung zwischen Praxis und Theorie hergestellt wird. Jede Sitzung beginnt mit einer formellen Achtsamkeitsübung, welche eine Dauer von 20-40 Minuten hat (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.172).

Noch bevor die Sitzungen beginnen, werden die Teilnehmenden über das Programm, den Ablauf, die Anforderungen und die Ziele aufgeklärt. Wichtig ist dies, damit die Teilnehmenden sich bewusst sind, dass es einer eigenen Motivation, Verantwortung und Zeitaufwand bedarf, an dem achtwöchigen Programm teilzunehmen (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.172).

Das Programm beinhaltet formelle und informelle Achtsamkeitsübungen. Zu den formellen Übungen zählen unter anderem die Sitzmeditation und Yoga. Informelle Übungen sind Übungen, die aufzeigen, wie jeder Mensch für sich Achtsamkeit im Alltag integrieren kann. Am sogenannten „Tag der Achtsamkeit“ sollen die Patienten eigenständig Achtsamkeit in ihren Alltag einbringen und eine Sitzmeditation durchführen. Diese können sie eigenständig ohne Anleitung oder mithilfe einer zur Verfügung gestellten CD oder Audiodatei durchführen (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.172).

Die folgende Tabelle zeigt einen möglichen Ablauf eines achtsamkeitsbasierten Stressreduktionsprogrammes.

Sitzung	Inhalt
Vorgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. zwei Wochen vor Beginn des Kurses • Aufklärung über das Programm und die Anforderungen, Zielerklärung • Entscheidung über die Teilnahme am Programm
Woche 1: Achtsamkeit erforschen	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen • Einführung in die Praxis der Achtsamkeit • Rosinen-Übung • Einführung des Body-Scans • Hausaufgaben
Woche 2: Wie wir die Welt wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Übungspraxis zuhause • Schwerpunktthema: Funktionsweise der Wahrnehmung: Gegenüberstellung von unbewusster, automatischer Wahrnehmung und Reaktion (Autopilot) vs. Kreativer Reaktion • Body-Scan: Einführung der Sitzmeditation (10 Minuten) • Hausaufgaben
Woche 3: Im Körper beheimatet sein	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Übungspraxis zuhause • Einführung der achtsamen Körperarbeit • Sitzmeditation (15-20 Minuten) • Hausaufgaben
Woche 4: Stress mit Achtsamkeit begegnen	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechen der Übungspraxis zuhause • Schwerpunktthema: „Stress und seine Folgen I“ • Sitzmeditation (15-20 Minuten) • Hausaufgaben
Woche 5: Umgang mit Stress-verschärfenden Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechen der Übungspraxis zuhause • Schwerpunktthema: „Stress und seine Folgen II“ (Achtsamer Umgang mit Stressauslösern und Stressreaktion) • Sitzmeditation (30-40 Minuten) • Hausaufgaben
Woche 6: Gefühle willkommen heißen	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Übungspraxis zuhause

	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunktthema: „Umgang mit schwierigen Gefühlen“ • Sitzmeditation (30-40 Minuten) • Besprechung des „Tages der Achtsamkeit“ • Hausaufgaben
Tag der Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Vertiefung der Übungspraxis im Schweigen • Erfahrungsaustausch am Ende des Tages
Woche 7: Achtsame Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Erfahrung im Nachklang des Schweigetages • Sitzmeditation und Gehmeditation (30-40 Minuten) • Schwerpunktthema: „Achtsame Kommunikation“ • Hausaufgaben
Woche 8: Für sich Sorge tragen	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Übungspraxis zuhause • Schwerpunkt: „Die achte Woche ist der Rest Ihres Lebens“ • Reflexiver Rückblick und Ausblick • Beendigung des Kurses mit einem Abschiedsritual
Nachgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. zwei Wochen nach Ende des Kurses • Auswertung des Kurses • Ausblick auf die weitere Übungspraxis im Alltag

Tabelle 2: Möglicher Ablauf eines MBSR-Programms (Heidenreich et al. 2013, S.172-173)

3.2.1. Ziele des MBSR Programms

Das MBSR-Programm zielt nicht nur darauf ab, die Symptome der Erkrankung zu lindern. Es bietet vielmehr einen ganzheitlichen Ansatz und eine Kombination von Körper und Geist (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.170):

Die TeilnehmerInnen sollen sich in dem Kurs mit sich selbst und ihrer Umwelt auseinandersetzen. Sie sollen die Gedanken und Empfindungen ihres eigenen Körpers wahrnehmen und deuten lernen. Dabei sollen sie eine offene und positive Haltung den Empfindungen gegenüber haben (vgl. Michalak et al. 2012, S.5).

Ihre Aufmerksamkeit soll auf den jetzigen Moment gelenkt werden. Die TeilnehmerInnen sollen aus der automatischen Reaktion auf einen Reiz ausbrechen und neue Reaktionsmuster entwickeln. So kann das Gelernte in zukünftigen Situationen Anwendung finden. Ziel ist es auch dadurch zu erkennen, dass die PatientInnen die Kontrolle über ihre Reaktion haben und sich entscheiden können, wie sie reagieren werden (vgl. Michalak et al. 2012, S.5).

Die Regulation der Emotionen wird dadurch ebenfalls verbessert. Die Patienten achten darauf, wie sie in welchen Situationen reagieren und warum sie das tun. Durch diese intensive Wahrnehmung können sie ständige Grübeleien oder negative Gedankenmuster gegenüber der eigenen Person vermindern (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.169).

Auch die Körperwahrnehmung wird verbessert. Durch die verschiedenen Achtsamkeitsübungen wird die Aufmerksamkeit auf die Empfindungen des Körpers gelenkt. So kann ein Teilnehmender des Programms lernen, die Signale des eigenen Körpers besser wahrzunehmen, zu verstehen und bewusst in den Körper hinein zu fühlen (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.170). Das kann ihnen dabei helfen zu verstehen, warum sie in bestimmten Situationen auf eine bestimmte Art und Weise fühlen. Die Übungen helfen auch dabei eine tiefe körperliche Entspannung zu erfahren (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.170).

Durch das MBSR-Programm soll vermittelt werden, wie Menschen achtsam auf eine Situation reagieren und mit dieser Situation umgehen, anstatt mit automatischen Reaktionen zu antworten (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.175).

3.2.2. Achtsamkeitsübungen im MBSR Programm

In der ersten Sitzung des MBSR-Programms wird standardmäßig mit der sogenannten Rosinenübung gestartet (vgl. Michalak et al. 2012, S.32). In dieser Übung sollen sich die

Teilnehmenden Zeit nehmen eine Rosine genauer zu betrachten. Aussehen, Struktur, Geruch, Geschmack und Konsistenz der Rosine sollen ganz genau betrachtet und die dabei aufkommenden Empfindungen wahrgenommen werden. Danach soll sich in der Gruppe ausgetauscht werden, wie diese erste Achtsamkeitsübung empfunden wurde (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174).

Die weiteren Achtsamkeitsübungen, die im MBSR-Programm vermittelt werden in formelle und informelle Übungen unterteilt (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174).

Zu den formellen Übungen gehören der Body-Scan, Yoga-Übungen und die Sitz- bzw. Gehmeditation.

Der sogenannte Body-Scan (engl. Körper abtasten) ist eine Übung zur Verbesserung der Körperwahrnehmung. Die 30-45 minütige Übung wird im Liegen durchgeführt. Dabei werden die einzelnen Teile des Körpers nacheinander wahrgenommen. Dabei ist es wichtig eine nicht wertende Haltung einzunehmen. (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174).

Neben dem Body-Scan gibt es eine weitere körperliche Übung das sogenannte Hatha-Yoga (vgl. Heidenreich et al.2013, S.174). Ziel dieser Übung ist es nicht diese zu perfektionieren, sondern bei jeder Bewegung den Körper wahrzunehmen und die Grenzen des Körpers kennenzulernen.

Eine weitere formelle Übung ist die Sitzmeditation oder auch Atemmeditation. Diese Übung wird im Sitzen in einer bequemen, aufrechten Position durchgeführt. Hierbei führt ein Anleiter durch die Meditation, wobei sich die TeilnehmerInnen auf das Ein- und Ausatmen konzentrieren sollen. Eine weitere Art der Meditation ist die Gehmeditation. Hierbei wird ohne Anleitung im Gehen meditiert. (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174).

Informelle Übungen sollen Achtsamkeit im Alltag vermitteln. Routinierte Aufgaben des Alltags wie Zähneputzen oder Treppensteigen sollen achtsam durchgeführt werden. Dabei sollen die TeilnehmerInnen beobachten, welche Empfindungen dabei auftreten (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174).

3.3 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie – MBCT

Neben dem MBSR-Programm wird eine weitere Form der achtsamkeitsbasierten Therapie, die sogenannte „Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie“ (MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy), häufig eingesetzt (vgl. Michalak et al. 2012, S.56). Dieser Therapieansatz wurde

von den Psychotherapieforschern und Verhaltenstherapeuten Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale für das Rückfallgeschehen bei Depressionen entwickelt und direkt aus dem MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn abgeleitet (Heidenreich et al. 2003, S.268). Die Grundstruktur dieser Therapie basiert auf dem MBSR Programm und wurde durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente ergänzt. Dazu zählen beispielsweise die Psychoedukation zum Thema der Depression und die therapeutische Arbeit auf kognitiver Ebene (Heidenreich et al. 2003, S.268). Diese Ergänzung ist spezifisch auf die Behandlung ehemals depressiver PatientInnen angepasst. Die Gruppensitzungen werden hierbei achtmal für zwei Stunden durchgeführt. Die Anzahl der Gruppenmitglieder ist auf höchstens zwölf TeilnehmerInnen reduziert. Auch in diesem Programm gibt es sowohl formelle als auch informelle Übungen und eine anschließende Besprechung der Erfahrungen (Heidenreich et al. 2003, S.270).

Auch zur achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie liegen Forschungsergebnisse vor, die deutlich machen, dass diese Art der kognitiven Therapie für die Rückfallprävention bei Depression die gleiche Wirkung haben kann wie die Einnahme von Antidepressiva (vgl. Kuyken et al. 2015, S.63).

Bei achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen bei einer BES werden ebenfalls Elemente der „achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie“ genutzt. Da ein Großteil der PatientInnen einer BES auch an Depressionen leidet, kann das Berücksichtigen dieses Ansatzes für die Betroffenen hilfreich sein.

4. Effekte des achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes bei einer Binge-Eating-Störung

In mehreren Studien wurde belegt, dass das Konzept der Achtsamkeit oder Achtsamkeitsübungen in Verbindung mit verschiedenen Therapieformen einen positiven Effekt auf Menschen haben kann. Sowohl das allgemeine Wohlbefinden, der Verlauf einer Störung oder Krankheit und der Umgang der Betroffenen können durch Achtsamkeitstraining positiv beeinflusst werden.

Die Therapiekonzepte können sich dabei unterscheiden. Bei einigen Konzepten werden Achtsamkeitsübungen als Ergänzung zur herkömmlichen Therapie genutzt, andere Therapiemethoden bestehen aus einem vollständig achtsamkeitsbasierten Ansatz.

Im Folgenden werden die Ergebnisse mehrerer Studien zusammengefasst, welche die Effekte und Auswirkungen achtsamkeitsbasierter Therapie in Bezug auf die BES untersucht haben.

Dabei wird dargelegt, welche Chancen das Konzept der Achtsamkeit bei einer BES haben kann, wo die Grenzen dieses Ansatzes liegen und in welchen Bereich noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

4.1 Chancen achtsamkeitsbasierter Therapieansätze

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien veröffentlicht, welche die Auswirkungen von der Einbindung des Achtsamkeitskonzeptes in die Therapie von Essstörungen und anderen Störungen und Krankheiten, welche mit einem gestörten Essverhalten in Verbindung stehen, untersucht haben.

Die in den Studien dargestellten Programme sind angelehnt an das Mindfulness-Based Stress Reduction Programm, weisen jedoch teilweise Unterschiede auf. Die Zielgruppe der Studien variiert zwischen an einer BES leidenden PatientInnen ohne Komorbiditäten und den PatientInnen mit bestehenden Komorbiditäten. Die Zeitspanne der einzelnen Programme liegt bei 6 bis 16 Wochen. In einigen Studien gab es ein Follow Up. In den hier genannten Studien wurde das Programm in Gruppen durchgeführt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse von einem systematischen Review und zwei Studien dargestellt. Diese geben einen Überblick über verschiedene Ansätze der Implementierung von Achtsamkeitselementen in die Therapie einer BES.

Im Jahr 2014 wurde ein systematisches Review veröffentlicht. In diesem Review wurden die Ergebnisse mehrerer Studien zusammengefasst dargestellt. Dabei wurden die Effekte von Achtsamkeit auf ein gestörtes Essverhalten, welches durch eine übermäßige Nahrungsaufnahme charakterisiert ist, untersucht. In den berücksichtigten Studien werden Achtsamkeitsübungen als primäres Behandlungskonzept eingesetzt (vgl. Kattermann et al. 2014, S.198). Die Therapie basiert dabei vollständig auf Achtsamkeitsübungen oder die Achtsamkeitsübungen werden zusätzlich zu einer standardmäßig durchgeführten Therapie hinzugefügt. In diesem Review wurden insgesamt 14 Studien untersucht (vgl. Kattermann et al. 2014, S.198).

Die Programme der verschiedenen Studien haben eine Länge von 6 bis 16 aufeinanderfolgenden Wochen. Zu den verschiedenen Zielgruppen gehören PatientInnen mit Typ-2 Diabetes, mit Übergewicht oder Adipositas mit und ohne einer Binge-Eating-Störung, Menschen mit Interesse an Stressreduktion, PatientInnen, welche einen bariatrischen Eingriff hatten, und KriegsveteranInnen, welche nicht zwangsläufig ein gestörtes Essverhalten haben.

Die Anzahl der Frauen überwiegt im Großteil der Studien. Nur in einer Studie bei der die Zielgruppe KriegsveteranInnen sind, liegt der Anteil der männlichen Studienteilnehmer bei 87,5 %. (vgl. Kattermann et al. 2014, S.199). In neun weiteren Studien liegt der Anteil der männlichen Studienteilnehmer bei 10 bis 37% (vgl. Kattermann et al. 2014, S.199). Die TeilnehmerInnen sind zwischen 18 und 75 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter liegt bei 40 bis 60 Jahren (vgl. Kattermann et al. 2014, S.199).

In sieben von den in diesem Review untersuchten Studien, liegt der Fokus auf der BES. In allen sieben Studien wurden mittlere bis große Effekte der Anwendung von Achtsamkeitselementen bei den PatientInnen verzeichnet (vgl. Kattermann et al. 2014, S.200). Die Häufigkeit der Essanfälle wurde reduziert und das Essverhalten wurde verbessert (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202). Das Ausmaß der Effekte lässt sich mit den Effekten von alternativen Behandlungsmethoden bei einer BES, wie beispielsweise die Interpersonelle Therapie, vergleichen (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202). Außerdem sind diese Effekte bei den sehr unterschiedlichen Zielgruppen und unterschiedlich aufgebauten Behandlungsprogrammen ähnlich. Dies macht deutlich, dass die Integration von Achtsamkeit in die Therapie einer BES, ungeachtet auftretender Komorbiditäten und Charakteristika der Probanden, gleiche Effekte erzielen kann (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202).

In diesem Review wird aber auch auf mögliche Limitationen hingewiesen. Es werden zwar Effekte der achtsamkeitsbasierten Therapie deutlich, jedoch ist es notwendig die Entwicklung dieser Effekte über einen längeren Zeitraum zu untersuchen, um ihre Signifikanz verdeutlichen zu können. Außerdem sollte auch untersucht werden, welche Langzeiteffekte der achtsamkeitsbasierten Therapie, im Gegensatz zu den Langzeiteffekten von alternativen Therapieansätzen, vorhanden sind (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202). Ein weiterer Aspekt der in diesem Review als Limitation genannt wird, ist die geringe Anzahl der Probanden. In weiteren Untersuchungen sollte eine größtmögliche Anzahl an StudienteilnehmerInnen erreicht werden, um signifikante Ergebnisse zu erhalten (vgl. Kattermann et al. 2014, S.203). Ein weiterer Punkt ist, dass in diesem Review nur veröffentlichte Literatur berücksichtigt wurde. Mögliche Studien ohne signifikante Effekte eines achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes wurden möglicherweise nicht veröffentlicht.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse des Reviews, dass das Integrieren von Achtsamkeitselementen in die Therapie einer BES positive Effekte auf das gestörte Essverhalten haben kann, welche mit anderen Therapieformen vergleichbar sind (vgl. Kattermann et al. 2014, S.203).

In der Studie „Mindfulness-based Eating Awareness Training for treating Binge-Eating-Disorder: The Conceptual Foundation“ von Kristeller und Baer aus dem Jahr 2011 wurden die Auswirkungen eines Achtsamkeitsprogramm, welches für Menschen mit einer BES konzipiert ist, untersucht. Dieses Programm nennt sich Mindfulness-Based Eating Awareness Training (Achtsamkeitsbasiertes Ernährungsbewusstseinstaining).

Die Grundannahme dabei ist, dass die Nahrungsaufnahme fast immer automatisch erfolgt. Die Menschen sind während des Essens, durch innere Gedankenprozess oder äußere Einflüsse abgelenkt. Das Ziel des Programms ist, die Aufmerksamkeit wieder bewusst auf das Essen und den Vorgang des Essens zu lenken sowie sich den Empfindungen dabei bewusst zu werden (vgl. Kristeller et al. 2011, S.52).

Das Programm beinhaltet die herkömmliche Achtsamkeitsmeditation, welche im Mindfulness-Based Stress Reduction Programm angewendet wird. Darüber hinaus gibt es eine 20-minütige „Eating Meditation“, wobei sich die TeilnehmerInnen auf ihr Essverhalten und die aufkommenden Emotionen konzentrieren sollen. Im Anschluss an diese Meditation gibt es, so wie auch beim Mindfulness-Based Stress Reduction Programm, einen Austausch in der Gruppe über die Erfahrungen während der Meditation (vgl. Kristeller et al. 2013, S.285). Des Weiteren bilden die sogenannten „Mini-Meditationen“ eine weitere Komponente des Mindfulness-Based Eating Awareness Trainings. Diese Art von Meditation kommt dann zum Einsatz, wenn die Betroffenen im Alltag mit dem Essen in Verbindung kommen. Sowohl vor dem Essen als auch vor auftretenden Essanfällen sollen die Betroffenen lernen innezuhalten und sich ihrer Gefühle in dem Augenblick bewusst werden (vgl. Kristeller et al. 2013, S.285).

Die Ziele des Programms sind die Hauptprobleme der BES zu behandeln und die Betroffenen von dieser Störung zu heilen. Die Betroffenen sollen Kontrolle über ihre Emotionen bekommen. Sie sollen lernen ihre Nahrung bedacht auszuwählen und bewusst zu sich zu nehmen. Ein Merkmal einer BES ist, dass die Betroffenen ein verändertes Hunger- und Sättigungsgefühl haben (vgl. Munsch 2007, S.12). Dieses soll durch die achtsame Auseinandersetzung mit dem Vorgang des Essens und mit der Nahrung normalisiert werden. Die Betroffenen lernen interne und externe Auslöser für ihre Essanfälle identifizieren und positiv auf diese reagieren zu können (Kristeller et al. 1999,S.389). Das Programm soll den Betroffenen dabei helfen sich ein natürliches Essverhalten anzueignen und wieder Freude am Essen zu bekommen. Des Weiteren werden in dem Programm Informationen über Ernährung vermittelt, sodass die Betroffenen lernen, welche Menge und Art von Nahrung für sie individuell angemessen ist (vgl. Kristeller et al. 2013, S.287).

Die durchgeführte Studie weist auf, dass durch das Mindfulness-Based Eating Awareness Training die Häufigkeit der Essanfälle der Patienten von 4 auf 1.5 Anfälle pro Woche gesunken

ist (vgl. Kristeller et al. 2011, S.57). Außerdem gaben die Teilnehmerinnen an, dass sie während der Essanfälle, eine geringere Menge an Nahrung zu sich genommen haben als in Essanfällen, die vor der Programmteilnahme aufgetreten sind. Außerdem seien die Teilnehmerinnen von kleineren Nahrungsportionen befriedigt als noch vor dem Programm. Es wurde ebenfalls angegeben, dass depressive Symptome seltener auftraten (vgl. Kristeller et al. 2011, S.57).

In einer weiteren Studie mit dem Titel „Adding mindfulness to common CBT programs for BED a mixed method evaluation“ von Woolhouse et al., die im Jahr 2012 veröffentlicht wurde, wurde zur kognitiv-behaviorale Therapie Elemente der Achtsamkeit hinzugefügt und die Effekte dieses Therapieansatzes untersucht. Hintergrund dieser Studie war, dass die kognitiv-behaviorale Therapie bei einer BES zwar zu einer Reduzierung der Essanfälle führt, die Betroffenen nach der Therapie jedoch nicht komplett frei von erneuten Essanfällen bleiben. Die hier genannte Studie sollte nun darstellen, welche Effekte eine Inklusion von Achtsamkeit in die Therapie bewirkt (vgl. Woolhouse et al. 2012, S.322).

In dieser Studie haben die 33 Teilnehmerinnen einmal in der Woche für drei Stunden an einer Gruppensitzung teilgenommen. Diese Sitzungen beinhalteten Elemente aus der kognitiv - behavioralen Therapie und achtsamkeitsbezogene Übungen. Zu diesen Übungen zählten die Achtsame Meditation, Übungen zum achtsamen Essen und der Austausch über die Erfahrungen während der Meditation in den Gruppen (vgl. Woolhouse et al. 2012, S.323). Die wöchentlichen Gruppensitzungen liefen über einen Zeitraum von 10 Wochen. Nach den 10 Wochen und nach drei Monaten nach Beendigung des Programms haben die Teilnehmerinnen einen Fragebogen ausgefüllt. In diesem Fragebogen sollten sie Angaben zu ihren Erfahrungen während des Programms, zu den erlebten Veränderungen und Schwierigkeiten machen. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass mit 50% das Arbeiten in Gruppen für die Teilnehmerinnen am hilfreichsten war. An zweiter Stelle mit 30% liegen die achtsamkeitsbasierten Übungen. An dritter Stelle mit 19% liegen die Elemente der kognitiv-behavioralen Therapie (vgl. Woolhouse et al. 2012, S.331). Das achtsame Essen empfanden die Patienten als besonders hilfreich. Außerdem gaben die Teilnehmerinnen an auch noch drei Monate nach Beendigung des Programms von den Achtsamkeitsübungen zu profitieren (vgl. Woolhouse et al. 2012, S.331).

Jedoch gab es in dieser Studie keine Vergleichsgruppe und die Teilnehmeranzahl fiel mit 33 Teilnehmerinnen sehr gering aus (vgl. Woolhouse et al. 2012, S.323). Jedoch konnte diese Studie eine Tendenz der möglichen Effekte von Achtsamkeitsübungen als Zusatz zu der standardisierten kognitiv-behavioralen Therapie zeigen.

Zusammenfassend legen die hier dargestellten Studien folgende Effekte dar. Die Anzahl der Essanfälle der Binge-Eating-Betroffenen sind signifikant gesunken. Die Betroffenen geben an, den Auslöser dieser Essanfälle besser erkennen und positiv auf diese reagieren zu können. Emotionen sind in dem meisten Fällen der Auslöser der Essanfälle. Die Betroffenen konnten durch das Achtsamkeitstraining den Umgang mit ihren Emotionen verbessern. Depressive Tendenzen, welche ein Großteil der TeilnehmerInnen der achtsamkeitsbasierten Therapie aufgewiesen hat, haben sich reduziert. Auch auf den Umgang mit der Nahrung und den Prozess der Nahrungsaufnahme konnten positive Effekte verzeichnet werden. Die Betroffenen konnten sich Wissen in Bezug auf ihre Ernährung aneignen und so ermitteln, wieviel Nahrung und welche Nährstoffe ihr Körper benötigt.

4.2 Grenzen achtsamkeitsbasierter Therapieansätze

Die Einbindung des Achtsamkeitskonzepts in die Therapie einer BES steht verschiedenen Herausforderungen gegenüber, welche unterschiedlichen Ursprungs sind. Es sind sowohl teilnehmerbezogene Grenzen als auch strukturelle Grenzen bezogen auf die Ausübung von Achtsamkeit vorhanden.

PatientInnen, die an Achtsamkeitsprogrammen teilnehmen, müssen sich bewusst sein, was Achtsamkeit bedeutet und was sie in der Therapie erwartet. Es ist sehr wichtig die Patienten im Vorfeld darüber aufzuklären und zu ermitteln, welche Ziele die Patienten anstreben und ob diese Ziele mit Hilfe eines achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes zu erreichen sind. In den Studien hat sich gezeigt, dass sich die Anzahl der Essanfälle reduziert und sich das allgemeine Wohlbefinden verbessert hat. Jedoch führte die Therapie nicht zwangsläufig zu einem Gewichtsverlust bei den Patienten, da dies nicht das hauptsächliche Ziel der achtsamkeitsbasierten Therapie ist (vgl. Kristeller et al. 2011). Daher könnte hier eine mögliche Grenze achtsamkeitsbasierter Therapieansätze liegen.

Da das Einbringen von Achtsamkeit in den Alltag und das Erlernen von Achtsamkeitsübungen zeitintensiv ist, müssen die TeilnehmerInnen Geduld haben und sich bewusst machen, dass Veränderungen und Ergebnisse nicht sofort erkennbar sind. Das Erlernen von Achtsamkeitsübungen ist ein langer Prozess, weshalb die Übungen auch nach Beendigung eines Programms im Alltag durchgeführt werden sollten (vgl. Michalak et al. 2012, S.54). Auch hier kann eine mögliche Grenze darin bestehen, dass die Motivation der TeilnehmerInnen im Laufe des Programms abnimmt oder nach der Beendigung eines Programmes fehlende Motivation, Disziplin oder Zeit dazu führt, dass im Alltag keine Übungen mehr durchgeführt

werden. Hier wäre es hilfreich, in zukünftigen Studien die Auswirkungen der achtsamkeitsbasierten Therapie bei den TeilnehmerInnen über einen Zeitraum mehrerer Jahre nachzuverfolgen, um Aufschluss darüber zu bekommen, ob dieser Therapieansatz zu einer langfristigen Verbesserung der Symptome beziehungsweise eines Ausbleibens der BES führt.

Wie die Studien zeigen, sind positive Effekte bei unterschiedlichen Zielgruppen mit verschiedenen Komorbiditäten zu verzeichnen (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202). Dennoch kann es möglich sein, dass das Konzept der Achtsamkeit bei anderen Komorbiditäten nicht wirksam ist oder sogar einen gegenteiligen Effekt haben könnte und den Zustand der TeilnehmerInnen verschlechtert. Durch das regelmäßige Ausüben der Meditation kann es möglicherweise zu einem gegenteiligen Effekt kommen und negative Emotionen, welche unter anderem bei einer neben der BES vorliegenden Depression auftreten können, bei den PatientInnen hervorgehoben und verstärkt werden (vgl. Shapiro 1992, S. 64). Deshalb sollte, im Vorhinein abgeklärt werden, wie der Zustand der möglichen TeilnehmerInnen ist und ob ein achtsamkeitsbasiertes Programm für sie geeignet wäre.

Des Weiteren muss, wie bei dem Programm der Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion vorgesehen, im Vorfeld über den Inhalt und den Ablauf des Programmes aufgeklärt werden (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.172). Die TeilnehmerInnen müssen sich bewusst sein, dass die Programme normalerweise in Gruppen stattfinden. Auch dies könnte eine Barriere für die PatientInnen einer BES bestehen. Die PatientInnen leiden unter geringem Selbstwertgefühl und haben eine negative Einstellung gegenüber ihrem eigenen Körper (vgl. Munsch 2007, S15). Obwohl von vielen TeilnehmerInnen gerade der Aspekt der Therapie in der Gruppe als positiv bewertet wird, kann es für andere Patienten eine Herausforderung darstellen. Hier wäre es sinnvoll zu untersuchen, ob die positiven Effekte einer achtsamkeitsbasierten Therapie auch in Einzeltherapien vorzuweisen sind. In diesem Bereich besteht weiterer Forschungsbedarf.

Außerdem sollte auch deutlich gemacht werden, welche Elemente und Übungen ein achtsamkeitsbasiertes Programm beinhaltet (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.174). Nicht jede/r TeilnehmerIn reagiert mit den gleichen Entwicklungen auf Achtsamkeitsübungen. Eine mögliche Grenze des achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes liegt daher in der Vorgehensweise und in den Inhalten und Übungen der Therapie. Es kann vorkommen, dass TeilnehmerInnen sich nicht auf die Übungen wie beispielsweise die Sitzmeditation einlassen können und daher kein Effekt oder sogar ein negativer Effekt zu verzeichnen ist. Ein weiterer Punkt ist, dass die Übungen eines Achtsamkeitsprogramms auf die Betroffenen einer BES möglicherweise angepasst werden müssen. Ein Großteil der Betroffenen leidet unter Übergewicht oder Adipositas (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016, S.7). Daher sollte bei der Umsetzung der Übungen darauf geachtet werden, dass sie diese problemlos durchführen und

sich auf die Übung konzentrieren können. Dazu zählen mögliche Bewegungseinheiten und auch die Sitzmeditation, bei der eine entspannte Sitzposition gefunden werden muss.

Eine weitere mögliche Grenze achtsamkeitsbasierter Programme liegt darin, dass die Teilnahme eine hohe zeitliche Investition und Selbstdisziplin erfordert. Die Programme verlaufen über mehrere Wochen mit jeweils einer wöchentlichen Sitzung über mehrere Stunden (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.172). Ein großer Teil der Programme liegt außerdem darin, dass die TeilnehmerInnen eigenständig Achtsamkeit in ihren Alltag integrieren. Dies kann mögliche Hindernisse darstellen. Es ist möglich, dass die TeilnehmerInnen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Achtsamkeitsübungen ohne direkte Anleitung haben, dass sie keinen ruhigen Rückzugsort haben um die Übungen durchzuführen oder, dass sie die Selbstdisziplin nicht aufbringen können, ihre Aufgaben im Alltag achtsam durchzuführen. Selbstdisziplin ist bei vielen PatientInnen einer BES ein Problem und könnte möglicherweise auch in der achtsamkeitsbasierten Therapie ein Problem darstellen (vgl. Tuschen-Caffier et al. 2016).

Ein weiterer Punkt, der in den vorliegenden Studien nicht ausreichend untersucht wurde, ist der Geschlechterunterschied. Obwohl der Anteil der Betroffenen einer BES bei Männern und Frauen mit jeweils ca. 0,1% ähnlich ist (vgl. Jacobi et al. 2014, S. S.8), sind in den in dieser Arbeit berücksichtigten Studien vorwiegend weibliche Teilnehmerinnen vorzufinden. Hierbei ist zu hinterfragen, ob ein achtsamkeitsbasiertes Therapieprogramm von Männern und Frauen unterschiedlich eingeschätzt wird und möglicherweise auch unterschiedliche Effekte auf den Verlauf einer BES hat. Eine Studie von Stefanie Teri Greenberg and Eva G. Schoen aus dem Jahr 2008, untersuchte inwiefern die Therapie einer Essstörung an das Geschlecht angepasst werden sollte (vgl. Greenberg et al. 2008, S. 464). Dabei wurde festgestellt, dass sich sowohl die Ursachen als auch der Umgang mit Essstörungen bei Männern und Frauen unterscheiden (vgl. Greenberg et al. 2008, S. 470). Diesbezüglich kann sich eine geschlechterspezifische Therapie als sinnvoll ergeben. Dementsprechend sollte auch in Bezug auf eine mögliche geschlechterspezifische achtsamkeitsbasierte Therapie weitere Forschung in Erwägung gezogen werden.

Über die TeilnehmerInnen des Programms und der Programmstruktur hinaus liegt ein wichtiger Aspekt in der Arbeit des therapeutischen Fachpersonals (vgl. Heidenreich et al. 2013, S.166). Die Therapeuten und Therapeutinnen, welche die achtsamkeitsbasierten Programme durchführen, die sich an Patienten mit einer BES richten, sollten sowohl im Bereich des Achtsamkeitstrainings als auch im Bereich der Essstörungen ausgebildet sein. Es muss gegeben sein, dass sich das therapeutische Fachpersonal mit den Ursachen und Ausprägungen einer BES auskennt, um so bei möglichen Problemen optimal handeln zu können.

In den in dieser Arbeit erwähnten Studien, wurden keine weiteren Untersuchungen zu den Studienabbrechern durchgeführt. Es wäre hilfreich in zukünftigen Studien die Gründe von Studienausscheidern genauer zu untersuchen, da dass diese Aufschluss darüber geben könnten, welche weitere möglichen Hindernisse ein achtsamkeitsbasierter Therapieansatz beinhaltet.

In der einer Publikation aus dem Jahr 2011 mit dem Titel "For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated" von Patricia L. Dobkin, Julie A. Irving und Simon Amar wird darauf hingewiesen, dass es zwar viele Studien zu den Effekten achtsamkeitsbasierter Therapien gibt, jedoch kaum erforscht wurde, unter welchen Umständen diese Therapie keinen oder einen gegenteiligen Effekt haben könnte. Auch wenn die AutorInnen dabei keine empirisch belegbaren Ergebnisse ermitteln konnten, gibt ihre Arbeit einen Ansatz für mögliche Ursachen an. Die Ergebnisse zeigten, dass die drei Hauptgründe für den Ausstieg aus den Programmen der hohe Zeitaufwand, das Arbeiten in Gruppen und die Herangehensweise des Programms, sein könnten (vgl. Dobkin et al. 2011). Jedoch bedarf es weiterer Studien, die diese Thesen belegen könnten.

5. Diskussion und Fazit

In dieser Arbeit sollte die Frage behandelt werden, welche Effekte ein achtsamkeitsbasierter Therapieansatz bei einer Binge-Eating-Störung haben kann, um somit mögliche Chancen und Grenzen aufzuzeigen. Dabei wurde sich auf die hier dargestellten Studien beschränkt. Diese Studien stellen verschiedene Möglichkeiten der Integration des Achtsamkeitskonzepts in die Therapie der BES dar und geben einen Überblick über mögliche Effekte auf den Verlauf einer BES.

Zu Beginn dieser Ausarbeitung wurde ein Überblick über die BES gegeben. Im zweiten Teil wurde das Konzept der Achtsamkeit dargestellt. Hierbei wurde sich auf die wesentlichen und für diese Ausarbeitung notwendigen Aspekte beschränkt, damit der Rahmen dieser Arbeit eingehalten werden kann. Im letzten Abschnitt wurden dann die Ergebnisse mehrerer Studien vorgestellt, welche Aufschluss über die Effekte des Achtsamkeitskonzeptes in Bezug auf die BES geben. Auch in diesem Teil wurde die Auswahl der Studien aufgrund des Umfangs dieser Ausarbeitung beschränkt. Dabei wurden englisch- und deutschsprachige Studien berücksichtigt, welche die Effekte einer Implementierung von Elementen der Achtsamkeit in die Therapie einer BES bei Erwachsenen untersucht haben.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass bereits Studien, welche die Effekte von Achtsamkeitsübungen auf den Verlauf einer BES untersucht haben, vorhanden sind. Diese haben verdeutlicht, dass verschiedene positive Effekte achtsamkeitsbasierter Therapie vorhanden sind. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass die Betroffenen weniger oder gar keine Essanfälle mehr erlitten. Außerdem lernten sie ihre Emotionen wahrzunehmen und eine positivere Beziehung zum Essen aufzubauen. Die Effekte des achtsamkeitsbasierten Therapieansatzes sind mit den Effekten von standardmäßig durchgeführten Therapien zu vergleichen (vgl. Kattermann et al. 2014, S.202).

Die Studien wiesen jedoch auch Aspekte auf, welche in zukünftigen Therapiekonzepten verbessert werden könnten. In vielen Studien variiert die Anzahl der StudienteilnehmerInnen. Um genauere Ergebnisse zu bekommen, sollte eine möglichst repräsentative Anzahl an TeilnehmerInnen erreicht werden (vgl. Kattermann et al. 2014, S.203).

Es fehlen Vergleichsgruppen, durch welche aussagekräftigere Ergebnisse erreicht werden könnten. Mögliche Vergleichsgruppen wären Patienten einer BES ohne Teilnahme an einer Therapie, Patienten, welche an einer konventionellen Therapie wie der kognitiv behavioralen Therapie teilnehmen, Patienten welche an einer konventionellen Therapie mit ergänzenden Achtsamkeitsübungen teilnehmen und PatientInnen, welche nur Achtsamkeitsübungen durchführen. Mit diesen Vergleichsgruppen könnten unterschiedliche Effekte auf den Verlauf einer Binge-Eating-Störung verdeutlicht werden.

Des Weiteren werden die Gründe für das Ausscheiden aus den Studien nicht berücksichtigt (vgl. Kattermann et al. 2014, S.203). Es wäre hilfreich zu ermitteln, aus welchen Gründen die TeilnehmerInnen aus der Studie ausgeschieden sind. Dies könnte Aufschluss darüber geben, welche Effekte die Achtsamkeitsübungen auf diese TeilnehmerInnen hatte und ob diese für den Ausstieg der TeilnehmerInnen verantwortlich gewesen sind.

Diese Ausarbeitung weist Limitationen auf. Aufgrund der Menge an Studien zum Thema dieser Arbeit, bestand die Schwierigkeit darin, eine angemessene Anzahl an Studien auszuwählen und Einzugrenzen, welche Studien berücksichtigt werden sollen. Es war eindeutig, dass die Studien auf die BES spezialisiert sein sollten. Jedoch enthielten auch Studien, die sich beispielsweise mit Essstörungen oder mit Adipositas im Allgemeinen befasst haben, wichtige Informationen. Auch in Bezug auf das Thema der Achtsamkeit, erwies es sich als schwierig einzugrenzen, inwieweit sich die Studien auf das Konzept der Achtsamkeit konzentrieren sollten, oder, ob auch die Studien, die nur Teilaspekte wie die Meditation berücksichtigen, in diese Arbeit einbezogen werden sollten.

Obwohl schon viele Studien in diesem Bereich durchgeführt wurden, sind weitere Forschungen vonnöten. Die Studien zeigten die positiven Effekte der Achtsamkeit als

Therapieansatz bei einer BES auf. Es wäre dennoch notwendig zu untersuchen, ob es negative Effekte dieses Therapieansatzes gibt. Eine Untersuchung der Gründe für das Ausscheiden aus den Studien, könnte Aufschluss darüber geben, ob das Konzept der Achtsamkeit auch einen gegenteiligen Effekt haben könnte. Außerdem könnte die Forschung auch verdeutlichen, für welche Gruppen, unter welchen Umständen oder bei welchen Komorbiditäten ein achtsamkeitsbasierter Therapieansatz nicht indiziert ist. Ein weiterer Bereich, in dem es in Zukunft Studien geben könnte, ist der Bereich der Geschlechterunterschiede. Trotz der gleichen Prävalenz bei Männern und Frauen, sind die Teilnehmerinnen in den hier erwähnten Studien ausschließlich Frauen. Es könnte untersucht werden, welche Gründe dies hat. Außerdem wäre es sinnvoll zu ermitteln, ob ein achtsamkeitsbasierter Therapieansatz bei einer BES bei Frauen und Männern unterschiedliche Effekte aufweist.

Durch die Recherche ist deutlich geworden, dass das Konzept der Achtsamkeit auch über die BES hinaus bei verschiedenen Störungen und Problemen als Therapieansatz berücksichtigt wird. Die Forschung zeigt deutliche Ergebnisse über positive Effekte der Einbindung von Achtsamkeitselementen in die bisher angewandten und anerkannten Therapiekonzepte einer BES. Auch wenn in dieser Arbeit deutlich wird, dass bei dem achtsamkeitsbasierten Therapieansatz unterschiedliche Grenzen vorhanden sind, sind die positiven Effekte des Ansatzes erkennbar.

Literaturverzeichnis

Altner, N. (2009). Achtsam essen. Achtsamkeitsschulung kann Essstörung überwinden helfen, in: Zeitschrift für Komplementärmedizin, 3, 18-22.

<http://www.achtsamkeit.com/Altner2009AchtsamEssen.pdf> [Stand: 07.02.2018]

Bishop, S.R. (2002): What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction ?, in: Psychosomatic Medicine, 64 71–84.

<https://pdfs.semanticscholar.org/df4e/c1b4bc5357fe2e9ba18c24d4997705dcd88c.pdf> [Stand: 14.01.2018]

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Binge Eating Disorder, in: Bundesministerium für Gesundheit. 2017

URL:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerungen/formen/binge-eating-disorder.html> [Stand: 11.12.2017]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Binge-Eating-Störung.

<https://www.bzga-essstoerungen.de/betroffene/binge-eating-stoerung/> [Stand: 12.12.2017]

De Zwaan, M., Friederich, H.C. (2006): Binge Eating Störung, in Therapeutische Umschau, Bern, Hogrefe AG Band 63, 529-533

https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/Essstoerung/BingeEatingStoerung.pdf

[Stand: 07.02.2018]

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011): S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Essstoerungen_2011-abgelaufen.pdf [Stand: 05.02.2018]

Dobkin, L.P., Irving, J.A., Amar, S. (2011): For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated ?, in: Mindfulness, Springer.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12671-011-0079-9.pdf> [Stand: 14.01.2018]

Greenberg, S.T., Schoen, E.G. (2008): Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder, in: Professional Psychology: Research and Practice, 39, 464-471.

<https://pdfs.semanticscholar.org/e86f/9d2e1da5f3c7c2dc0135eebff27d7113bad8.pdf> [Stand: 07.02.2018]

Heidenreich, T., Michalak, J. (2013): Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Basel, Beltz Verlag

<https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-621-28037-2.pdf> [Stand: 16.01.2018]

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2003): Achtsamkeit ("Mindfulness") als Therapieprinzip, in: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Verhaltenstherapie, 13(4), 264-274.

<http://www.mbsrkoeln.de/artikel/210.pdf> [Stand: 12.01.2018]

- Herpertz, S. Hagenah, U., Vocks, S. (2011): Diagnostik und Therapie der Essstörungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 11 678-685,9-10.
<https://www.aerzteblatt.de/pdf/108/40/m678.pdf?ts=04%2E10%2E2011+14%3A49%3A39#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit> [Stand: 12.12.2017]
- Herpertz, S. de Zwaan, M., Zipfel, S. (2015): Handbuch der Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Springer Verlag
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-54573-3.pdf> [Stand: 07.02.2018]
- Jacobi, F. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), in: Der Nervenarzt, 85 77-87.
http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi-degs-praevalenzen-nervenarzt_2014.pdf [Stand: 13.12.2017]
- Kabbat-Zinn, J. (1982): An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results, in: General Hospital Psychiatry, 4 33-47.
https://ac.els-cdn.com/0163834382900263/1-s2.0-0163834382900263-main.pdf?_tid=0911e376-0bf5-11e8-98a4-0000aabb0f6b&acdnat=1518000948_02fcae6677dae7ee99ddb0c07e386f1 [Stand: 16.01.2018]
- Katterman, S.N., Kleinman, B.N., Hood, M.M., Nackers, L.M., Corsica, J.A. (2014): Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review, in: Eating Behaviors, 15 197-204.
https://ac.els-cdn.com/S1471015314000191/1-s2.0-S1471015314000191-main.pdf?_tid=e07f5e64-10a6-11e8-b170-0000aacb362&acdnat=1518517135_517112864b3bf3c821c4052dde09dcb4 [Stand: 10.12.2017]
- Kristeller, J.L., Hallett, C.B. (1999): An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder, in: Journal of Health Psychology, 4(3) 357–363.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/135910539900400305> [Stand: 12.12.2017]
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., Sheets, V. (2013): Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial, in: Mindfulness, 5 282-297.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12671-012-0179-1.pdf> [Stand: 12.12.2017]
- Kristeller, J.L., Wolever, R.Q. (2011): Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation, in: The Journal of Treatment and Prevention, 19 49-61.
<http://www.mb-eat.com/assets/kristeller---wolever---bed---mb-eat---conceptual-paper.pdf> [Stand: 15.01.2018]
- Kuyken, W., Hayes, R., Barret, B. et al. (2015): Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial, in: Lancet, 386 63–73.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62222-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62222-4.pdf) [Stand: 15.01.2018]
- MBSR-MBCT Verband: <https://www.mbsr-verband.de/haeufige-fragen.html> [Stand: 12.01.2018]
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J. M. G. (2012). Achtsamkeit. Göttingen: Hogrefe.

- Munsch, S. (2007): Das Leben verschlingen? Hilfe für Betroffene mit Binge Eating Disorder (Essanfällen) und deren Angehörige, Basel: Beltz Verlag
- Munsch, S. & Hilbert, A. (2015): Übergewicht und Adipositas. Fortschritte der Psychotherapie. (1. Aufl.) Hogrefe Verlag
http://www.ciando.com/img/books/extract/3840925665_lp.pdf [Stand: 07.02.2018]
- Reich, G. Cierpka, M. (2010): Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodell und Therapiepraxis – störungsspezifische und schulenübergreifend
https://www.thieme.de/medias/sys_master/8804606115870/9783131087836_musterseite_62_71.pdf?mime=application%2Fpdf&realname=9783131087836_musterseite_62_71.pdf
 [Stand: 08.02.2018]
- Tran, M.D., Holly R.G. et al. (2001): Effects of Hatha Yoga Practice on the Health-Related Aspects of Physical Fitness, in: Preventive Cardiology, 165-170
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1520-037X.2001.00542.x/epdf> [Stand: 16.01.2018]
- Tuschen Caffier, B., Hilbert, A., (2016): Binge-Eating-Störung (1.Aufl.).Hogrefe
- Tuschen Caffier, B., Hilbert, A., (2010): Essanfälle und Adipositas – Ein Manual zu kognitiven behavioralen Therapie der BES. Hogrefe
- Woolhouse, H., Knowles, A., Crafti, N. (2012): Adding Mindfulness to CBT Programs for Binge Eating: A mixed-methods evaluation, in: The Journal of Treatment & Prevention, 321-339.
https://www.researchgate.net/profile/Ann_Knowles/publication/227163276_Adding_Mindfulness_to_CBT_Programs_for_Binge_Eating_A_Mixed-Methods_Evaluation/links/0c96052cb6ea8d5505000000/Adding-Mindfulness-to-CBT-Programs-for-Binge-Eating-A-Mixed-Methods-Evaluation.pdf [Stand: 08.02.2018]
- World Health Organization (2000): Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894, Genf 2000 S. 8
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf?ua=1&ua=1 [Stand: 05.02.2018]

Anhang

Tab. 1 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung^a				
Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.) ^b
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)	0,8
Störung durch Substanzgebrauch (F1) ^c	13,9 (12,4–15,6)	19,4 (17,5–21,3)	16,6 (15,4–17,9)	10,6
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	7,9 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)	3,7
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,2
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)	1,9
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)	1,0
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3
– Nikotinabhängigkeit	11,7 (10,3–13,3)	14,6 (13,0–16,3)	13,1 (12,1–14,3)	8,4
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen) ^d	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
Affektive Störungen (F3)	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	9,3 (8,3–10,3)	6,0
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
Angststörung (F40, F41)	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	15,3 (14,2–16,6)	9,8
– Panikstörung ^e	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)	1,7
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)	1,4
– Spezifische Phobien ^f	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)	6,6
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	3,6 (3,1–4,4)	2,3
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,8)	1,5
Somatoforme Störung (F45) ^g	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (2,9–4,1)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
Esstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,6
– Anorexia nervosa	1,1 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1,1)	0,5
– Bulimia Nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)	0,1
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)	0,1
Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)	33,3 (31,2–35,5)	22,0 (20,1–24,1)	27,7 (26,3–29,2)	17,8
– Unter diesen mit einer Diagnose	50,2	64,0	55,6	9,9
– Zwei Diagnosen	22,3	21,7	22,1	3,9
– Drei Diagnosen	11,7	6,3	9,6	1,7
– Vier und mehr Diagnosen	15,8	7,1	12,8	2,3

^aDEGS1-MH, n=5317 (davon imputierte Werte von n=834 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen), Daten (% und Konfidenzintervalle) gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren; ohne Anwendung von DSM-IV-Hierarchieregeln; eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) ergibt aufgrund der Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und ist daher nicht zulässig. ^bBezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010. Zu beachten ist, dass a) sich die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt beziehen; b) auch die Angaben in Millionen sollen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden (vgl. Spalte „gesamt“). ^cOhne Missbrauch/Abhängigkeit illegaler Drogen (nicht erhoben). ^dScreening für Schizophrenie und andere psychotische Störungen ohne weitere Differenzialdiagnose; enthält psychotische Merkmale bei affektiven Störungen sowie psychotische Störungen aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor und substanzinduzierte psychische Störungen. ^eMit und ohne Agoraphobie. ^fTierphobien, Phobien vor Naturereignissen (z. B. Gewitter), situationale Phobien (z. B. Höhe), Blut-/Spritzen-/Verletzungspubien. ^gSomatic Symptom Index 4,6 (Escobar et al. [42]), Schmerzstörung.

■ Tab. 19.3 Komorbidität bei Binge-Eating-Störung (Lebenszeitdiagnosen)

Studie	Rekrutierung	N BES	Depression	Angststörung	Zwangsstörung	Vergleich mit KG
Bulik et al. (2002)	Bevölkerungsstudie, weibl. Zwillinge, BMI > 30	59	48 % MD	49 %	–	Mehr Depression, mehr Angst
Grilo et al. (2009)	Bevölkerungsstudie	404	47 % MD 7 % Dysthymie	37 %	3 %	
Specker et al. (1994)	Übergewichtige mit Therapiewunsch	43	47 % MD 7 % Dysthymie	12 %	0	Mehr Depression
Wilfley et al. (2000)	BES-Patienten in Behandlung	162	58 % MD	29 %	1	–
Yanovski et al. (1993)	Übergewichtige mit Therapiewunsch	43	51 % MD 16 % Dysthymie	19 %	2 %	Mehr Depression, mehr Angst

BES Binge-Eating-Störung, N BES Anzahl BES-Patienten, KG Kontrollgruppe, MD major depression]

Table 1
All studies included in the review.

Study	Design	Mindful n/total N	Population	Intervention length (weeks)	Primary outcome(s) Secondary outcome(s)	Main findings
Alberts et al. (2010)	MI + diet vs diet	10/19	Overweight adults with food cravings	10	Cravings Weight	Cravings and emotional eating decreased more in MI group; weight decreased in both groups
Alberts et al. (2012)	MI vs CTL	12/26	Women with "problematic eating"	8	Emotional and external eating, cravings, body image disturbance Weight	Emotional and external eating, cravings, and body image disturbance decreased in MI compared to controls, weight change ns
Baer et al. (2005)	MI	10	Women who binge eat	10	Binge eating	Reduced binge eating
Courbasson et al. (2011)	MI	29	Adults with BED and substance use disorder	16	Binge eating	Reduced binge eating
Dalen et al. (2010)	MI	10	Obese adults	6	Weight, emotional and binge eating	Reduced weight, emotional and binge eating, depression, and C-reactive protein
Daubenmier et al. (2011)	MI vs CTL	18/38	Overweight women "stress eaters"	9	Emotional eating Weight	Emotional eating and anxiety reduced in MI compared to controls, weight change ns
Kearney et al. (2012)	MI	38	Veterans	8	Stress and gastrointestinal (GI) symptoms Emotional eating, weight	MI reduced stress and GI specific anxiety, emotional eating and weight change ns

Kearney et al. (2012)	MI	38	Veterans	8	Stress and gastrointestinal (GI) symptoms <i>Emotional eating, weight</i>	MI reduced stress and GI specific anxiety, emotional eating and weight change ns
Kristeller and Hallett (1999)	MI	18	Overweight women who binge eat	6	Binge eating <i>Weight</i>	Reduced binge eating, weight change ns
Kristeller et al. (in press)	MI vs CBT vs CTL	40/108	Obese adults, 66% BED	9 weekly, 3 monthly	Binge eating <i>Weight</i>	Reduced binge eating in MI compared to controls, similar to CBT, weight change ns
Leahey et al. (2008)	MI	7	Post-bariatric surgery adults who binge eat	10	Binge eating	Reduced binge eating, depressive symptoms, and increased motivation
Miller et al. (2012)	MI vs CBT	27	Adults with DM-2	8 weekly, 2 bi-weekly	Weight, glycemic control	Weight decreased in both groups, but weight loss was greater for CBT group, both groups had improved glycemic control (HgA1c)
Rosenzweig et al. (2007)	MI	11	Adults with DM-2	8	Glycemic control, blood pressure, stress <i>Weight</i>	HgA1c, mean arterial pressure, and stress improved, weight change ns
Smith et al. (2008)	MI vs CBT	36/50	Adults paying for "stress reduction"	8	Range of health related outcomes <i>Binge eating</i>	Both groups improved on all health outcomes, MI improved more on mindfulness, energy, pain, and trend for binge eating
Timmerman and Brown (2012)	MI vs CTL	19/35	Women who eat out 3x/week	6	Weight, diet, emotional eating	Weight decreased and diet improved in MI group vs controls, emotional eating ns

Note. MI = mindfulness intervention group; diet = dietary education and 1 h of physical exercise per week; CTL = control group; CBT = cognitive-behavioral intervention group; mindful *n* = participants who completed the post-intervention assessment in the mindfulness condition; total *N* = participants who completed the post-intervention assessment across all study conditions; BED = binge eating disorder; ns = non-significant; HgA1c = hemoglobin A1c.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Chancen und Grenzen des Konzepts der Achtsamkeit als Therapieansatz bei einer Binge-Eating-Störung“ ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Yasemin Agan