

# **Psychotherapie und Adipositas**

Eine quantitative Untersuchung zur Anwendung  
logotherapeutischer und verhaltenstherapeutischer  
Ansätze

Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (MSc)

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Existenzanalyse und Logotherapie

von

Dr. Elke Humer

1220 Wien

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, 19.11.2018

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Elke Humer, erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt des Leistungsnachweises unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, 19.11.2018

Ort, Datum

.....

Unterschrift

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich auf dem langen Weg der Psychotherapieausbildung begleitet haben.

Meinen herzlichsten Dank möchte ich Herrn Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum aussprechen, der mir durch seine fachlichen Inputs und wertschätzende Unterstützung während meiner ersten eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit sehr geholfen hat. Weiters möchte ich ihm insbesondere für die motivierende Betreuung dieser Master Thesis danken.

Dr. Brigitte Ettl danke ich für ihre kompetente und kollegiale Begleitung in der Lehrtherapie und Supervision, insbesondere für die Unterstützung beim Umgang mit immer wieder auftretenden Zweifeln.

Herrn Prof. Wiesmeyr danke ich für die sehr wertschätzende Leitung und Betreuung der Ausbildung, insbesondere für seine motivierenden Rückmeldungen zu Prüfungen und schriftlichen Arbeiten.

Zu guter Letzt gilt mein besonderer Dank allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich an der Umfrage beteiligt haben und dadurch diese Master Thesis ermöglicht haben.

## **Kurzfassung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Adipositas. Im ersten Teil werden Ursachen, sowie allgemeine Behandlungs- und Psychotherapiemethoden, mit einem Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie, thematisiert. Weiters wird eine existenzanalytische Betrachtung der Adipositas versucht, sowie Möglichkeiten der Anwendung der Logotherapie und Existenzanalyse in der Psychotherapie bei Adipositas erläutert.

Im empirischen Teil wird eine Fragebogenerhebung unter Therapeuten und Therapeutinnen aus den Fachrichtungen Logotherapie und Existenzanalyse sowie Verhaltenstherapie dargestellt. Dabei liegt der Fokus vor allem auf möglichen Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Psychotherapie bei Adipositas.

Abschließend wird versucht das Potential der Logotherapie zur Behandlung von Adipositas darzustellen.

*Stichworte für die Bibliothek: Adipositas, Behandlungsmethoden, Existenzanalyse, Logotherapie, Verhaltenstherapie*

## **Abstract**

The present thesis is about obesity. In the first part causes as well as general treatment and psychotherapeutic methods, with a focus on behavioral therapy, are described. Furthermore, an existential analytical view of obesity is attempted, as well as potentials of applying logotherapy in psychotherapy for obesity.

In the empirical part, a quantitative survey among psychotherapists specialized in logotherapy and existential analysis as well as behavioral therapy is presented. The overall focus is to reveal possible similarities and differences in psychotherapy for obesity between both therapeutic fields.

Finally, a conclusion about the potential of logotherapy for the treatment of obesity is attempted.

*Keywords for the Library: behavioral therapy, existential analysis, logotherapy, obesity, therapeutic methods*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>THEORIETEIL</b> .....	<b>4</b>
2.1	ALLGEMEINE ASPEKTE VON ADIPOSITAS .....	4
2.1.1	<i>Klassifikation/Diagnosestellung</i> .....	4
2.1.2	<i>Epidemiologie</i> .....	6
2.1.3	<i>Ursachen der Adipositas</i> .....	6
2.1.4	<i>Prädisponierende Faktoren</i> .....	7
2.1.5	<i>Auslösende Faktoren</i> .....	9
2.1.6	<i>Faktoren der Aufrechterhaltung</i> .....	9
2.1.7	<i>Somatische Folgeerscheinungen von Adipositas</i> .....	11
2.1.8	<i>Psychische Komorbiditäten von Adipositas</i> .....	11
2.2	BEHANDLUNG VON ADIPOSITAS .....	12
2.2.1	<i>Ernährungstherapie</i> .....	14
2.2.2	<i>Bewegungstherapie</i> .....	15
2.2.3	<i>Psychotherapie</i> .....	16
2.2.4	<i>Medizinische Behandlung</i> .....	25
2.2.5	<i>Verlauf und Prognose</i> .....	27
2.3	ZUGANG DER LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE ZU ADIPOSITAS .....	28
2.3.1	<i>Logotherapeutische Betrachtung von Adipositas als psychische Störung</i> .....	28
2.3.2	<i>Logotherapie in der Adipositasstherapie</i> .....	32
<b>3</b>	<b>EMPIRIETEIL</b> .....	<b>49</b>
3.1	FORSCHUNGSFRAGEN .....	49
3.2	METHODISCHE VORGEHENSWEISE .....	50
3.2.1	<i>Durchführung der Befragung</i> .....	51
3.2.2	<i>Online-Fragebogen</i> .....	53
3.2.3	<i>Statistische Verfahren</i> .....	54
3.3	ERGEBNISSE .....	54
3.3.1	<i>Allgemeine/Soziodemographische Daten</i> .....	54
3.3.2	<i>Persönliche Einstellungen und Erfahrungen in der Psychotherapie Adipöser</i> .....	57
3.3.3	<i>Persönliche Einschätzung des Potentials der Logotherapie und Existenzanalyse bzw. Verhaltenstherapie in der Adipositasbehandlung</i> .....	61
3.3.4	<i>Psychotherapeutische Methoden</i> .....	64
3.3.5	<i>Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Behandlung Adipöser</i> .....	69
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>90</b>
4.1	ALLGEMEINE/SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN.....	90
4.2	PERSÖNLICHE EINSTELLUNGEN UND ERFAHRUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE ADIPÖSER .....	92
4.3	PERSÖNLICHE EINSCHÄTZUNG DES POTENTIALS DER LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE BZW. VERHALTENSTHERAPIE IN DER ADIPOSITASBEHANDLUNG .....	92
4.4	PSYCHOTHERAPEUTISCHE METHODEN .....	93
4.5	SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG ADIPÖSER .....	93
4.6	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN .....	97
4.7	RESÜMEE UND AUSBLICK.....	99
4.8	KRITISCHE REFLEXION DER VERWENDETEN METHODEN .....	102
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>105</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>124</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>125</b>

# 1 Einleitung

Die vorliegende Master Thesis beschäftigt sich mit Psychotherapie bei Adipositas. Es sollen zunächst allgemeine Aspekte der Möglichkeiten der Psychotherapie bei Adipositas erläutert werden. Schließlich ist das Hauptanliegen dieser Arbeit Möglichkeiten und Grenzen der Logotherapie und Existenzanalyse in der Therapie bei Adipositas zu erarbeiten.

Der Hintergrund für die Beschäftigung mit dem Thema Adipositas, entstand einerseits aus der Tatsache, dass überhöhtes Körpergewicht eines der gravierendsten Probleme des 21. Jahrhunderts darstellt (WHO, 2007). Die WHO (2000) beschreibt Adipositas als chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und erhöhtem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Neben einer Vielzahl an körperlichen Komorbiditäten, geht Adipositas auch mit einer höheren Prävalenz an psychischen Erkrankungen einher. Im Allgemeinen wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen (Gallé et al., 2017), weswegen sich die Behandlung meist komplex und schwierig erweist. Neben entsprechender ernährungswissenschaftlicher und sportmedizinischer Beratung beinhalten nahezu alle Gewichtsreduktionsprogramme auch psychotherapeutische Interventionen (Teufel et al., 2011a). Diese therapeutischen Interventionen sind beinahe ausschließlich in der verhaltenstherapeutischen Literatur zu finden (Hay, 2013). Für die Logotherapie und Existenzanalyse sind diesbezüglich keine Studien und auch kaum explizite Hinweise in der Fachliteratur zu finden. Die Logotherapie und Existenzanalyse könnte jedoch klassische, etablierte Therapieprogramme ergänzen. Vor allem in den schwierigen Phasen der Motivation und Rückfallprävention könnten gezielte logotherapeutische Techniken einen wertvollen Beitrag leisten.

Ein weiterer Grund sich näher mit dem Thema zu beschäftigen, entstand während meiner eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit, in welcher ich einen Klienten mit Adipositas begleitete. Dieser litt bereits seit der Kindheit an seinem überhöhten Körpergewicht und hatte nun im Alter von beinahe 60 Jahren stark unter den körperlichen Folgeerscheinungen zu leiden. Er hatte bereits einige therapeutische Versuche unternommen und konnte auch zwischendurch eine deutliche Gewichtsreduktion erreichen. Sobald er wieder mit belastenden Situationen konfrontiert war, begann er wieder verstärkt zu essen und nahm stark zu. Obwohl er

schon mehrere Therapien mit unterschiedlichen methodischen Ausrichtungen versucht hatte, war er dennoch davon überzeugt mit einem neuen psychotherapeutischen Ansatz eine dauerhafte Gewichtsreduktion erzielen und so einen chirurgischen Eingriff vermeiden zu können. Im Laufe der Therapie nahm ich selbst häufig Supervision in Anspruch und stellte mir wiederholt die Frage wie sehr sich Psychotherapie im Allgemeinen und Logotherapie und Existenzanalyse im Speziellen eignen um Menschen mit Adipositas bei der Erreichung und der Aufrechterhaltung eines normalen Körpergewichts zu unterstützen.

Somit entstand mein Interesse mich näher mit diesem Thema zu beschäftigen dadurch, dass Adipositas ein immer größeres Problem darstellt, es jedoch in Bezug auf Logotherapie und Existenzanalyse keine Studien dazu gibt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher zunächst einen theoretischen Überblick über das Auftreten und die Entstehung von Adipositas zu geben, sowie psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Im empirischen Teil soll durch quantitative Erhebung mittels Fragebogen beantwortet werden, ob Logotherapie eine geeignete Methode zur Therapie bei Adipositas darstellt. Des Weiteren wird ein Vergleich mit der Verhaltenstherapie angestellt, da diese derzeit als Methode der Wahl in der Psychotherapie bei Adipositas gilt. Dadurch sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Richtungen erhoben werden um schließlich zu eruieren, ob eine Kombination von Aspekten beider Richtungen die psychotherapeutische Behandlung bei Adipositas bereichern könnte.

Zunächst erfolgt im Literaturteil eine detaillierte Erläuterung der Theorie der Adipositas (Kapitel 2.1), welche die Klassifikation, Epidemiologie und schwerpunktmäßig deren Ursachen beinhaltet. Es wird auf prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren Bezug genommen. Schließlich werden somatische Folgeerscheinungen und psychische Komorbiditäten erörtert. In Kapitel 2.2. erfolgt ein Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten, sowie den Verlauf und die Prognose der Adipositas, mit einem Schwerpunkt auf die psychotherapeutische (insbesondere verhaltenstherapeutische) Behandlung. Kapitel 2.3 widmet sich dem Zugang der Logotherapie und Existenzanalyse. Hier werden bekannte psychotherapeutische Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten mit den Konzepten der Logotherapie und Existenzanalyse verknüpft. Es wird sowohl eine Eingliederung der störungsspezifischen Betrachtung in das Konzept der Logotherapie versucht, als auch

die Methoden der Logotherapie hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten in der Therapie der Adipositas betrachtet.

Im empirischen Teil werden die Fragestellungen (Kapitel 3.1) sowie Methoden einer Online-Umfrage zur Therapie von Klienten/Klientinnen mit Adipositas unter Logotherapeuten/Logotherapeutinnen sowie Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen mittels Fragebogen erläutert (Kapitel 3.2). Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung werden anschließend im Kapitel 3.3 dargestellt. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse schließlich anhand aktueller Fachliteratur diskutiert, die Forschungsfragen beantwortet, und die Bedeutung der Forschungsergebnisse für die Logotherapie und Existenzanalyse bei der Behandlung von Adipositas dargestellt. Schließlich wird anhand der Ergebnisse versucht die Frage zu beantworten, ob Logotherapie eine geeignete Methode zur Therapie bei Adipositas darstellt, sowie ein Ausblick über zukünftige Möglichkeiten in der Adipositas therapie gegeben. Abschließend erfolgt eine kritische Reflexion der angewandten Methoden und eine Zusammenfassung der Arbeit.

## 2 Theorieteil

### 2.1 Allgemeine Aspekte von Adipositas

#### 2.1.1 Klassifikation/Diagnosestellung

Adipositas ist als krankhaftes Übergewicht, das zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, definiert (Pschyrembel, 2002). Die WHO (2000) klassifiziert Adipositas anhand des Body-Mass-Index (BMI; Tabelle 1), wobei ab einem BMI von  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  das Kriterium für die Diagnose Adipositas erfüllt ist.

**Tabelle 1:** WHO-Gewichtsklassifikation (WHO, 2000)

Gewichtsklassifikation	Body-Mass-Index (kg/m <sup>2</sup> )
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht (Präadipositas)	25,0 – 29,9
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9
Adipositas Grad III	$\geq 40,0$

Überhöhtes Körpergewicht stellt eines der gravierendsten Probleme des 21. Jahrhunderts dar (WHO, 2007). Die WHO (2000) beschreibt Adipositas als chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und erhöhtem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. So geht Adipositas mit einer Vielzahl an Komorbiditäten einher und führt häufig zu Komplikationen. Neben einem 3-fach erhöhten Risiko für Diabetes, Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen und Störungen des Bewegungsapparates im Vergleich zu Normalgewichtigen, wird auch eine 2-fach höhere Prävalenz von depressiven Erkrankungen und Angststörungen berichtet (WHO, 2000).

Aufgrund der häufig stigmatisierenden Einstellungen in der Gesellschaft gegenüber Adipositas machen Betroffene oftmals diskriminierende Erfahrungen. Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. So ist vor allem bei Frauen ein Leidensdruck festzustellen (Herpertz et al., 2015).

Es liegt die Annahme nahe, dass Adipositas den Essstörungen zugerechnet wird. Im

Allgemeinen handelt es sich bei Essstörungen um schwere Störungen, welche in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern vorkommen (Mitchison et al., 2014). Insgesamt stellen Bulimia Nervosa und periodische Essanfälle mit Kontrollverlust (sog. Binge-Eating-Störung) die häufigsten Essstörungen dar (Hay et al., 2015; Qian et al., 2013). Wenngleich beide Störungen häufig mit Adipositas assoziiert sind, ist Adipositas *per se* im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992), der „International Classification of Diseases“ in seiner 10. Version (ICD-10), nicht als psychische Störung in Kapitel F, sondern im Kapitel E „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ klassifiziert. Unter Kapitel E ist der in Tabelle 2 ersichtliche Diagnoseschlüssel dargestellt:

**Tabelle 2:** Diagnoseschlüssel für Adipositas und sonstige Überernährung der ICD-10 (WHO, 1992)

Code	Bezeichnung
E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
E66.1	Arzneimittelinduzierte Adipositas
E66.2	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation
E66.8	Sonstige Adipositas
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet

Adipositas, die durch psychogene Essattacken zustande kommt, steht jedoch im engen Zusammenhang mit folgender Essstörung nach ICD 10:

F50.4: Essattacken bei anderen psychischen Störungen: Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse, wie etwa Trauerfälle, Unfälle und Geburt (WHO, 1992)

Des Weiteren können hyperphag-adipöse Störungen auch als eine Form der Sucht angesehen werden, auch wenn sie im ICD-10 nicht als eigene Krankheit definiert sind. Hyperphagie bezeichnet eine psychogene Esssucht, welche eine suchartige übermäßige Nahrungsaufnahme darstellt, die Adipositas mit einem BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> bewirkt (Ermann, 2016).

So kann Adipositas, die durch längerfristiges Überessen bzw. psychogene Essattacken, welche meist auf Basis einer Disposition zu Übergewicht und ohne gegenregulierende Maßnahmen entsteht, den Essstörungen als psychische Störung zugeordnet werden (Deckart, 2008a).

### *2.1.2 Epidemiologie*

Basierend auf 1698 populationsbasierten Datenquellen welche 186 Länder umfassen wird von einer enormen Steigerung des globalen alters-standardisierten BMI in den letzten vier Jahrzehnten berichtet (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). In der Zeit von 1975 bis 2014 ist der durchschnittliche BMI von Männern von 21,7 kg/m<sup>2</sup> auf 24.2 kg/m<sup>2</sup> und der durchschnittliche BMI von Frauen von 22,1 kg/m<sup>2</sup> auf 24.4 kg/m<sup>2</sup> angestiegen. Bleibt dieser Trend bestehen errechnet sich für das Jahr 2025 eine globale Prävalenz von Adipositas von 18% bei Männern und über 21% bei Frauen.

Basierend auf der Gewichtsklassifikation der WHO (2001) sind 55,2% der österreichischen Männer und 38,9% der Frauen übergewichtig und 14,4% haben einen BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> und sind somit als adipös einzustufen (Statistik Austria, 2014). Es zeigt sich ein deutlicher Anstieg an übergewichtigen und adipösen Männern und Frauen mit dem Alter: Während von den jungen Erwachsenen (15-30 Jahre) etwa 26% übergewichtig sind, steigt der Anteil im Alter ab 60 Jahren auf ca. 61%. Darüber zeigt sich auch ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Ausbildung. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist bei den über 30-Jährigen mit geringem Bildungsstand (nur Pflichtschule) mit ca. 53% deutlich höher als bei Personen mit abgeschlossenem Universitätsstudium (39%; Statistik Austria, 1999).

### *2.1.3 Ursachen der Adipositas*

Adipositas basiert auf einer multifaktoriellen Genese, welche genetische, metabolische, hormonelle, soziale und psychologische Faktoren beinhaltet (Guh et al., 2009; Colquitt et al., 2014). Wenngleich es eine Vielzahl theoretischer Modelle zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas gibt, wird nach derzeitigem Wissensstand vor allem das verhaltenstherapeutische Modell aufgrund seiner multidimensionalen Sichtweise der Symptomatik herangezogen (Legenbauer &

Vocks, 2014). Wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, sind neben den prädisponierenden Bedingungen, auch verschiedene auslösende Faktoren und aufrechterhaltende Faktoren von Bedeutung. Im Folgenden werden diese 3 relevanten Bereiche differenzierter betrachtet.

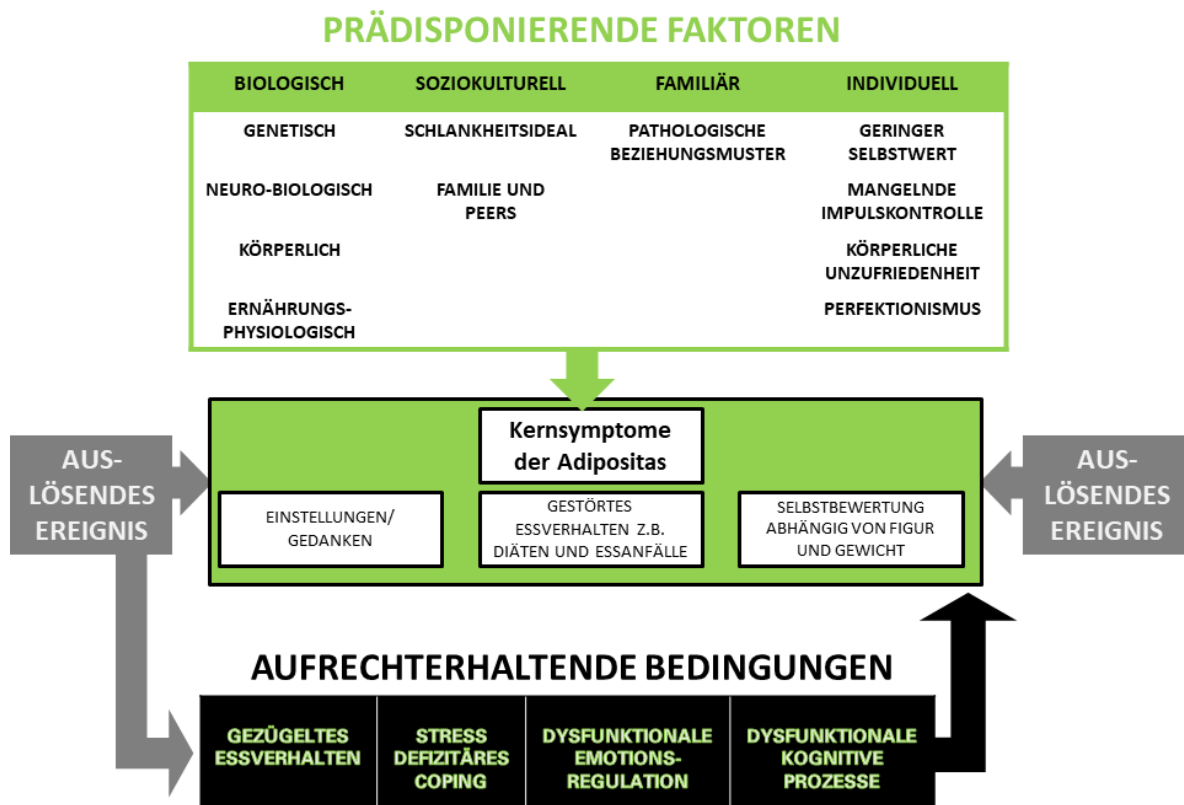


Abbildung 1: Multifaktorielles Modell der Adipositas (nach Legenbauer und Vocks, 2014 und Resmark, 2015)

### 2.1.4 Prädisponierende Faktoren

In der Fachliteratur werden verschiedene Persönlichkeitsmerkmale oder Umweltbedingungen beschrieben, welche die Grundlage für die Entwicklung von Essstörungen inkl. Adipositas darstellen. Diese prädisponierenden Faktoren werden auch als Vulnerabilitätsfaktoren bezeichnet und zeichnen sich dadurch aus, dass sie bereits vor dem Auftreten der Störung über einen längeren Zeitraum vorhanden waren und möglicherweise auch nach Krankheitsbeginn weiter wirksam sind. Prädisponierende Faktoren erlauben weder eine Prognose noch einen spezifischen Kausalitätszusammenhang, ermöglichen jedoch ein Erkrankungsrisiko zu erkennen

(Resmark, 2015). Im Allgemeinen können prädisponierende Faktoren in folgende Untergruppen eingeteilt werden (Deckart 2008a; Legenbauer und Vocks, 2014):

- a) Biologische Faktoren (z.B. genetische Faktoren, neurobiologische Veränderungen, endokrinologische Veränderungen, ernährungsphysiologische Faktoren, körperliche Faktoren)
- b) Soziokulturelle Faktoren (z.B. Schlankheitsideal mit negativem Vorurteil gegenüber dicken Menschen, hohe gesellschaftliche Erwartungen)
- c) Familiäre Faktoren (z.B. pathologische Beziehungsmuster wie Verstrickung, hoher Loyalitätsanspruch, Überbehütung mit wenig Entfaltungsspielraum, Definition der kindlichen Bedürfnisse über die Eltern, Misslingen der Ablösungsversuche, gesteigertes Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung)
- d) Individuelle Faktoren (z.B. geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Impulskontrolle, Depressionen, Pessimismus, Gefühl von Hilflosigkeit und Ineffektivität, kognitive Einschränkungen, Perfektionismus)

Im Speziellen führen Jacobi et al. (2004) folgende Vulnerabilitätsfaktoren an:

- Geschlecht (weiblich)
- Frühkindliche Ernährungs- und gastrointestinale Störungen
- Erhöhte Sorge um Gewicht und Figur
- Negative Selbsteinschätzung
- Psychisch belastende Erfahrungen inkl. sexueller Missbrauch
- Allgemeinpsychiatrische Erkrankungen
- Ethnische Zugehörigkeit (nichtasiatisch)

### *2.1.5 Auslösende Faktoren*

Zu den auslösenden Faktoren zählen Umstände, welche das erste Auftreten einer Essstörung hervorrufen. Dazu zählen kritische Lebensereignisse wie neue Anforderungen, Versagensangst, körperliche Erkrankungen, Verlust- und Trennungsergebnisse. Neben diesen eher allgemeinen Ereignissen, welche auch bei anderen psychischen Störungen als auslösende Faktoren zu finden sind, zählen bei Essstörungen auch strenge Diät oder physische Aktivität zu den auslösenden Faktoren (Resmark, 2005).

### *2.1.6 Faktoren der Aufrechterhaltung*

Die Bedingungen, die dazu beitragen, dass eine Essstörung bestehen bleibt, stehen sehr häufig mit den prädisponierenden Faktoren in engem Zusammenhang. Weiters führt die Essstörung häufig auch zu einer Fülle an physiologischen und psychologischen Veränderungen, welche zur Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen können, selbst wenn andere ursprünglich relevante Faktoren nicht mehr beteiligt sind. Dies führt häufig zu einem Teufelskreis, welcher ohne Hilfe nicht mehr unterbrochen werden kann. Legenbauer und Vocks (2014) nennen folgende aufrechterhaltenden Faktoren:

#### *2.1.6.1 Gezügeltes Essverhalten*

Darunter versteht man einen selbstauferlegten Nahrungsentzug, der das Reduzieren bzw. Halten eines Gewichts zum Ziel hat, welches unterhalb des eigenen optimalen Körpergewichts liegt (sog. Set-Point als wahrscheinlich biologisch festgelegtes Körpergewicht; Nisbett, 1972).

Gezügeltes Essverhalten zeichnet sich durch starre kognitive Grenzen aus und ist nicht durch interne Signale von Hunger und Sättigung reguliert (Wabitsch, 2014). Gezügeltes Essverhalten besteht nicht in allen Fällen von Adipositas im Vorfeld der Erkrankung, sondern ist vor allem als aufrechterhaltender Faktor von Bedeutung. Die Personen versuchen sich an bestimmte Regeln in Bezug auf Auswahl und Menge der aufgenommenen Nahrung zu halten, was häufig zu Versagensgefühlen führt, sobald es nicht mehr gelingt die selbstauferlegten Regeln einzuhalten. Daraus resultiert häufig ein Kontrollverlust über das Essen (Herman und Polivy, 1984). Vor allem wenn die absoluten Verbote durch externe Störungen übertreten werden, bricht die kognitive

Kontrolle schlagartig zusammen („Deichbruchphänomen“). Dieses Alles- oder Nichts-Prinzip mündet häufig in einem Kontrollverlust mit zügelloser Nahrungsaufnahme, durch das Bewusstsein darüber die selbstauferlegten Regeln gebrochen zu haben (Wabitsch, 2014). Weiters resultieren auch starke negative Emotionen wie Depression, Angst oder Stress häufig in Essanfällen (Herman und Polivy, 1984). Vor allem bei einer rigiden Kontrolle, in welcher die Diätregeln ganz strikt eingehalten werden müssen, kommt es häufiger zu Essanfällen, da das dauerhafte Einhalten der strengen Essensregeln nur schwer umzusetzen ist. Demgegenüber zeigen sich bei einer flexiblen Kontrolle, welche auch den gelegentlichen Verzehr von „verbotenen“ Nahrungsmitteln erlaubt, weniger häufig Essanfälle (Westenhöfer et al., 1999).

#### *2.1.6.2 Defizitäre Emotionsregulation*

Dazu zählt vor allem defizitäres Coping-Verhalten im Umgang mit belastenden Situationen. Neben einem Defizit im Umgang mit Stresssituationen, zeigten Studien, dass Personen mit Essstörungen tägliche Belastungen subjektiv als stressreicher wahrnehmen (Crowther et al., 2001). Vor allem eine geringere Toleranz im Aushalten negativer Gefühlszustände wird in Verbindung mit Essstörungen gebracht (Epslen et al., 2000). Insbesondere vermeidendes Bewältigungsverhalten, sowie Verdrängung von Konfliktsituationen finden sich häufig bei Personen mit Binge-Eating Symptomen (Troop et al., 1998; Koo-Loeb et al., 2000).

Insgesamt tragen maladaptive Stressbewältigungsmechanismen sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung von Essstörungen bei (Legenbauer und Vocks, 2014).

#### *2.1.6.3 Dysfunktionale Informationsverarbeitung und kognitive Prozesse*

Dabei handelt es sich um Denkmuster, welche die Handlungskompetenz negativ beeinflussen. Dazu zählt unter anderem eine irrationale und dichotome Kategorisierung von Nahrungsmitteln als gut/schlecht, massive Selbstabwertung nach dem Essen „verbotener“ Lebensmittel, überhöhte Ansprüche beim Einhalten einer Diät und die Antizipation von Kontrollverlust beim Essen (Legenbauer, 2003). Sowohl die Art der kognitiven Verarbeitung als auch der Inhalt der Kognitionen scheinen als aufrechterhaltende Faktoren einer Essstörung zu wirken, da sie häufig Essanfälle auslösen (Waller et al., 2000). Typischerweise richten Menschen mit Essstörungen

ihre Aufmerksamkeit selektiv auf Informationen welche mit Nahrung, Figur und Gewicht assoziiert sind (Lovell et al., 1997). Vor allem eine extreme Besorgnis über das Gewicht steht mit kompensatorischem Verhalten in Verbindung. So führen Legenbauer et al. (2011) an, dass eine Reduktion von diätbezogenen Gedanken im Rahmen einer Behandlung das restriktive Essverhalten reduzieren kann. Weiters wirkt eine Reduktion von körper- und selbstwertbezogenen Gedanken positiv in Hinblick auf die Reduktion von Essanfällen.

### *2.1.7 Somatische Folgeerscheinungen von Adipositas*

Wie eingangs erwähnt erhöht Adipositas das Risiko für eine Vielzahl an metabolischen Erkrankungen. In dieser Hinsicht stellen metabolische Veränderungen, welche unter dem Begriff des „Metabolischen Syndroms“ zusammengefasst werden eine besondere Relevanz für den Krankheitswert der Adipositas dar. Dieses Syndrom umfasst Insulin-Resistenz, gestörte Glukose-Toleranz, Typ 2 Diabetes, Hypertonus und Hyperlipidämie und gilt als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und ist somit für die erhöhte Morbidität und Mortalität von Adipösen mit verantwortlich (Brauchmann et al., 2018). Darüber hinaus wird auch von einem 1-2-fach erhöhten Risiko für Karzinomkrankungen (v.a. hormonabhängige und gastrointestinale Karzinome wie Brustkrebs, Endometriumkrebs, Prostatakrebs, Pankreaskrebs, Leberkrebs, Dickdarmkrebs, Gallenblasenkrebs und Nierenkrebs) berichtet. Diesbezüglich gilt es jedoch noch zu eruieren ob das überhöhte Risiko auf die Nahrungskomponenten, welche die Gewichtszunahme bewirken, oder direkt auf Adipositas zurückzuführen ist (WHO, 2000).

### *2.1.8 Psychische Komorbiditäten von Adipositas*

Adipöse Menschen leiden häufiger an Essstörungen (insbesondere Binge-Eating Störungen), einem gestörten Körperbild, sowie Depressionen, Angst und Suizidgedanken (Kushner & Foster, 2000; Dixon et al., 2003).

In der Gesellschaft wird Übergewicht mit körperlicher Unattraktivität assoziiert und betroffenen Menschen häufig Faulheit, Willensschwäche und Trägheit unterstellt. Die damit verbundenen sozialen Ausgrenzungen und Stigmatisierungen führen bei Adipösen häufig zu einem geringen Selbstwertgefühl bzw. können dieses verstärken (Mühlbacher et al., 2011). Einen wesentlichen Aspekt der psychischen Effekte der

Adipositas, stellt somit das damit assoziierte beeinträchtigte Selbstwertgefühl dar. Der oftmals sehr geringe Selbstwert Adipöser bezieht sich auf den eigenen Körper, schließt aber auch oft die gesamte Persönlichkeit ein, vor allem wenn bereits in der Kindheit die Erfahrung gemacht wurde „nicht in Ordnung zu sein“ (Spitzer-Prochazka, 2015). Vor allem bei Menschen die bereits sehr lange (z.B. seit der Kindheit) adipös waren, bleibt das negative Körperbild oft auch dann bestehen, wenn das Körpergewicht erfolgreich normalisiert wird (Bruch, 2001).

Vor allem Frauen leiden darunter nicht dem heutigen Schönheitsideal gerecht zu werden, und erfahren eine hohe emotionale Belastung, welche den Selbstwert stark schwächt (Pahr, 2011). Im Allgemeinen besteht bei Adipösen ein höheres Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken (Munsch & Hilbert, 2015), welches wiederum bei Frauen verstärkt ausgeprägt ist (Herpertz, 2015). Darüber hinaus sind depressive Störungen auch häufiger mit Adipositas assoziiert (Herpertz, 2015). Neben depressiven Erkrankungen kommt es bei Adipösen oftmals zur Entwicklung von Angststörungen, weswegen sie häufig soziale Funktionen in Familie, Beruf und Gesellschaft nur noch vermindert erfüllen können (Wirth, 2008).

Die gesellschaftlichen Diskriminierungen führen häufig dazu, dass Übergewichtige sowohl in Ausbildung als auch Beruf nachteilig behandelt werden und dadurch ein geringeres Einkommen und eine größere Armutsgefahr haben. Darüber hinaus haben Übergewichtige auch geringere Heiratschancen. Vor allem im jungen Alter kann Übergewicht die zukünftige Entwicklung entscheidend beeinflussen (Gortmaker et al., 1993).

## **2.2 Behandlung von Adipositas**

Aufgrund der multifaktoriellen Genese von Adipositas gestaltet sich die Behandlung meist komplex und schwierig. Gewichtsreduktionsprogramme zielen primär auf die grundlegende Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ab. Neben entsprechender ernährungswissenschaftlicher und sportmedizinischer Beratung sind jedoch auch psychotherapeutische Interventionen Bestandteil nahezu aller Gewichtsreduktionsprogramme (Teufel et al., 2011a).

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass Adipositas nicht zwangsläufig mit einer Essstörung gleichzusetzen ist, da nicht jede oder jeder Adipöse psychisch krank ist

und somit nicht jede oder jeder eine psychotherapeutische Behandlung benötigt. In der Mehrzahl der Fälle weisen jedoch adipöse Menschen zugrundeliegende psychische Störungen auf, welche im Rahmen einer Psychotherapie bearbeitet werden sollen (Wöran, 2016). Des Weiteren stellt Psychotherapie ein zentrales Element bei der Prävention und Therapie der Adipositas dar um sowohl die Gewichtsabnahme als auch die -stabilisierung zu unterstützen (Holzapfel et al., 2014). Nichtsdestotrotz muss zur Kenntnis genommen werden, dass Psychotherapie allein für eine erfolgreiche Adipositasstherapie nicht ausreicht (Wöran, 2016).

Aktuelle Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas, welche z.B. in den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft dargelegt werden, führen folgende drei Säulen an, welche als Grundlage jeder Behandlung von Übergewichtigen gelten (Wabitsch, 2014):

1. Ernährungstherapie
2. Bewegungstherapie
3. Verhaltenstherapie/Psychotherapie

Wichtig ist eine individuelle, am Bedarf orientierte Kombination/Gewichtung dieser drei Säulen um einen langfristigen Erfolg zu erzielen (Wabitsch, 2014). Da die Gewichtsreduktion enorme finanzielle und personelle Ressourcen in Anspruch nimmt (WHO, 2007), ist die Kenntnis von Therapievoraussetzungen und erfolgsversprechenden Therapiemöglichkeiten von großer Bedeutung.

In diesem Zusammenhang gibt Becker (2015) eine umfassende Diagnostik verschiedener Fachdisziplinen (Endokrinologie, Sportmedizin, Ernährungstherapie, Psychosomatik, Chirurgie) als Grundvoraussetzung für eine optimale Therapie an. Weiters sollen auch verschiedene Persönlichkeits- und Motivationsfaktoren berücksichtigt und das Ausmaß psychischer Komorbiditäten sowie frühere Therapieversuche miteinbezogen werden (Becker, 2015). Neben der genauen Erhebung von körperlichen und psychischen Beschwerden, sollen therapierrelevante Faktoren, wie Ernährung, Ess- und Bewegungsverhalten erhoben werden. Ein anamnestischer Gewichtsverlauf, welcher das ganze Leben der Klienten/Klientinnen umfasst und bereits durchgeführte therapeutische Lösungsversuche beinhaltet, soll

erhoben werden. Diese Erhebung ist hilfreich um Therapiemotivation, Zielsetzung, sowie den Behandlungsplan zu erstellen (Munsch & Hilbert, 2015).

Im Folgenden werden die 3 Säulen der Behandlung bei Adipositas näher betrachtet.

### *2.2.1 Ernährungstherapie*

Grundsätzlich werden laut aktueller Leitlinien zur Adipositasstherapie im Rahmen der Ernährungstherapie folgende Punkte empfohlen (Wabitsch, 2014):

- Erstellung individualisierter Ernährungsempfehlungen, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden
- Angebot einer Ernährungsberatung im Rahmen der medizinischen Betreuung
- Umfassende und verständliche Information der Patienten/Patientinnen über Ziele, Prinzipien und praktische Aspekte der Ernährungsumstellung
- Einbezug des persönlichen und beruflichen Umfelds des/der Betroffenen bei der Ernährungsberatung und Ernährungsumstellung

Praktische Empfehlungen zur Ernährungstherapie umfassen:

- Empfehlung von Ernährungsformen, welche über einen ausreichenden Zeitraum ein Energiedefizit bewirken und zu keinen Gesundheitsschäden führen
- Ein tägliches Energiedefizit von ca. 500 kcal/Tag, in Einzelfällen auch höher, durch Reduktionskost soll angestrebt werden um das Körpergewicht zu reduzieren
- Extrem einseitige Ernährungsformen sollen wegen hoher medizinischer Risiken und fehlendem Langzeiterfolg nicht empfohlen werden

Insgesamt gibt es eine Vielzahl ernährungsmedizinischer Konzepte, welche bestmöglich individuell angepasst werden sollen. Grundsätzlicher Inhalt jeder

Ernährungstherapie ist das Erlernen eines strukturierten und regelmäßigen Essverhaltens, welche auch das Vermeiden von Diäten beinhaltet.

Einige wesentliche Punkte, welche Inhalt der üblichen ernährungsmedizinischen Konzepte sind, werden im Folgenden angeführt (nach Hauner, 2015):

- Ernährungsinformation/-schulung
- Sorgfältige Einkaufsplanung, Selbstbeobachtung der Nahrungsaufnahme, Gewichtsmonitoring
- Reduktion der Energieaufnahme um 500-600 kcal/Tag
- Viel Gemüse, Obst und Vollkornprodukte
- Reduktion fettreicher Nahrungsmittel
- Sicherstellung einer adäquaten Proteinzufuhr
- Keine zuckerhaltigen Getränke
- 3 Mahlzeiten pro Tag, keine Zwischenmahlzeiten

### *2.2.2 Bewegungstherapie*

Die gängigen Leitlinien zur Behandlung der Adipositas führen körperliche Aktivität als wesentlichen Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion an (Wabitsch, 2014). Da das Wort „Sport“ bei Adipösen oftmals mit negativen Erfahrungen (z.B. aus dem Schulunterricht), Überforderung oder Versagen assoziiert ist, wird meist von „Bewegung“ gesprochen (Bauer, 2013). Da regelmäßige körperliche Aktivität nicht nur zur Gewichtsreduktion und -stabilisierung essenziell ist, sondern auch davon unabhängige positive metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale Wirkungen mit sich bringt, führt bereits ein geringes Maß an Bewegung zu einer erhöhten Lebensqualität (Bauer, 2013; Wabitsch, 2014; Platen, 2015).

Grundsätzlich werden im Rahmen der Bewegungstherapie folgende Punkte empfohlen (nach Wabitsch, 2014):

- Ermutigung zu vermehrter körperlicher Aktivität
- Eine mögliche Kontraindikation für vermehrte körperliche Bewegung sollte eruiert werden
- Eine effektive Gewichtsreduktion erfordert mind. 150 Minuten Bewegung mit einem Energieverbrauch von 1200 – 1800 kcal pro Woche
- Ein ausgewogenes Trainingsprogramm, welches sowohl Kraft- als auch Ausdauertraining beinhaltet wird empfohlen
- Bei einem BMI über 35 kg/m<sup>2</sup> (Adipositas Grad II) sind für den Bewegungsapparat nicht belastende Sportarten zu empfehlen
- Die Erhöhung der körperlichen Aktivität im Alltag sollte empfohlen werden
- Die gesundheitlichen Vorteile der körperlichen Aktivität, welche unabhängig von der Gewichtsabnahme auftreten, sollten aufgezeigt werden
- Die Bewegungsziele sollten verständlich und realistisch sein
- Nach Gewichtsabnahme soll vermehrte körperliche Aktivität empfohlen werden um eine Gewichtsstabilisierung zu erreichen

Insgesamt stellt Bewegung einen notwendigen Aspekt zur langfristigen Erreichung der Therapieziele dar. Daher ist es notwendig den/die Patienten/Patientinnen zu verdeutlichen, dass es sich um eine dauerhafte Umstellung handelt, welche mit großen Anstrengungen verbunden ist (Platen, 2015; Wöran, 2016).

### *2.2.3 Psychotherapie*

Unter Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese soll der Fokus in der Behandlung von Adipositas auf den veränderbaren Faktoren liegen. Während die biologischen

Faktoren nicht oder nur sehr schwer veränderbar sind, gibt es bei den psychosozialen Faktoren Möglichkeiten der Einflussnahme. So soll im Rahmen der Psychotherapie einerseits eine Akzeptanz der nichtveränderbaren, biologischen Faktoren angestrebt und eine positive Beeinflussung der psychosozialen Faktoren erreicht werden (Wöran, 2016).

Trotz der Bedeutung der Psychotherapie als essenzielles Element der Adipositas-therapie, ist zu berücksichtigen, dass Psychotherapie allein zur dauerhaften Erzielung einer Gewichtsreduktion und -stabilisierung unzureichend ist, sondern nur in Kombination mit Ernährungs- und Bewegungstherapie zielführend ist (Teufel et al., 2011a). Eine individuelle Gewichtung dieser drei Säulen ist erforderlich um einen langfristigen Erfolg zu gewährleisten.

Laut Herpertz und Senf (2003) stehen folgende Themen häufig im Zentrum der Psychotherapie bei Adipositas:

- Bewältigung psychischer und sozialer Probleme
- Stabilisierung neuer Handlungsmöglichkeiten
- Stressbewältigung
- Bearbeitung der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild
- Verbesserung interpersoneller und intrapsychischer Probleme

Prinzipiell soll der Therapieprozess zwei Phasen umfassen: die Phase der Gewichtsreduktion, sowie die Phase der Aufrechterhaltung des reduzierten Körpergewichts. Besonders essenziell ist die zweite Phase, da es nur ca. 20-30% der Adipösen gelingt langfristig das neue Körpergewicht zu halten (Wing & Phelan, 2005). Daher muss das langfristige Ziel jeder Psychotherapie die Gewichtsstabilisierung sein.

Besonderes bedeutend ist eine individualisierte Therapie, welche sich an den individuellen Bedürfnissen orientiert, an den prädisponierenden oder aufrechterhaltenden Faktoren arbeitet und vor allem helfen soll Motivation und Fertigkeit zur essenziellen Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erzielen (Teufel et al., 2011a). Teufel et al. (2011a) schlussfolgerten in ihrem Übersichtsartikel zur Therapie bei Adipositas, dass eine dringende Notwendigkeit besteht Ansätze zu finden, welche auf die Veränderungsmotivation fokussieren. So können Interventionen und Techniken aus verschiedenen Psychotherapierichtungen sinnvoll sein um eine langfristige Gewichtsstabilisierung zu erreichen.

Im Allgemeinen gilt die Verhaltenstherapie als die Intervention mit der besten belegten Wirksamkeit und wird daher gängig als Verfahren der Wahl zur Psychotherapie bei Adipositas angesehen (Hay, 2013).

Folgende Empfehlungen werden im Rahmen der Verhaltenstherapie laut Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas angegeben (Wabitsch, 2014):

- Im Einzel- oder Gruppensetting sollen verhaltenstherapeutische Interventionen Teil des Gewichtsreduktionsprogramms sein
- Die Interventionen sollen an den Betroffenen und ihrer Situation adaptiert sein
- Interventionen sollen verschiedene Elemente beinhalten

Wichtige Elemente adäquater psychotherapeutischer Interventionen und Strategien im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie der Adipositas sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

**Tabelle 3:** Psychotherapeutische Interventionen und Strategien der Verhaltenstherapie bei Adipositas (nach Wiesner, 2005; Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)

<b>Psychoedukation und Motivationsaufbau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wissensvermittlung über wesentliche Zusammenhänge der Adipositas (Genetik, Ernährung, Bewegung, Psyche etc.)</li> <li>– Vermittlung eines soliden Grundwissens über gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung</li> <li>– körperliche und gesundheitliche Folgen</li> <li>– Erarbeitung der Vor- und Nachteile einer Veränderung</li> </ul>
<b>Zielevereinbarung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definition und, soweit möglich, Operationalisierung realistischer Gewichtsziele</li> <li>– Einbezug von gewichtsunabhängigen Zielen (Ziele hinsichtlich körperlicher und psychischer Gesundheit und sozialer Entwicklung)</li> </ul>
<b>Selbstbeobachtung/ Verhaltensanalyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontrolle von Essmenge, Essstruktur und körperlicher Aktivität mittels Aufzeichnungen zur Identifikation von</li> </ul>

	<p>problematischem Verhalten, Auslösern und aufrechterhaltenden Bedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Regelmäßige Gewichtskontrolle, Führen einer Gewichtskurve</li> <li>– Zusammenhänge von Essen und Gefühlen</li> <li>– verstärkende Wirkung positiver Veränderungen</li> </ul>
<p><b>Stimuluskontrolle (Kontrolle von Nahrungsreizen)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Strukturierung der Einkäufe, kein Einkaufen im hungrigen Zustand</li> <li>– keine Bevorratung großer Nahrungsmittelmengen</li> <li>– strukturiertes Essverhalten, Nahrungsaufnahme immer zu festen Essenszeiten und am gleichen Ort</li> <li>– Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Essverhalten (keine anderen Aktivitäten neben dem Essen wie Computer oder Zeitunglesen)</li> </ul>
<p><b>Modifizierung dysfunktionaler Kognitionen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifikation dysfunktionaler Gedanken</li> <li>– Umwandlung in funktionale Gedanken</li> <li>– Bearbeitung der Überzeugungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas</li> <li>– Arbeit an der empfundenen Wirkung auf andere</li> <li>– Arbeit am Selbstbild und Körperbild und Förderung der Akzeptanz von Körper und Gewicht</li> <li>– flexible Kontrolle des Ess- und Bewegungsverhaltens erlernen: starre kognitive Grenzen des gezügelten Essverhaltens bearbeiten, flexible Kontrolle mit entsprechenden Verhaltensspielräumen als zeitlich überdauernde Langzeitstrategien mit Möglichkeiten der Kompensation anlegen um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Zusammenbruches der Verhaltenskontrolle zu minimieren</li> </ul>

<p><b>Entwicklung alternativer Verhaltensweisen statt Essen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Strategien zu Umgang mit Stress</li> <li>– Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining: Reflexion von Beziehungsinteraktionen in individuell schwierigen Situationen und Einübung von Alternativen</li> <li>– Problemlösetraining/Konfliktlösetraining: Überprüfung individueller Strategien im Umgang mit Herausforderungen, ggf. Entwicklung alternativer Herangehensweisen zur Reduktion des Defiziterlebens</li> <li>– Verstärkerstrategien: der Verstärker „Nahrung“ soll durch Alternativen (z.B. erlebte Gewichtsreduktion auf der Waage, Wiederaufnahme von Hobbies, positive Rückmeldung vom Umfeld, soziale Kontakte) ersetzt werden. Veränderungen sollen belohnt werden</li> <li>– Entwicklung alternativer Strategien zur Affektregulation</li> <li>– Erlernen alternativer Entspannungsstrategien</li> <li>– Genussstraining: Erarbeitung differenzierter Zugänge zur Genussfähigkeit (nicht durch Essen)</li> </ul>
<p><b>Soziale Unterstützung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhöhung der Effizienz der Therapie durch die Einbindung von Partner, Familienangehörigen, Freunden etc.</li> </ul>
<p><b>Rückfallprävention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilisierung auf fortdauernde Achtsamkeit und notwendiges Verhalten zur Aufrechterhaltung des Gewichtsverlustes, Klärung, was zu Rückfällen führen kann</li> <li>– Umgang mit Rückfällen (Vermeidung von Katastrophierung)</li> </ul>

Wenngleich die Verhaltenstherapie die Therapieform mit der am besten belegten Wirksamkeit darstellt, stehen auch andere Verfahren, wie die interpersonelle Psychotherapie, psychoanalytische und psychodynamische Verfahren, sowie systemische Ansätze in Diskussion (Hay, 2013). Teufel et al. (2011a) fassten in ihrem Übersichtsartikel den aktuellen Stand der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren auf diverse Zielgrößen zusammen. Diese

Zusammenfassung ist ergänzt um neuere Forschungsergebnisse in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4:** Psychotherapeutische Ansätze und Zielgrößen in der Adipositas therapie – derzeitiger Stand (modifiziert nach Teufel et al., 2011a)

Therapeutischer Ansatz	Zielvariable				
	Gewichtsreduktion	Motivation	Aufrechterhalten des Gewichtsverlusts	Binge-Eating	Prophylaxe
(Kognitive) Verhaltenstherapie	++	++	++	++	++
Psychodynamische Psychotherapie	○	○	○		
Psychoanalyse	○		○		
Systemische Ansätze (Kinder/Jugendliche)	++	++	+		+
Interpersonelle Therapie	○ - +	+	○ - +	+	○ - +
Dialektisch Behaviorale Therapie	○			+	
Achtsamkeitsbasierte Programme	○ - +			+	
Internetbasierte Programme	-- - +		++		+
Motivational Interviewing	-- - +	++			
Entspannungsverfahren	○	+		+	+

++ wiederholt angewendet und repliziert nachgewiesene Effekte/gute Studien- und Datenlage

+ wenige Studien, die Wirksamkeit zeigen

○ fragliche Effekte/erste Hinweise/schlechte Studienlage

-- bisher negative Ergebnisse

Aus Tabelle 4 geht hervor, dass die Verhaltenstherapie über die meisten Studien mit replizierbar positiven Effekten auf verschiedene Zielvariablen verfügt. Insgesamt zeigen die Untersuchungen eine kurzfristige durchschnittliche Gewichtsabnahme von

10% des Ausgangsgewichtes im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe (Becker et al., 2007). Bei Vorhandensein der 3 Säulen (Kombination von Verhaltenstherapie mit gezieltem Ernährungs- und Bewegungstraining), zeigt die Mehrzahl an Studien eine höhere Gewichtsreduktion im Vergleich zur alleinigen Psychotherapie (Shaw et al., 2009). Um eine langfristige Gewichtsstabilisierung zu erreichen sind effektive Nachsorgeprogramme erforderlich. Unterbleiben diese, sind die langfristigen Erfolge verhaltenstherapeutischer Interventionen enttäuschend (Becker et al., 2007).

Zu humanistischen Therapien gibt es keine systematischen und gut kontrollierten Untersuchungen.

Ähnliches gilt für psychodynamische Ansätze. Nur eine Studie untersuchte die Effektivität einer stationären psychodynamischen Behandlung im Vergleich zur Verhaltenstherapie. Beide Ansätze zeigten sowohl kurz- als auch langfristig ähnliche Effekte in Bezug auf Gewichtsreduktion, Essverhalten, Körperbild und Lebenszufriedenheit (Beutel et al., 2001). Auch mittel- und langfristig wurden keine Unterschiede in der Effektivität zwischen psychodynamischer Therapie und Verhaltenstherapie festgestellt, wenngleich die Langzeiterfolge insgesamt ernüchternd erscheinen. So erreichte etwa ein Drittel der Patienten/Patientinnen 3 Jahre nach der Behandlung einen Gewichtsverlust von  $\geq 5\%$  (Beutel et al., 2006; Wiltink et al., 2007).

Die Datenlage zur Effektivität von Psychoanalyse ist insgesamt sehr gering. Eine Studie mit Übergewichtigen zeigte positive Effekte auf Gewichtsreduktion und – stabilisierung, obwohl sich nur 6% der Klienten/Klientinnen aufgrund der Adipositas einer Psychotherapie unterzogen. Insgesamt konnte beinahe die Hälfte der Klienten/Klientinnen eine Gewichtsreduktion von über 9 kg erreichen. Langfristig positive Effekte zeigten sich auch in der Reduktion von Körperschemastörungen (Rand & Stunkard, 1978; 1983).

Systemische und familientherapeutische Behandlungsansätze werden vor allem in der Therapie von Kindern und Jugendlichen angewandt. Studien konnten zeigen, dass sich der systemische Ansatz, welcher Themen wie Erziehungsstil, elterliche Kompetenz, Umgang mit Kindern und Jugendlichen sowie die familiäre Funktionsweisen inkludiert, positiv auf die Gewichtsreduktion auswirkte (Kitzman-Ulrich et al., 2010; Shomaker et al., 2017).

Die interpersonelle Psychotherapie zielt auf die Reduzierung interpersoneller Probleme ab, um dadurch Affektlage und Selbstwert zu verbessern. Wenngleich diese Therapie ursprünglich zur Behandlung von Depressionen entwickelt wurde, könnte deren Anwendung bei Adipösen einen positiven Effekt auf Gewichtsabnahme und – stabilisierung zeigen. Im Rahmen der interpersonellen Therapie nehmen sich Klienten/Klientinnen als selbstwirksamer wahr und sind weniger auf Essen als Coping-Strategie angewiesen (Elliott et al., 2010; Tanofsky-Kraff et al., 2010). Dadurch erleben Betroffene weniger Kontrollverluste im Zusammenhang mit Nahrungszufuhr, weswegen diese Therapieform vor allem bei Binge-Eating Störungen und dem sog. „Loss of Control Over Eating“ vergleichbare Wirksamkeit wie die Verhaltenstherapie zeigte (Wilfley et al., 2002). Im Vergleich zur Verhaltenstherapie konnte eine höhere Wahrscheinlichkeit nach Ende der Behandlung Fortschritte zu erzielen gezeigt werden, wobei vor allem Patienten/Patientinnen mit einer stark negativen Affektlage und bulimischen Symptomen von der interpersonellen Psychotherapie profitierten (Sysko et al., 2010).

Dialektisch-behaviorale Therapie wird vor allem empfohlen, wenn Adipositas im Zusammenhang mit einer Impulskontrollstörung auftritt. Die Therapiemethode wurde ursprünglich zur Behandlung von Klienten/Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt (Teufel et al., 2011a). Da der Essanfall als maladaptive Strategie zur Emotionsregulation betrachtet wird, zielt diese Therapieform auf eine verbesserte Fähigkeit zur Emotionsregulation ab um Essanfälle zu vermeiden (Wiser and Telch, 1999). In einer Studie mit adipösen „emotionalen Essern“ konnte eine signifikante Reduktion des dysfunktionalen Essverhaltens, sowie eine signifikante Gewichtsreduktion unmittelbar sowie 6 Monate nach der Therapie beobachtet werden (Roosen et al., 2012).

In den letzten Jahren erlangten achtsamkeitsbasierte Psychotherapieprogramme zunehmende Popularität in der Behandlung Adipositas-assoziiertes Essstörungen. Erste Studien konnten vor allem in Hinblick auf eine Reduktion des dysfunktionalen Essverhaltens vielversprechende Ergebnisse zeigen. Daher erscheint die Anwendung achtsamkeitsbasierter Techniken als ergänzende therapeutische Maßnahme zur Behandlung der Adipositas empfehlenswert (O'Reilly et al., 2014).

Das Internet als Kommunikationsmedium gewinnt derzeit auch als potentielles Therapiemedium an Bedeutung. In einem Übersichtsartikel zeigten Arem & Irwin

(2010) eine insgesamt widersprüchliche Datenlage von internetbasierten Therapieprogrammen in Bezug auf eine Gewichtsabnahme, welche von keinen Effekten bis zu einer durchschnittlichen Gewichtsreduktion von 7,6 kg reichen. Interessanterweise zeigen sich diese Programme in der langfristigen Phase der Gewichtsstabilisierung als ähnlich wirksam wie andere therapeutengeleitete Verfahren (Teufel et al., 2011b; Thomas et al., 2011).

Besonders schwierige Phasen in der Psychotherapie der Adipositas stellen die Motivationsphase sowie die Phase der Gewichtsstabilisierung dar. Ansätze des „Motivational Interviewing“ zielen demnach darauf ab die Motivation zur Veränderungsbereitschaft unentschlossener, ambivalenter Adipöser zu fördern. Dieser Ansatz stammt ursprünglich aus der Suchtbehandlung und wird vor allem ergänzend zu konventionellen Verfahren angewandt. So zeigen sich eine bessere Compliance und Gewichtsreduktion, wenn dieser Ansatz in verhaltenstherapeutische Programme integriert wird (Carels et al., 2007). Beim Motivational Interviewing unterbleibt aktive Kritik, der Kommunikationsstil ist akzeptierend und auf Widerstand wird nachgiebig reagiert. Die therapeutische Beziehung steht im Mittelpunkt des Therapieansatzes. Diese soll eine Exploration der Vor- und Nachteile des mit dem Übergewicht vorhandenen Verhaltens ermöglichen und dadurch motivationsfördernd wirken (Miller et al., 1993; Teufel et al., 2011a).

Insgesamt zeigen Trainingsprogramme, welche verschiedene Methoden zur Entspannungsinduktion beinhalten, ein verbessertes Selbstwirksamkeitsempfinden und einen verbesserten Umgang mit Stressoren (Katzner et al., 2008). Mittels progressiver Muskelrelaxation konnten beispielsweise Stress, Angst, abendliches Hungergefühl und schließlich auch Gewicht reduziert werden (Pawlow et al., 2003). Weiters konnte regelmäßiges Yoga die Gewichtszunahme bei Übergewichtigen reduzieren (Kristal et al., 2005). Hintergrund der positiven Wirkung diverser Entspannungsverfahren ist der Ersatz von Essen als dysfunktionale Entspannungsmethode durch eine funktionale Entspannungsmethode (Teufel et al., 2011a). Insgesamt ist jedoch zu beachten, dass nur wenige Studien zu Entspannungstrainings oder auch Hypnose vorliegen und diese im Allgemeinen keine durchschlagenden Erfolge nachweisen konnten (Allison & Faith, 1996; Becker et al., 2007; Jureidini, 2017). Daher sollten diese alternativen Therapien wie Entspannungsverfahren, Hypnose oder Akupunktur eher ergänzend zu konventioneller

Therapie angewandt werden (Steyer and Ables, 2009).

Inwiefern Logotherapie und Existenzanalyse allein oder auch in Kombination mit anderen (insbesondere verhaltenstherapeutischen) Interventionen zur Therapie bei Adipositas geeignet ist, wurde bisher nicht untersucht. Daher soll diese Arbeit mittels einer quantitativen Fragebogenerhebung unter Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen der Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie sowie Verhaltenstherapie erste Anhaltspunkte dazu geben und idealerweise eine erste Basis zur Erstellung eines therapeutischen Konzepts für die Behandlung von Adipositas liefern.

#### *2.2.4 Medizinische Behandlung*

Bei extremer Adipositas oder beim Vorliegen erheblicher Komorbiditäten gelten operative Eingriffe aufgrund ihrer Effizienz in Bezug auf Gewichtsreduktion, Verbesserung psycho-physischer Bedingungen sowie Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität als beste Behandlungsstrategie (Colquitt et al., 2014; Puzifferri et al., 2014).

So führen Palavras et al. (2017) bariatrische Operationen als effektivste Behandlung von Adipositas an, während eine moderate Effektivität für Pharmakotherapie in Verbindung mit einer Lebensstiländerung (Ernährung, Bewegung oder Psychotherapie) angeführt wird. Als Maß für die Effektivität galt ein Gewichtsverlust von über 10% des Ausgangsgewichts, welcher über 5 Jahre beibehalten wird.

Verschiedene chirurgische Verfahren werden unter der Bezeichnung bariatrische Operationen subsumiert, wobei der laparoskopische Magenbypass und das laparoskopisch verstellbare Magenband die gängigsten Verfahren darstellen (Gallé et al., 2017). Bariatrische Operationen basieren auf der Reduktion der Aufnahme oder Malabsorption von Nährstoffen, oder einer Kombination beider Aspekte. Weiters kommt es zu einer veränderten Produktion von gastrointestinalen Hormonen (Colquitt et al., 2014). Im Allgemeinen werden beim Magenband weniger Komplikationen, sowie eine kürzere Operationsdauer und kürzere Krankenaufenthaltsdauer berichtet. Auf der

anderen Seite zeigt der Magenbypass eine höhere Effizienz in Bezug auf den postoperativen Gewichtsverlust (Garb et al., 2009; Chakravarty et al., 2012).

Wenngleich operative Eingriffe die höchste Effizienz in Bezug auf den Erhalt des postoperativen Gewichtsverlustes und die Verbesserung Adipositas-assoziiierter Gesundheitsprobleme zeigen, kommt psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren eine entscheidende Bedeutung in der Erzielung des Behandlungserfolges zu (Ray et al., 2003; Sarwer et al., 2005). Insbesondere bei Patienten/Patientinnen mit Essstörung oder psychiatrischer Diagnose kommt es zu größeren Schwierigkeiten sich an die neuen Lebensbedingungen nach der Operation anzupassen, insbesondere beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Marcus et al., 2009). Ramacciotti et al. (2013) zeigten in einem Übersichtsartikel, dass Binge-Eating Störungen mit einer Prävalenz von 4 bis 23% bei Operationskandidaten vorkommen und adäquate psychologische Unterstützung im Zeitraum vor und nach der Operation eine Reduktion der Essanfälle bewirken, sowie den Operationserfolg verbessern kann.

Eine Studie zu bariatrischen Operationen bei Patienten/Patientinnen mit Adipositas und psychiatrischer Komorbidität (Nagel et al., 2012) kam zum Schluss, dass bei Adipösen mit psychiatrischen Erkrankungen das Operationsergebnis ungünstiger ausfällt als bei psychisch gesunden Adipösen. Das Ausmaß des ungünstigeren Ergebnisses führt jedoch nicht zu einer Kontraindikation, sondern zeigt die Notwendigkeit einer intensiven medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Nachbetreuung auf. Wird jedoch die Wahrnehmungsfähigkeit zur Nachbetreuung durch die psychische Störung eingeschränkt, ist eine bariatrische Operation kontraindiziert.

Wenngleich in Studien von einem insgesamt geringeren Suizidrisiko von Adipösen in der Allgemeinbevölkerung berichtet wird, ist eine höhere Suizidrate bei Patienten/Patientinnen nach Gewichtsreduktion infolge eines bariatrischen Eingriffes zu beobachten. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, angeglichen auf Alter und Geschlecht, wird von einer 5,7-fachen Erhöhung bei Männern und 7,4-fachen Erhöhung bei Frauen berichtet, wobei im Durchschnitt 3 Jahre zwischen der Operation und dem Suizid liegen (Tindle et al., 2010). Wenngleich die Ursachen hierfür nicht geklärt sind, zeigt dies erneut die Notwendigkeit die psychische Verfassung der Patienten/Patientinnen vor sowie nach der Operation zu beobachten und ggf. therapeutische Hilfe anzubieten (de Zwaan. 2012).

### 2.2.5 Verlauf und Prognose

Programme zur Adipositas therapie zielen kurzzeitig auf eine innerhalb von 6 bis 12 Monaten erreichbare, moderate Gewichtsabnahme ab. Das langfristige Ziel ist eine Phase der Gewichts stabilisierung (Teufel et al., 2011a).

Im Allgemeinen scheint der Behandlungsaufwand positiv mit der Höhe des Gewichtsverlustes bzw. der Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts zu korrelieren (Rieber et al., 2010). Demzufolge zeigen intensive, höher frequente und länger andauernde Interventionsprogramme einen höheren Nutzen (Teufel et al., 2011a).

Wenngleich verhaltenstherapeutische Gewichtsreduktionsprogramme und Lifestyle-Interventionen kurzfristig zu einer Gewichtabnahme von durchschnittlich 10 % des Ausgangsgewichtes führen, sind die langfristigen Erfolge dieser Programme meist wenig zufriedenstellend. So gelingt es nur ca. 20-30% der Adipösen langfristig das neue Körpergewicht zu halten (Wing & Phelan, 2005). Daher sind effektive Nachsorgemaßnahmen essenziell um einer erneuten Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Dies wird auch durch die Mehrzahl der Forschungsergebnisse bestätigt, welche zeigen, dass längerfristig angelegte Nachsorgeprogramme zu einer dauerhaften Verhaltensänderung im Alltag beitragen und einer erneuten Gewichtszunahme entgegenwirken können. Diesbezüglich bedarf es weiterer Untersuchungen, insbesondere in Bezug auf die Rolle neuer Medien (z.B. im Rahmen von internetgestützten Programmen) in der Nachsorge adipöser Klienten/Klientinnen (Becker et al., 2007).

Insgesamt zeigt sich ein hoher Zusammenhang von Adipositas und Essstörungen wie Binge-Eating und Bulimia Nervosa. Es wird beispielweise von einer Adipositas-Prävalenz von 21% für einen BMI  $>30 \text{ kg/m}^2$  und 10% für einen BMI von  $>40 \text{ kg/m}^2$  bei Menschen mit einer lebenslangen Diagnose von Bulimia Nervosa berichtet (Hudson et al., 2007). In diesem Fall muss auch das Auftreten wiederholter Essanfälle in der Behandlung der Adipositas spezielle Berücksichtigung finden. Kognitive Verhaltenstherapie scheint besonders effektiv zur Reduktion der Essanfälle bei Binge-Eating Störungen und Bulimia Nervosa zu sein (Tabelle 4). Die sog. „Behavioural Weight Loss Therapy“ wurde speziell für das komorbide Vorliegen von Binge-Eating

und Adipositas entwickelt. Eine aktuelle Meta-Analyse kam zu dem Schluss, dass die kognitive Verhaltenstherapie der Behavioural Weight Loss Therapy in Bezug auf den Rückgang der Essanfälle kurzfristig überlegen ist. In Bezug auf die Remission der Essanfälle, die Frequenz der Essanfälle oder die Gewichtsabnahme, zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen den Therapiemethoden (Palavras et al., 2017).

### **2.3 Zugang der Logotherapie und Existenzanalyse zu Adipositas**

Insgesamt wird in der logotherapeutischen Literatur nur wenig auf Essstörungen als spezifische Störungsbilder eingegangen. Dies trifft insbesondere auf das Thema Adipositas zu. Im Folgenden wird versucht Essstörungen (vor allem in Hinblick auf psychogene Adipositas) unter dem speziellen Blickwinkel der Logotherapie und Existenzanalyse zu betrachten. Dazu werden vor allem Arbeiten, die im Zusammenhang mit Logotherapie bei Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Suchterkrankungen stehen, verwendet und unter dem Aspekt der Adipositas betrachtet, sofern es Gemeinsamkeiten in den Störungsbildern gibt.

#### *2.3.1 Logotherapeutische Betrachtung von Adipositas als psychische Störung*

Ein Spezifikum der Logotherapie und Existenzanalyse in Bezug auf die Entstehung von Krankheiten ist, dass neben Risikofaktoren auch protektive Faktoren Berücksichtigung finden (Lukas, 2011). Im Folgenden werden beide Faktorengruppen speziell aus logotherapeutischer Perspektive näher beschrieben.

##### *2.3.1.1 Risikofaktoren*

Die aus heutiger Sicht wesentlichen Risikofaktoren für die Entstehung von Adipositas, die v.a. in der verhaltenstherapeutischen Literatur beschrieben werden, wurden bereits im vorherigen Kapitel näher erläutert. Aus existenzanalytischer Sicht spielen noch weitere Faktoren bei der Entstehung von Adipositas bzw. Essstörungen im Allgemeinen eine wesentliche Rolle.

Hinsichtlich der Disposition spielen sowohl übermäßige Belastung, als auch übermäßige Entlastung eine entscheidende Rolle, also eine den eigenen Kräften

unangemessene Aufgabe (Frankl, 2007). So kann auch in der Entstehung von Essstörungen eine Unausgewogenheit von persönlichem gefordert sein, aufgrund übermäßiger Belastung bzw. Entlastung im Kindesalter, einen bedeutenden Aspekt darstellen (Lukas, 1992). Im Falle von Überforderung resignieren Kinder, da sie irgendwann zu der Erkenntnis gelangen, dass sie es ohnehin nicht schaffen werden, dass die Eltern mit ihnen zufrieden sind. Schließlich verhindert chronische Überforderung, dass Kinder selbstständig werden. Auf der anderen Seite kann chronische Unterforderung noch ausgeprägtere psychopathologische Folgen als chronische Überforderung mit sich bringen (Deckart, 2018a). Wie bereits unter den prädisponierenden Faktoren angeführt, gilt Überbehütung mit wenig Entfaltungsspielraum als Risikofaktor (Herpertz et al., 2015). Werden zu viele Funktionen aus dem Verantwortungsbereich der Kinder von Eltern übernommen, können aus dieser zu großen Entlastung für Jugendliche pathogene Folgen resultieren. Gewöhnen sich Kinder daran, dass alle Aufgaben abgenommen werden, lernen sie nicht in sinnvoller Weise Verantwortung für sich und ihre Handlungen zu übernehmen. Schließlich resultiert aus beiden Fällen, dass Kinder nicht autonom werden (Deckart, 2018a).

Ein weiterer Risikofaktor ist die aus der Überflussgesellschaft resultierende verringerte Frustrationstoleranz. In diesem Zusammenhang weist Frankl (2009) darauf hin, dass dem Menschen heute viel Not und Spannung erspart geblieben ist. Dadurch hat der Mensch verlernt beides zu ertragen und zu verzichten. Echte materielle Not würde demnach aus psychohygienischer Sicht sogar positive Aspekte in der Kindererziehung mit sich bringen, da sie weder Langeweile noch Bequemlichkeit aufkommen lässt (Deckart, 2008a). Böschmeyer (1996) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass in unserer Wohlstandsgesellschaft nicht die „Seinsfaulheit“, also eine mangelnde Begeisterung für das Leben, an die Stelle von materieller Not treten darf. Kinder und Jugendliche sollen hingegen auf ein aufgaben- und sinnerfülltes Leben vorbereitet werden, welches gleichzeitig Geschenk und Aufgabe bedeutet. Wird der Aufgabencharakter des Lebens nicht erkannt, kann ein Mangel an Spannung den Weg dazu bereiten, dass Kinder und Jugendliche ihr ganzes Interesse auf ihren Körper und ihre Befindlichkeit lenken. Wird der Körper als einziger Ort wahrgenommen, an dem Autonomie gelebt werden kann, steht er im Zentrum der Aufmerksamkeit. Daraus folgt wiederum eine Hyperreflexion von Befindlichkeit, Rauscherleben beziehungsweise

Nahrungsaufnahme (Deckart, 2008a).

Aus existenzanalytischer Sicht setzen Menschen die sich „Überessen“ bzw. Menschen mit Essattacken sinnwidrige Mittel ein, um eine Einstellungsänderung für sich zu erreichen. Sie bringen sich um die prinzipiell sinnvolle Möglichkeit, ihre Nahrungsaufnahme auf eine angemessene Weise zu verringern, indem sie sich selbst schädigen (Deckart 2008a; Frankl, 2009). Besonders charakteristisch für Menschen mit Essstörungen ist die Realitätsverzerrung. Diese bewirkt, dass Essgestörte den Zugang zum Aufgabencharakter des Lebens verlieren und andere für die eigenen Befindlichkeiten verantwortlich machen (Deckart, 2008a).

Deckart (2008a) weist darauf hin, dass Essstörungen nicht nur aus einer Reaktion heraus entstehen. Die Aktivitätskomponente gründet darin, dass Verantwortung für das Leben mit der Kontrolle eines einzelnen Lebensbereiches verwechselt wird. Dieser Prozess wird durch ein multifaktorielles Geschehen ausgelöst in welchem ein Mensch aus Angst vor Kontrollverlust auf den Bereich fixiert, in welchem er vermeintliche Kontrollerfolge erzielt. Schließlich führt dies zu einer Hyperreflexion und Hyperintention körperlicher Befindlichkeit. Aus Angst das (Hyper)-Intendierte nicht zu erreichen, wird ein Kreislauf aus Fasten – Heißhunger – Essanfall – Fasten verstärkt. Wenngleich dieser Teufelskreis vor allem bei Anorexia Nervosa ein zentraler Aspekt ist, ist auch bekannt, dass striktes Fasten in der Genese von Binge-Eating Störungen und dadurch auch bei daraus resultierender Adipositas einen wesentlichen Risikofaktor darstellt (Wabitsch, 2014).

Auch Minderwertigkeitsgefühle werden oft im Zusammenhang mit Adipositas gebracht (Suter, 2008). Diese stellen ein sehr häufiges Resultat von mangelndem Urvertrauen dar (Lukas, 2011). Idealerweise erfahren Kinder ein förderliches Entwicklungsklima, in welchem durch wertschätzende Begegnung mit ihrer Mitwelt und Umwelt der Wert ihres Lebens erlebt wird. Durch das Erleben einer Geborgenheit in der Welt entsteht Urvertrauen, welches die Grundlage des Selbstvertrauens, sowie der Fähigkeit zur Selbsttranszendenz ist (Riedel, 2008a). Ein Mensch, der sich geborgen weiß, braucht Vieles nicht, da er auf das An-sich-Gute und In-sich-Gute schlechthin bezogen ist. So kann der geborgene Mensch sein Bestes erbringen ohne nach vorzeigbaren Ergebnissen Ausschau zu halten und dabei den gleichen Effekt erzielen (Lukas, 2011). Ist hingegen das Entwicklungsklima wenig förderlich, wird das Urvertrauen nicht oder nur unzureichend entwickelt. Dies bewirkt, dass die Betroffenen ständig ihre

Fähigkeiten beweisen wollen und nach Bestätigung streben. Dadurch verringert sich ihre Konzentration auf das gerade Aktuelle, was wiederum ihre Leistungen verringert und schließlich das Minderwertigkeitsgefühl weiter verstärkt. Die starke Fokussierung auf die Fähigkeiten beruht auf dem Glauben nicht um ihrer selbst willen geliebt zu werden und dass ihr Eigenwert vom Wert ihrer Leistungen abhängt. So brauchen Menschen die sich nicht geborgen fühlen sehr viel: Personen die ständig hilfreich zur Seite stehen, Personen die pausenlos Bestätigung verschaffen, Zielerreichung, Hinwegtrampeln über andere Menschen, Erfolg, Macht, Prestige, Zuwendung, Rückmeldung, materielle Güter, sowie speziell im Falle von Adipositas übermäßiges Essen (Riedel, 2008a; Lukas, 2011).

### *2.3.1.2 Protektive Faktoren*

Während im Allgemeinen den Risikofaktoren für Adipositas viel Beachtung geschenkt wird, werden protektive Faktoren kaum erwähnt. Dies liegt daran, dass man diese Faktoren in der Analyse des retrospektiven Krankheitsverlaufes meist nicht findet. Auf der anderen Seite ermöglicht eine prospektive Analyse des Krankheitsverlaufes die Entdeckung protektiver Faktoren, da es auch Personen gibt, die trotz Vorhandensein verschiedener Risikofaktoren, nicht erkranken. So spielen laut Lukas (2011) nicht die Vulnerabilitätsfaktoren die entscheidende Rolle, sondern das Verhältnis zwischen Risikofaktoren und protektiven Faktoren. Das Besondere im Zugang der Logotherapie und Existenzanalyse ist der verstärkte Blick auf die protektiven Faktoren. So soll nicht nur auf die Vermeidung von Risikofaktoren geachtet werden. Parallel dazu sollen protektive Faktoren akzentuiert werden.

Die Frage nach der Prävention umfasst in der Logotherapie vor allem die spezifisch humane Dimension des Menschen. So strebt Frankl (2013) zufolge der seelisch gesunde Mensch nach Sinn und nimmt in der Hingabe an eine Sache oder einen Menschen sein Leben als sinnvoll und lebenswert wahr. Lebt der Mensch diese Hingabe aus, so empfindet er automatisch als Nebeneffekt Glück (Frankl, 1985). Diese sog. Selbsttranszendenz, welche Frankl als Überschreiten und „Vergessen“ der eigenen Person beschreibt, besitzt präventive Kraft, welche pathogenen Prozessen entgegenwirkt (Noyon, 2008). So ermöglicht dieses „Dasein für etwas oder für jemanden“ das Ertragen schwieriger Lebenssituationen, da das eigene Tun als *per se*

sinnvoll erlebt wird und dadurch Passagen des Unglücklichseins tapfer ertragen werden können (Lukas, 2014). So besitzt der Mensch in dem Maß, in dem er Sinngehalte entdeckt und erfüllt, protektive Faktoren der Energie und Freude, welche ihn durch schwierige Zeiten helfen. Für die Prävention von Adipositas, welche in Zusammenhang mit suchthaftem Charakter steht (insb. sog. hyperphag-adipöse Störungen; Ermann, 2016), gilt es demnach einen Sinn im Leben zu finden, darauf basierend sinnvolle Entscheidungen zu treffen und diese schließlich auch durchzuhalten (Lukas, 2011).

Im Zuge des Lebens ist es notwendig, die Fähigkeit zu bewusstem Leben und Entscheiden zu entwickeln. Diese Fähigkeit, auch dem sog. authentischen Ich zuzuschreiben, verhindert, dass sich Menschen nicht von unbewussten Mechanismen treiben lassen, sondern über Automatismen herrschen. Es ist wesentlich, dass das authentische Ich über das automatische Ich herrscht. Ein Beispiel für ein authentisches Ich wäre bei Kritik für die wertvolle Information zu danken, anstatt sich gekränkt zu fühlen (Lukas, 2011). Daraus ergibt sich eine höhere Frustrationstoleranz, welche als protektiver Faktor in Bezug auf die Entstehung von suchthaften Verhalten gesehen werden kann. Dies ist insbesondere bei der psychogenen Adipositas relevant.

### *2.3.2 Logotherapie in der Adipositas therapie*

Aufgrund der Komplexität der Adipositas, sollen in der Therapie verschiedene Ansätze kombiniert werden. Der Klient/die Klientin muss etwas aufgeben, das ihm/ihr geholfen hat zumindest kurzfristig ein emotionales Gleichgewicht zu erreichen. So hilft das Essen bei hyperphag-adipösen Klienten/Klientinnen zumindest kurzfristig Gefühle der Leere und Einsamkeit zu kompensieren oder dysphorische Verstimmungen abzuschwächen (Petermann, 1998). Daraus ergibt sich, dass das Leisten eines Verzichtes im Zentrum der Psychotherapie bei Adipositas steht. Es geht somit darum an einem bewussten Verzicht zu arbeiten. Ein Entschluss zu regelmäßigem, verstandesmäßigem Essen, ohne Lust und Befriedigungsgefühle dabei zu erfahren, ist erforderlich (Lukas, 2014).

Deckart (2008a) führt folgende allgemeine Faktoren an, welche in der Therapie von Essstörungen berücksichtigt werden müssen:

1. Vermittlung eines normalen Essverhaltens und Aufklärung über den

## Teufelskreis von Diäten

2. Behebung dysfunktionaler Gedanken, Überzeugungen und Werthaltungen
3. Behebung von Mängeln im Bereich der Emotionsregulation und im Verhalten
4. Behandlung psychischer Probleme im Zusammenhang mit Adipositas
5. gegebenenfalls Einbeziehung des sozialen Umfelds (Partner, Familie)
6. Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe

Neben diesen allgemeinen Aspekten, welche im Rahmen einer Psychotherapie bei Adipositas beachtet werden sollen, liegt der logotherapeutische Ansatz darin, Selbstdistanz und Selbsttranszendenz zu entdecken und zu entwickeln (Deckart, 2008a). Hierfür sind vor allem die Methoden der Einstellungsmodulation und der Dereflexion geeignet (Lukas, 1998a).

Basis für die Anwendung dieser Methoden stellt die empathische Annahme der Klienten/Klientinnen mit ihrem Leidensdruck dar (Deckart, 2008a). Wenngleich es wesentlich ist, das Klagen der Klienten/Klientinnen wahrzunehmen, ist das Leitmotiv der Logotherapie und Existenzanalyse im Rahmen der Adipositastherapie, dass der Mensch kein Produkt seiner Einflussfaktoren ist. So wäre es problematisch permanent äußere Belastungen als Erklärungen für Störungen anzuprangern, da diese die Idee schüren, man sei geradezu prädestiniert für eine bestimmte Krankheit, sobald zufällig eine der Belastungen auf einen selbst zutrifft (Lukas, 2011). Die Logotherapie und Existenzanalyse geht davon aus, dass weniger die Belastungen die Menschen schwächen, als die Entlastungen (Frankl, 2007). Während in Notzeiten Kräfte zu ihrer Überwindung mobilisiert werden, etabliert sich in der Überflussgesellschaft eher ein zeitloser Zustand ohne Anreize und Spannung. Daraus ergibt sich oft die Notwendigkeit von kompensatorischen Unterhaltungsformen, wie z.B. diverser Süchte (Frankl, 2010). Auf der anderen Seite können auch Unglücke und Schicksalsschläge dazu führen, dass Menschen sich mittels diverser Süchte zu "betäuben" versuchen. In beiden Fällen wird ein "Schein" dem "Sein" vorgezogen. Während im ersten Fall versucht wird eine innere Leere zu füllen, wird im zweiten Fall eine Betäubung gesucht um einen großen Schmerz nicht mehr wahrzunehmen. So können beide Extreme, Überfluss und Langeweile wie Not und Leid, den Weg in suchthaftes Verhalten

bereiten (Lukas, 2011).

Nachfolgende wird auf die Methoden der Einstellungsmodulation, Dereflexion sowie der Steigerung der Sinnwahrnehmung näher eingegangen, welche dazu dienen Selbstdistanz und Selbsttranszendenz zu entwickeln (Lukas, 1998a; Deckart, 2008a).

### *2.3.2.1 Einstellungsmodulation*

Die Einstellungsmodulation stellt eine zentrale Methode der Logotherapie und Existenzanalyse dar. Das Ziel ist nicht nur das Verhalten zu ändern, sondern die dahinterliegende pathogene Einstellung. Da sich problematische Einstellungen im Rahmen aller psychischen Störungen, sowie auch bei Menschen ohne psychische Erkrankung entwickeln können, ist der Anwendungsbereich dieser Methode sehr groß. Insbesondere findet sie bei Suchterkrankungen, noogenen Neurosen, zur Bewältigung von Leid und bei Schicksalsschlägen, sowie bei schweren körperlichen Krankheiten Verwendung (Noyon, 2008). Um pathogene Einstellungen zu modifizieren bedarf es der Erkenntnis, dass man selbst Gestalter seines Lebens ist und nicht von der Krankheit beherrscht wird, um somit die Verantwortung für das eigene Leben zu erkennen (Lukas, 2014). Dieser Einstellungswechsel ist durch die sog. „kopernikanische Wendung“ möglich: „Das Leben selbst ist es das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu ver-antworten hat“ (Frankl, 2009). Bei der Einstellungsmodulation werden die Trotzmacht des Geistes und der Wille zum Sinn gefördert. Es geht um die Rückgewinnung von Vertrauen zu sich selbst und zum Leben. Schließlich kann Negatives besser bewältigt und Positives gefördert werden (Lukas, 2014).

Bezogen auf psychogene Adipositas, gilt es den Anteil der Person zu stärken der sich von der Krankheit distanzieren kann. Dieser Anteil ist fähig zwischen „Ich bin adipös“ und „Ich habe eine Krankheit“ zu differenzieren. Es ist wesentlich diesen Anteil zu stärken, damit die Verantwortung für Erfolg und Misserfolg übernommen werden kann und sich Klienten/Klientinnen nicht mehr der eigenen Störung ausgeliefert sehen (Fintz-Müller, 2002).

Verschiedene Gesprächstechniken, wie der sokratische Dialog oder die Methode des gemeinsamen Nenners sind zur Einstellungsmodulation geeignet (Lukas, 2011; Kepplinger, 2017).

Der sokratische Dialog basiert auf Fragen, deren Kunst darin besteht, dass der Klient/die Klientin die wesentlichen Antworten selbst findet. Der Dialog soll dazu führen, dass der Klient/die Klientin bisher Unbewusstes als für ihn/sie wesentlich entdeckt und erkennt (Deckart, 2008b). Der sokratische Dialog kann auch zur Stärkung der Leidensfähigkeit verwendet werden. Dazu wird das „Wofür“ und „Wozu“ des Leidens erarbeitet. Analog zu Nietzsches „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“, leitet sich das Leitmotiv der Logotherapie ab (Aman, 2006).

Um die Motivation Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen zu stärken, kann auch die Frage gestellt werden, was in 5 Jahren wäre, wenn das Leben genau so weitergeht wie bisher und nicht an der Essstörung gearbeitet wird (Wunderer & Schnebel, 2008). Die Klienten/Klientinnen sollen verstehen, dass die mit ihren Entscheidungen verbundenen Nachteile als „Preis“ für jene Werte zu „zahlen“ sind, welchen ihre Entscheidung dient (Lukas, 2011).

Die Bereitschaft zur Initiierung der Behandlung ist oftmals ein Problem in der Adipositasstherapie (Teufel et al., 2011a). Hilfe wird meist erst dann aufgesucht, wenn der Leidensdruck bereits zu groß ist. Zu Beginn der Therapie hilft die Frage: „Leben wozu?“ Um das Gefangensein in einem einzigen, vegetativen Bereich zu durchbrechen empfiehlt Lukas eine imaginative „Reise durch die Zeit“ zur Analyse des derzeitigen Lebens auf Existenz hin. Folgende Fragen eignen sich hierfür: „Was soll Ihr Leben gewesen sein, damit Sie damit zufrieden sein können? Ist das, womit Sie sich jetzt beschäftigen das was Ihnen im Leben wichtig ist? Wofür lohnt es sich zu leben? Wollen Sie so leben, wie Sie es jetzt tun?“ (Lukas 1998).

Somit sind die wichtigsten Aspekte in der logotherapeutischen Arbeit die Beschäftigung mit den eigenen Werten und die Beantwortung der wesentlichen Fragen: Wozu will der Klient/die Klientin gesundwerden? Was ist er/sie mehr als die Krankheit (Kepplinger, 2017)?

Die Beantwortung dieser Fragen dient der Einstellungsmodulation. Die Einstellung zum Sein ändert sich, wenn Klienten/Klientinnen Antworten auf diese Fragen finden.

Sie denken dabei nämlich oft zum ersten Mal seit langem über etwas Anderes als Essen nach und zwar über den Sinn ihres Lebens, über ihr Sollen (Deckart, 2008a).

Wie eingangs erwähnt stellt die Arbeit am bewussten Verzicht einen zentralen Aspekt in der Logotherapie bei Adipositas dar. Damit das Opfer des Verzichts, auf die mit übermäßigem Essen verbundenen Lust und Befriedigungsgefühle, erbracht werden kann, muss der Wille dazu gestärkt werden (Lukas, 2014).

### 2.3.2.2 Steigerung der Sinnwahrnehmung

Charakteristikum der Logotherapie und Existenzanalyse ist der zusätzliche Fokus auf den Sinn des Lebens. Dementsprechend gilt es dem Klienten/der Klientin Sinnchancen aufzuzeigen. Sinn kann jedoch nur vom Klienten/von der Klientin selbst gefunden werden (Lukas, 2011).

Nach Frankl (2010) gibt es drei Wege, auf denen sich Sinn finden lässt:

- Das Leben kann dadurch sinnvoll werden, indem man etwas oder jemanden erlebt.
- Indem ein Werk geschaffen wird kann das Leben auch sinnvoll werden.
- Das Leben kann auch noch immer dort sinnvoll gestaltet werden, wo man mit einem unabänderbaren Schicksal konfrontiert ist. Selbst dort wo der Mensch als hilfloses Opfer mitten in eine hoffnungslose Situation gestellt wird, kann er noch immer sein Leben sinnvoll gestalten. Durch die Fähigkeit selbst ein Leiden in eine menschliche Leistung zu verwandeln, stellt diese „Straße zum Sinn“ jene dar in welcher das Menschlichste im Menschen verwirklicht werden kann.

Daraus ergeben sich die drei Wertkategorien (nach Riedel, 2008b):

- Erlebniswerte: Erleben im Genuss und der Liebe, der Mensch entfaltet sich als „*Homo amans*“.
- Schöpferische Werte: Entfalten des Menschen als „*Homo faber*“ in schöpferischen Leistungen, in der Arbeit, der Produktion, dem aktiven Gestalten.
- Einstellungswerte: Werden Lebensmöglichkeiten durch Schicksalsschläge und Leid eingeschränkt kann der „*Homo patiens*“ pathische Einstellungswerte

verwirklichen. Lukas ergänzt diese um die „generalisierten Einstellungswerte“, welche sich auf positive Einstellungen zu Glück und Erfolg beziehen (Lukas, 1994a). In den positiven schicksalhaften Bereichen kann der Mensch die Haltung der Dankbarkeit und Hilfsbereitschaft leben (Riedel, 2008b).

Daraus ergibt sich, dass das Leben trotz aller Schwierigkeiten und schicksalhafter Fügungen bis zuletzt sinnvoll gestaltet werden kann und sogar das Leiden und Sterben Sinnchancen bereitstellt. Wesentlich dabei ist, dass die Sinnfindung prinzipiell unabhängig von Geschlecht, Alter, Intelligenzquotient, Bildungsgrad, Charakterstruktur, Konfession und seiner Umgebung ist (Frankl, 1985). Umgelegt auf Adipositas bedeutet dies, dass sich das klassische „Wenn ich normalgewichtig/dünn wäre, dann...“-Denken (Glöckel, 2002) als Trugschluss erweist. Denn Sinn kann im Leben unabhängig von Gewicht und Aussehen gefunden werden.

Aufgrund der großen Bedeutung von Sinn und Werten für die psychische Gesundheit, werden in der Logotherapie Techniken zur Steigerung der Sinnwahrnehmung angewandt, um unabhängig von der konkreten Sachlage eine (Re-)Orientierung des Klienten/der Klientin auf einen Sinn hin zu erreichen. Da Sinn und Werte bei beinahe allen psychischen Störungen eine Rolle spielen, sind dementsprechende Techniken bei nahezu allen Störungen und auch im präventiven Bereich indiziert. Besonders geeignet sind sie bei Suchterkrankungen, somatoformen Störungen, noogenen Neurosen, noogener Depression, existenzieller Frustration, existenziellem Vakuum und nicht-akuten Depressionen (Noyon, 2008).

Vor allem das Sinnwahrnehmungstraining nach Lukas (2014) ist geeignet um einen Klienten/einer Klientin zu helfen die „sinnvollste“ Möglichkeit unter der Berücksichtigung der spezifischen Problematik zu finden.

Beim Aufzeigen der Sinnchancen stecken die individuellen Probleme gleichsam die Grenzen der Sinnchancen fest. Innerhalb dieser Grenzen besteht jedoch Freiheit etwas zu unternehmen, mit oder ohne Lust, Hoffnung, Mut oder mitmenschlicher Unterstützung. Es ist essenziell, dass in Freiheit zu oder gegen etwas gewählt wird. Entscheidend ist, dass innerhalb der Verwirklichungsmöglichkeiten das Verwirklichungswürdigste gewählt wird, unabhängig davon wie leicht oder schwer es fällt. Hier gilt es den Klienten/ die Klientinnen dazu anzuleiten das „Trotzdem-Machbare“ wahrzunehmen, welches ihnen aufgetragen ist und dieses nicht durch eine

Fixierung auf die eigenen Grenzen zu übersehen. Diesbezüglich gilt vor allem chronisches Selbstmitleid als problematisch. Dieses tritt häufig in Kombination mit Unzufriedenheit mit dem Schicksal auf, der Vorwürfe gegen Herkunftsfamilie und Gesellschaft mit sich bringt und in ein permanentes Klagen über die eigenen Unzulänglichkeiten mündet. Aus logotherapeutischer Sicht kommt hier der Verwirklichung von Einstellungswerten eine essenzielle Bedeutung zu. So kann durch das seelisch-geistige Hinauswachsen über unglückliche Erlebnisse und dramatische Schicksalsschläge die Chance eines überragenden menschlichen Verdienstes entstehen. So ist es wichtig dem Klienten/der Klientin zu vermitteln, dass bei seiner/ihrer schwierigen Vergangenheit jedes kleine Bemühen in gesündere Bahnen zu gelangen, eine besondere Leistung darstellt, auf die er/sie besonders stolz sein kann (Lukas, 2011).

Folgende drei Eckpfeiler dienen dem Finden eines Sinns, sowie zur Ausrichtung der Entscheidungen danach (nach Lukas, 2011):

1.) Hilfe beim Finden eines Sinns im Leben:

Sinn ist stetig in den konkreten Möglichkeiten realer Personen, sowohl im Positiven als auch im Negativen, gegeben. Er muss nicht gegeben werden, sondern wird bei der Verwirklichung von Werten gefunden.

2.) Hilfe beim Treffen sinnvoller Entscheidungen

Die bewusste und ganzheitliche Entscheidung für oder gegen etwas setzt Ich- und Willensstärke voraus, welche vor allem beim Vorliegen psychischer Erkrankungen eingeschränkt sind. Die Annahme, dass kranke Menschen in bestimmten Situationen nicht anders handeln können, wird von der Logotherapie nicht geteilt. Da Menschen sich nicht von Geburt an in willensstarke und willensschwache Menschen unterscheiden lassen, kann die dispositionelle und erworbene Neigung für psychische Krankheiten willentlich reguliert werden. Wesentlich ist, dass das Gewollte dem Menschen intensiv am Herzen liegt. Je objektiv sinnvoller ein Gewolltes ist, desto klarer kann er sich dafür entscheiden. Lukas führt hier folgende therapeutische Intervention an. Die paradox anmutende Aufforderung "Wollen Sie, was Sie tun!" könnte z.B. Adipöse animieren, übermäßige Nahrungsaufnahme zumindest mit dem Gedanken "Ich esse zu viel, weil ich übergewichtig bleiben will" zu hinterfragen. Dieser

Gedanke sollte somit eine Irritation in den Vollzug der Gewohnheiten bringen (Lukas, 2014). Wird dieser absurden Formulierung Widerstand entgegengesetzt, wird erst bemerkt wie sehr Tun und Wollen im Gegensatz stehen und der/die Betroffene muss sich überlegen warum er/sie tut, was er/sie nicht will. In den meisten Fällen berufen sich Betroffene auf seelische Schwächen oder Ängste, die stärker sind als der eigene Wille. Dem kann entgegengesetzt werden, dass der Wille kräftig und genug sein werde, sobald das Gewollte hinreichend sinn- und wertvoll für ihn/sie ist (Lukas, 2011).

### 3.) Hilfe beim Durchhalten sinnvoller Entscheidungen

Besonders problematisch ist es, wenn sinnvoll getroffene Entscheidungen nicht durchgetragen werden, da sich diese dann in Risikofaktoren umwandeln. Ein Mensch der ständig gegen seine eigenen Entscheidungen handelt, handelt gegen seine Überzeugung und ist dadurch noch stärker gefährdet als jemand, der sich nur mühsam dazu motivieren kann eine Entscheidung zu treffen. Daher ist es besonderes Anliegen der Logotherapie und Existenzanalyse Menschen beim Durchhalten sinnvoller Entscheidungen zu helfen (Lukas, 2014). Bezogen auf Adipositas kommt diesem Punkt vor allem in der Stabilisierungsphase entscheidende Bedeutung zu. Da jede Entscheidung Vor- und Nachteile mit sich bringt, gilt es die Nachteile als "Preis" für jene Werte zu "zahlen", welchen die Entscheidung nützt. Insgesamt können diese Nachteile als notwendige Opfer gesehen werden, welche sich im "Namen der Wertverwirklichung" lohnen. So ist es essenziell mit dem Erreichten und Erreichbaren zufrieden zu sein und eine Gelassenheit in Bezug auf die Hochs und Tiefs des Lebens zu erlangen (Lukas, 2011). Diese Einstellungsmodulation stellt die Basis für die Dereflexion dar (Deckart, 2008a).

Neben dem Sinnwahrnehmungstraining nach Lukas stehen noch weitere Methoden zur Steigerung der Sinnwahrnehmung zur Verfügung. Dazu zählen: „Die gute Fee/Der gute Zauberer“, „Lebenskuchen“ und „1/2-Jahres oder 1-Jahres-Frage“. Wenngleich diese Methoden aus der Verhaltenstherapie zur „Ziel- und Wertklärung“ stammen, stellen sie nach Noyon (2008) bereichernde Interventionen dar, welche auch in der Logotherapie von großem Nutzen sein können.

### *2.3.2.3 Dereflexion*

Die Dereflexion stellt keine Technik im eigentlichen Sinn dar, sondern eine Orientierung, an welcher sich das therapeutische Vorgehen ausrichten soll. Besonders indiziert ist die Dereflexion bei psychosomatischen Erkrankungen, Schlafstörungen, sexuellen Funktionsstörungen, sowie generell bei Problemsituationen, welche sich aus einer Hyperreflexion ergeben (Noyon, 2008). Sie dient der Reduktion von Hyperreflexion und Egozentrierung, sowie der damit verbundenen negativen Auswirkungen. Die Dereflexion zielt darauf ab die Selbsttranszendenz-Fähigkeit zu stärken (Lukas, 2014). Dadurch soll die Aufmerksamkeit auf die in der jeweiligen Situation enthaltenen Werte bzw. Sinnverwirklichungsmöglichkeiten gelenkt werden (Noyon, 2008).

In der logotherapeutischen Fachliteratur findet man keine direkten Angaben zur Dereflexion bei Adipositas. Analog zu anderen Essstörungen kann gefolgert werden, dass das Leisten des Verzichtes auf den Krankheitsgewinn wesentlich in der Psychotherapie bei Adipositas ist. Dieser Verzicht kann über ein besonderes Interesse und Engagement angeregt werden. Die menschliche Fähigkeit zur Selbsttranszendenz als ein „Hingeordnet- und Ausgerichtetsein, sei es auf etwas, sei es auf jemanden, sei es auf ein Werk oder einen Menschen, auf eine Idee oder auf eine Person“ (Frankl, 2010), könnte somit Menschen mit psychogener Adipositas helfen diese Verzichtsleistung zu vollbringen. Wesentlich ist, dass die hinter der Hyperreflexion liegenden Gedanken ernst genommen werden. Hierbei handelt es sich oft um Gefühle wie Angst oder das Erleben einer Sinnleere. Die Hyperreflexion stellt meist eine Bewältigungsstrategie dar, um diese Gefühle nicht wahrnehmen zu müssen (Fintz-Müller, 2002). Die Ängste und Gefühle hinter der Sinnleere müssen zunächst in der Therapie bearbeitet werden, um aufbauend zu eruieren welche Inhalte lebenswert sind, also welche Dinge einen faszinieren und begeistern, sodass man sich ihnen in selbsttranszendenter Weise zuwenden möchte. Durch die Hinwendung zu diesen Gedanken, sollen die Gedanken an das Essen unwichtiger erscheinen (Lukas, 2014). Es geht jedoch nicht darum diese zu verbieten. Durch die Dereflexion soll das Vorhandensein der negativen Gefühle/Ängste akzeptiert werden und bewirkt werden, dass diese nicht mehr handlungsleitend wirken. Durch die Erarbeitung eines Sinnhorizontes sollen diese keine Blockaden mehr darstellen. Ein geringes Selbstwertgefühl wird in der Therapie nicht verleugnet oder abtrainiert, sondern als

vorläufig notwendiges Opfer gesehen, welches integriert wird um die Gedanken auf die lohnend erachtete Arbeit fokussieren zu können (Fintz-Müller, 2002).

Eine Möglichkeit wieder Mut und Kraft zu erlangen stellt z.B. eine wertorientierte Imagination dar (Deckart, 2008a). Diese „Wanderungen“ in die innere (unbewusste) Welt ermöglichen einen Zugang zu Gefühlen, die für das Leben bestimmend sind. Ziel- und wertorientierte Imaginationen können Ursachen aufzeigen, welche Klienten/Klientinnen an der Entfaltung ihrer Möglichkeiten hindern. Sie zeigen jedoch auch vor allem jene Werte auf, auf die es im Leben ankommt (Böschmeyer, 1996). Bei einer „Wanderung zum Ort der vergessenen Wünsche“ kann aus einem vagen Gefühl ein konkretes wertvolles Bild und eine tiefe Überzeugung entstehen, etwas erreichen zu wollen (Deckart, 2008a).

#### *2.3.2.4 Methoden zur Rückgewinnung des Urvertrauens*

Aus existenzanalytischer Sicht stehen Süchte in engem Zusammenhang mit einem Mangel an Vertrauen (Lukas, 2011). Da psychogene Adipositas in Form der Hyperphagie eine suchthafte übermäßige Nahrungsaufnahme darstellt (Ermann, 2016) und dadurch auch suchthafte Charakteristika aufweist, wird im Folgenden auf die Bedeutung des Urvertrauens, sowie auf Möglichkeiten dieses zurückzugewinnen, näher eingegangen.

Das sog. Urvertrauen verankert einen Menschen in ein ursprüngliches Vertrauen in das Wohlwollen des Lebens (Riedel, 2008b). Dieses Vertrauen ist notwendig für ein Gefühl der Geborgenheit, welches die Abhängigkeit von diversen Außen- und Inneneffekten reduziert. So benötigt der geborgene Mensch keine berufliche und private Anerkennung um sich seines Wertes bewusst zu sein, da er ein Stück weit in sich selbst ruht, auch wenn das Leben rings um ihn turbulent ist (Lukas, 2011).

Verschiedene psychotherapeutische Richtungen kommen zu der Erkenntnis, dass der Mensch die Qualität seiner unmittelbaren Welterfahrung in hohem Maß selbst produziert. So zeigen hoffnungsvolle Erwartungen enorme Wirkungen, sodass Erfahrungen positiv bewertet werden. Auf der anderen Seite geht das automatische Ich eines Menschen mit fehlendem Urvertrauen diverse Fehlbewertungen ein, welche automatisch Negatives unterstellen. Dieses negative Bewertungsschema reicht über die Mitwelt hinaus bis ins Metaphysische (Lukas, 2011).

Besteht ein Mangel an solchem Urvertrauen, wie es bei den meisten Süchten und in vielen Fällen auch bei Adipositas der Fall ist, besteht ein wesentlicher Aspekt der Therapie in der Rückgewinnung des Urvertrauens. Die Rückgewinnung des Urvertrauens stellt einen durchaus schwierigen Aspekt in der Psychotherapie dar (Lukas, 2011). Das Urvertrauen wird ebenso wie das praemoralische Wertverständnis (Gewissen) dem geistig Unbewussten zugerechnet (Riedel, 2008b). Ähnlich wie beim Glauben oder der Liebe zählt das Urvertrauen zu den "unwollbaren Phänomenen", lässt sich also nicht willentlich beeinflussen. So kann das Gefühl der Geborgenheit nicht willentlich herbeigeführt werden, sondern sich nur in Bezug zu einer Instanz, welche die "Annahme ohne Wenn und Aber" gewährt, einstellen. Demnach geht es bei der Rückgewinnung des Urvertrauens um das Erkennen und Anerkennen einer Instanz, die es dem Menschen gestattet sich von ihr bedingungslos angenommen zu wissen.

Für die Rückgewinnung des Urvertrauens bedarf es demnach zunächst der Stärkung des authentischen Ichs und darauf aufbauend der bewussten Revision jenes Gottesbildes, welches möglicherweise unbewusst von Verdammnis oder Gleichgültigkeit auf Erlösung geprägt ist.

Ersteres kann durch jede Art von Weiterbildung und Aufnahme geistiger "Nahrung" eingeleitet werden, wobei diverse "Stärkungsmittel" (z.B. Stärkung der Sinnorientierung, der Entscheidungsfähigkeit, des Durchhaltevermögens, Aufbau einer eigenen Identität) hilfreich sind. Aspekte die den zweiten Punkt betreffen werden im Folgenden näher ausgeführt (Lukas, 2011).

Aus praktischer Sicht bedeutet dies, dass Geborgenheit ein "unerhörtes Positivum" darstellt, welches das Verantwortungsbewusstsein des Menschen stärkt und ihm hilft schwierige Situationen zu bewältigen. So verleiht dieses Gefühl der Geborgenheit Kraft, im Speziellen eine ethische Kraft in Form von Verantwortungsbewusstsein und Bewältigungskraft in Hinblick auf Katastrophen aller Art. So spüren die meisten Klienten/Klientinnen, die therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, selbst was sie zu tun oder zu unterlassen hätten, wissen jedoch oft nicht woher sie die Kraft dafür erlangen sollten. Demnach stellt die Rückgewinnung des Urvertrauens einen wesentlichen Aspekt in der Psychotherapie dar (Lukas, 1994b, 2011).

Lukas führt hier das biblische Gleichnis vom Exodus an. So gilt es den Weg zu gehen, welcher unserer Weisung folgt. Frankl spricht davon, dass der Sinn Schrittmacher des Seins ist (Frankl, 2009) und Lukas (2011) variiert daraus: "Die Richtung ist Schrittmacher des Weges". So ist die Richtung das Entscheidende. Das Gleichnis vom Exodus spricht von der Wolke als "Richtungsfaktor", in welchem sich 3 Charakteristika auch auf die Rückgewinnung des Urvertrauens umlegen lassen:

#### 1.) Die Wolke ist stets voran

Umgelegt auf das menschliche Leben bedeutet dies, dass der Lebensweg nur dann gelingen kann, wenn dem Menschen kontinuierlich und ungebrochen etwas "vorschwebt", ein Ideal-Zustand, eine individuell zugeschnittene Aufgabe, welche auf die Verwirklichung wartet. So muss jedem Leben etwas voraus sein, damit ein Darauf-Hinleben und folglich auch das Weiterleben *per se* einen Sinn hat. So ist es wesentlich, dass sich eine Person geistig intensiv mit der näheren Zukunft und nicht mit der Vergangenheit auseinandersetzt. Es ist ein wesentliches Charakteristikum seelischer Gesundheit, dass bewusst in der Gegenwart gelebt wird und der Blick in die nähere Zukunft, welche visionär vorweggenommen wird, gerichtet wird um die Chancen nicht zu verpassen und diese kraftvoll anzustreben (Wydawnict, 1991, zitiert nach Lukas, 2011, S. 98). Auch wenn der gelegentliche Blick in die Vergangenheit durchaus sinnvoll ist, insbesondere um aus Fehlern zu lernen und schöne Erlebnisse als Ressourcen zu nutzen, ist ein wesentliches Problem vieler psychischer Erkrankungen, dass verstärkt in der Vergangenheit verharrt wird und diese entweder glorifiziert oder verdammt wird. Dadurch verharrten diese Menschen in einer Opferrolle und versäumen die Chancen der Gegenwart und Zukunft. Ebenso hemmt die Fokussierung auf die ferne Zukunft, insbesondere bei unrealistischen Träumereien, die Erschließung gegenwärtiger Ressourcen in Entfaltung auf das realistisch Erzielbare. Die sog. "noetische Temporalität" bei seelisch gesunden Menschen ist somit wesentlich um Frieden mit der Vergangenheit zu schließen und eine konstruktive Veränderung des gegenwärtigen Lebens in Richtung einer hoffnungsträchtigen Zukunft zu erreichen (Lukas, 2011).

## 2.) Die Wolke ist andersartig

In der biblischen Geschichte ist die Wolke von einer anderen, übergeordneten Qualität im Vergleich zu dem ihr nachziehenden Volk. Entscheidend ist der Maßstab, an dem sich die richtige Richtung eines Lebensweges orientiert (Lukas, 2011). Frankl spricht davon, dass jeder Mensch den Maßstab in sich selbst trägt und identifiziert diesen als "persönliches Gewissen", welches von der Transzendenz geleitet wird (Frankl, 2006; 2012).

Dem Gewissen kommt in der Logotherapie eine zentrale Bedeutung zu – einerseits als ethisches Vermögen, andererseits als intentionale Fähigkeit zur Sinnwahrnehmung (Frankl, 2012). Küng (1992) spricht in diesem Zusammenhang auch von einem unbedingt Guten, welches sich nicht vom Menschen her, sondern nur von einem Unbedingten, Absoluten, welches einen übergreifenden Sinn zu vermitteln vermag, begründen lässt. Er versteht darunter die letzte, höchste Wirklichkeit selbst, die in einem vernünftigen Vertrauen angenommen werden kann, auch wenn sie nicht rational bewiesen werden kann. Frankl (2006) definiert das unbedingt Gute als die Stimme der Transzendenz, welche im persönlichen Gewissen abhörbar ist.

## 3.) Die Wolke ist unerreichbar

Ebenso wie niemand auf der Wolke ankommt, erscheint es im menschlichen Leben sinnvoll zu sein, Unerreichbares anzustreben, um Erreichbares zu erreichen. Dies steht im direkten Gegensatz zu der oben beschriebenen Forderung nach realistischer Zielsetzung um einer Enttäuschung durch unrealistische Zielsetzung vorzubeugen. Dem entgegnet Lukas (2011), dass es zwischen Bezugsquelle und Fixpunkt zu unterscheiden gilt. So vermischen Personen, die unter Versagensgefühlen und Enttäuschungen leiden, beide Aspekte zu einem Ziel, sodass die Zielerreichung glücksnotwendig ist, was eine unzuträgliche Kombination darstellt.

So gilt es sich selbst anzunehmen wie man ist, und gleichzeitig und konstant auf dem eigenen Weg von Fixpunkt zu Fixpunkt zu bleiben und nicht etwas fanatisch erzwingen wollen, das unerreichbar ist. Weiters kann auch manchmal der Sinn darin bestehen, anderen Menschen helfen ans Ziel zu gelangen (Lukas,2011).

### *2.3.2.5 Entspannungstraining inkl. suggestivem Willenstraining*

Wie bereits im vorigen Kapitel beschrieben, spielen subjektive Bewertungen eine entscheidende Bedeutung für die Qualität der unmittelbaren Welterfahrung. Die Fehlbewertungen, welche beim Verlust des Urvertrauens auftreten, wurden bereits erwähnt. Wichtig ist, dass auf der anderen Seite hoffnungsvolle Erwartungen enorme Wirkungen zeigen können, welche im Rahmen diverser Suggestionsverfahren genutzt werden können. Die Logotherapie spricht in diesem Zusammenhang von der "Einstellungsmodulation", welche in diesem Sinne heilsame Korrekturen ermöglicht. Am Beispiel eines Menschen der sich bei Kritik stets tief gekränkt fühlt und im Umfeld nur Böses wahrnimmt, würde eine Änderung des Bewertungsschemas bedeuten, dass sich das authentische Ich der Person vornimmt, in Zukunft nicht mehr automatisch Negatives zu unterstellen, sondern zumindest im Vorfeld jedem Menschen eine positive Chance zu gewähren (Lukas, 2011).

Ähnlich wie bei Süchtigen, kann auch bei Adipösen davon gesprochen werden, dass diese daran gewöhnt sind sich eines Hilfsmittels (Essen) zu bedienen, um ihren inneren Zustand zu verbessern. Dieses destruktive Mittel gilt es durch ein konstruktives Mittel zu ersetzen. Hierfür können diverse Entspannungsmethoden angewandt werden (Lukas, 2011). Lukas (2014) entwickelte das sog. „suggestive Willenstraining“ auf Kassetten, welches sich Klienten/Klientinnen im entspannten Zustand anhören können und sie darin stärken sollte, die nötige Kraft zum Leisten eines Verzichtes aus sich selbst zu schöpfen. Dabei werden Formeln aus dem autogenen Training um Formeln der Selbstvergewisserung erweitert. Lukas (2011) führt folgendes Beispiel für eine entsprechende Suggestion an: "Sie bleiben ruhig, ganz ruhig, nichts kann Sie stören, alle Ängste sind verflogen, alle Krämpfe sind gelöst, alle Sorgen zur Seite gelegt ... Sie konzentrieren sich jetzt nur auf Ihren eigenen, festen Willen. Sie atmen ihn ein, Sie atmen ihn aus, was Sie auch tun, er durchweht Sie und steht für Sie bereit. Sie spüren ihn ganz intensiv: Ja, Sie wollen gesund werden, Sie wollen gesund sein, für sich, für Ihre Kinder, für die Zukunft ... Sie bleiben ruhig, entspannt, nichts kann Sie stören ...".

Vor allem emotional labile Personen sollen über entsprechende suggestive Willenstrainings eine echte Willensstärkung erfahren können. Durch diese Methode

wird ermöglicht, dass Menschen zu der Überzeugung kommen, tatsächlich über mehr Konzentrations- und Durchhaltevermögen zu verfügen und sich dadurch entsprechend entschiedener disziplinieren (Lukas, 2011; 2014).

#### *2.3.2.6 Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe*

Berücksichtigt werden muss, dass die tiefgreifende Störung des Vegetativums im Bereich Hunger-Essen-Sättigung auch durch eine erfolgreiche Einstellungsmodulation und Dereflexion nicht beseitigt wird, da sich diese Zentren im Gehirn nicht oder nur langsam erholen (Lukas, 2014). Da dieser biologische Regelkreis nicht mehr selbstverständlich funktioniert, ist ein fester Essensplan erforderlich. Es ist empfehlenswert, dass die Klienten/Klientinnen diesen Plan selbst schriftlich zusammenstellen. Dieser sollte schließlich therapeutisch auf Ausgewogenheit hin kontrolliert werden. Bei der Therapie psychogener Adipositas können auch weitere verhaltenstherapeutische Elemente zur Vermeidung von Binge-Eating in die Therapie einfließen. Besteht die psychogene Adipositas schon lange, so ist der bedingte Essreflex meist so fixiert, dass er nicht einfach willentlich unterbrochen werden kann. Die fehlgeleitete vegetative Regulation und Zwangsgedanken haben sich oft über den langen Zeitraum hinweg verfestigt, was in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden muss (Deckart, 2008a). Diesem Aspekt wird vor allem durch entsprechende Nachbetreuung Rechnung getragen.

Analog zur Nachbetreuung bei diversen Suchterkrankungen, darf sich eine solide psychotherapeutische Nachbetreuung bei Adipositas nicht nur auf die Warnung vor Stolpersteinen beschränken. Es geht darum, den Weg, der es wert ist, eingeschlagen zu werden und der darauf wartet von einer bestimmten Person gegangen zu werden, zu bedenken. Daher geht es in der logotherapeutischen Nachbetreuung darum Ausschau nach dem Essenziellen zu halten und sich dem Eigentlichen zuzuwenden. Es gilt das Bewusstsein dafür zu schärfen, wofür die wiederhergestellte Gesundheit wichtig und notwendig ist und genützt werden kann. So ist es nur für einen Menschen, der einen Sinn in seinem Leben sieht, sinnvoll gesund zu bleiben und Krankheiten vorzubeugen (Lukas, 2011). Auf Adipositas bezogen bedeutet das: Normalgewichtig zu bleiben ist kein Lebensinhalt, sondern die unabdingbare Voraussetzung zur Erfüllung eines Lebensinhaltes. Deshalb bleiben zuletzt diejenigen in einem gesunden

Gewichtsbereich, die um die Erfüllung eines solchen Lebensinhalts ringen, und nicht diejenigen, die um das normalgewichtig bleiben kämpfen. Mit Lebensinhalt ist nicht einfach ein bestimmtes Vorhaben, welches quasi zur Beschäftigung ausgedacht wurde, gemeint. Würde die innere Stabilität eines Menschen nur an einem bestimmten Vorhaben liegen, so wäre im Falle des Misslingens der Rückfall praktisch absehbar, da sämtliche Vorhaben trotz bester Planung misslingen können. So ist es nicht das Entscheidende bei den Vorhaben Erfolg zu erlangen, sondern in der konkreten Lebenssituation den Sinn-Aufruf wahrzunehmen. Dieser ist stets neu erschließbar und immerwährend, sodass sogar im Misslingen Sinnerfüllung möglich ist (Lukas, 2014). Nur ein immerwährender Sinnfindungsprozess kann der ideale Schutz gegen Selbstzerstörung sein, da diese mit einer Stärkung der Selbstachtung einhergeht. Die wesentlichen Aspekte der Rückfallprophylaxe sind demnach:

1. Stimulierung der Klienten/Klientinnen zum Einsatz ihrer persönlichen Stärken
2. Förderung der Fähigkeit, wahrzunehmen, was einen solchen Einsatz wert ist (Lukas, 2011)

Zur Vermittlung eines „Haltens am Geistigen“ bieten sich im Rahmen der Rückfallprophylaxe auch gruppentherapeutische Verfahren, wie beispielsweise ein logotherapeutischer Mediationskreis und Dereflexionsgruppen an. Diese Verfahren dienen dazu den Blick über den eigenen, begrenzten Horizont schweifen zu lassen und dadurch der kritischen Hyperreflexionsneigung entgegenzuwirken (Lukas, 2014). Beim logotherapeutischen Mediationskreis soll im Rahmen von etwa zehn Terminen eine Diskussion über essenzielle Themen, wie über den Sinn des Leidens, Zusammenhänge zwischen Gesinnung und Gesundheit, Gewissensfragen und persönliche Wertsysteme, erfolgen (Lukas, 2014). So erhöht die Beschäftigung mit zentralen Aspekten der menschlichen Existenz, wie z.B. dem Sinn des Leidens die Leidensfähigkeit (Lukas, 1986, 2014). Dies ist von großer Bedeutung, da dadurch auch die Fähigkeit oftmals unausweichliche Rückfälle und Frustrationen zu bewältigen gestärkt wird (Deckart, 2008a). Im Unterschied zum Mediationskreis herrscht in den Dereflexionsgruppen freie Themenwahl. Es geht darum die Konzentration der Klienten/Klientinnen von sich selbst abzuziehen und die negativen Möglichkeiten des Lebens hintanzustellen, um sich voll und ganz den positiven zu widmen (Lukas, 2014).

Der Selbstachtung kommt ein enormer Stellenwert zu. Selbstachtung spiegelt wider was ein Mensch von sich selbst hält, und damit das Bestehen-Können vor sich selbst. Sie ist die subjektive Spiegelung der objektiven und unveräußerbaren Würde des Menschen, die weder durch Krankheit, Verfehlung oder Tod beeinträchtigt wird. In ihr reflektiert sich, ob ein Mensch in tiefster Ehrlichkeit seiner eigenen Existenz zustimmen kann, oder ob er das lähmende Empfinden verspürt, dass es eigentlich egal ist, ob es ihn gibt oder nicht. Die Selbstachtung kann als „Ja zum Sein“ betrachtet werden, welches in engem Zusammenhang mit dem Willen, die jeweils sinnvollsten Handlungen und Haltungen zustande zu bringen die den jeweiligen Gegebenheiten entsprechen, steht. Jede effiziente Nachsorge muss den Klienten/Klientinnen vermitteln, dass kein schicksalhaftes Leid, das sie jemals erleben mögen, an ihrer Selbstachtung rütteln wird. Aus ethischer Sicht ist es irrelevant ob im Leben Freud oder Leid, Zuwendung oder Abweisung, Lob oder Tadel, empfangen wird. Relevant ist nur, wie darauf reagiert wird. So zerbrechen Menschen nicht an einer Frustration allein. Viele Menschen bringen sich jedoch durch negative Reaktionen auf Frustrationen in Unglück, indem sie Sinnwidriges fortsetzen, anstatt ihm sinnvoll zu begegnen. Je tapferer sich potentiell Leid gestellt und dieses ertragen wird, sofern es nicht veränderbar ist, desto mehr wird die Selbstachtung gestärkt. Auf der anderen Seite wird jedes Leid, das selber ins Leben hineingetragen wird, an der Selbstachtung rühren (Lukas, 2011).

Zusammenfassend gilt es zu verdeutlichen, dass das Sinnmögliche zu verwirklichen ist, und zwar unabhängig davon ob es leicht oder schwerfällt. Es ist wichtig ein unangenehmes Gefühl nicht kurzfristig um den Preis langfristiger Schäden zu vertreiben. Dies steht im Gegensatz zum dem Trend der heutigen Genussgesellschaft, des "jetzt Genießens, später Bezahlens". Ein Leben in Bescheidenheit ist dem Erhalt des Seelenfriedens zuträglich. So stellt die Fähigkeit entsagen zu können einen großen Reichtum dar (Lukas, 2011).

### **3 Empirieteil**

Die Arbeit beschäftigte sich zunächst mit den Theorien der Entstehung von Adipositas. Da der aktuelle Forschungsstand von einer multifaktoriellen Genese ausgeht, galt es im Literaturteil primär zu eruieren, welche psychologischen Faktoren eine Rolle spielen. Dabei wurde der Fokus insbesondere auf prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren gerichtet.

Darauf aufbauend wurde eruiert welchen Beitrag Psychotherapie zur Therapie bei Adipositas leisten kann. Es wurde versucht die Frage, welche allgemeinen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden, welche in der essstörungsspezifischen Literatur beschrieben werden, die es bei Adipositas gibt, zu beantworten. Dabei wurde ersichtlich, dass vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen bei Adipositas eine hohe Evidenzbasierung aufweisen.

Aufbauend auf diesen allgemeinen Aspekten stellte sich die Frage welchen Zugang die Logotherapie und Existenzanalyse zu Adipositas hat. Dabei wurde einerseits eine Eingliederung der störungsspezifischen Betrachtung in das Konzept der Logotherapie versucht, und andererseits wurden auch die Methoden der Logotherapie hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten in der Adipositas-therapie betrachtet.

#### **3.1 Forschungsfragen**

Die zentrale Fragestellung soll schließlich im Forschungsteil bearbeitet werden:

Wo liegen die Chancen und Grenzen der Logotherapie und Existenzanalyse in der Adipositas-Therapie?

Schließlich soll die Bedeutung der Forschungsergebnisse für die Logotherapie und Existenzanalyse zusammengefasst werden. Dies ist deswegen von Bedeutung, da aktuelle Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas Psychotherapie – im Speziellen Verhaltenstherapie – neben Ernährungs- und Bewegungstherapie als dritte Säule ansehen (Wöran, 2016). Der derzeitige Fokus auf Verhaltenstherapie liegt einerseits an der hohen Evidenzbasierung dieser Richtung, andererseits aber auch daran, dass die Verhaltenstherapie in Deutschland eine der wenigen anerkannten Psychotherapierichtungen ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). Da in

Österreich Logotherapie und Existenzanalyse eine gleichwertige psychotherapeutische Behandlungsmethode darstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2014), stellt die Erforschung deren Eignung für die Adipositas-Therapie einen wichtigen Aspekt zur Gewährleistung eines hohen Standards der Behandlung von Adipositas dar. Daher ist ein wesentliches Ziel dieser Arbeit Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und Existenzanalyse und Logotherapie in der Psychotherapie Adipöser zu eruieren.

Konkret werden in dieser Arbeit folgende Fragestellungen bearbeitet:

- 1.) Wie schätzen Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bzw. Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen die Eignung ihrer Fachrichtung, sowie ihre eigenen Fähigkeiten für die Psychotherapie bei Adipositas ein?
- 2.) Welche psychotherapeutischen Interventionen der Existenzanalyse und Logotherapie bzw. Verhaltenstherapie finden in der psychotherapeutischen Praxis bei Adipositas Verwendung?
- 3.) Wo liegen die wesentlichen Unterschiede in der Psychotherapie bei Adipositas zwischen Logotherapeuten/Logotherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen?
- 4.) Wie könnte ein Behandlungskonzept aussehen, das die Ansätze beider Fachrichtungen bestmöglich vereint?

### **3.2 Methodische Vorgehensweise**

Um die Fragen zu beantworten wurde eine quantitative Erhebung mittels Fragebogen durchgeführt. Da es in Bezug auf Psychotherapie bei Adipositas bisher an Studien zur Logotherapie mangelt, war das Ziel der Befragung eine Art erste „Bestandsaufnahme“ des Potentials der Logotherapie als Psychotherapiemethode in der Therapie Adipöser zu erheben. Um die Ergebnisse der Befragung in Relation setzen zu können, wurde die Verhaltenstherapie als Referenzgruppe eingebunden. Der Vergleich zur Verhaltenstherapie wurde vorgenommen, da diese Methode eine hohe Evidenzbasierung aufweist und dadurch als psychotherapeutisches Verfahren der Wahl gilt.

### *3.2.1 Durchführung der Befragung*

Im Sommer 2018 wurde das Konzept dieser Arbeit mit Prof. Dr. Wiesmeyr und Univ. Doz. Dr. Poltrum besprochen und angenommen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Fragebogen zum Thema Psychotherapie bei Adipositas ausgearbeitet. Die Befragung wurde über den Anbieter Umfrageonline.com durchgeführt. Dadurch wurde einerseits die Anonymität der Teilnehmer/Teilnehmerinnen und andererseits auch die einwandfreie Darstellung des Fragebogens auf verschiedenen Endgeräten gewährleistet. Im September 2018 wurde der Link zur Umfrage an die Zielgruppe per E-Mail versandt und war anschließend bis Mitte Oktober 2018 online beantwortbar. Die Verteilung per E-Mail wurde ausgewählt um einen möglichst großen Teil der in Österreich eingetragenen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen der Fachrichtungen Logotherapie und Existenzanalyse sowie Verhaltenstherapie zu erreichen.

Die Zielgruppe der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bestand aus allen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, die in der Datenbank des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Stand 18.09.2018) mit der Zusatzbezeichnung Existenzanalyse und Logotherapie geführt wurden (gesamt 272). Bei allen Therapeuten, die keine E-Mailadresse angegeben hatten, wurde versucht mittels der in der Datenbank angegebenen Kontaktdaten entsprechende E-Mailadressen durch Internetrecherche zu finden. Insgesamt konnten die E-Mailadressen von 252 (92,6%) Personen ermittelt werden. Zusätzlich wurde der Fragebogen an 40 Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision des existenzanalytischen/logotherapeutischen Instituts „ABILE“ (Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse, Melk, Österreich), versandt, insgesamt also an 292 Personen. Bei 3 Personen war die Angabe der E-Mailadresse nicht korrekt, weswegen diese nicht kontaktiert werden konnten. Insgesamt wurden somit 249 (91,5%) Therapeuten/Therapeutinnen aus der Datenbank des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, sowie 40 Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision erreicht (Tabelle 5).

An die Therapeuten/Therapeutinnen mit der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie wurde ein geringfügig modifizierter Fragebogen versandt. Laut Liste des

Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Stand 30.09.2018) führten 1020 Personen die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie. Davon hatten 648 eine E-Mailadresse angegeben. Zusätzlich wurde der Fragebogen an 108 Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision versandt. Diese Studierende stammten vom verhaltenstherapeutischen Institut „ÖGVT“ (Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Wien, Österreich), sowie der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM, Salzburg, Österreich). Von den insgesamt 756 Kontaktdaten, konnte die E-Mail an 31 Personen nicht versandt werden (davon 3 Therapeuten/Therapeutinnen in Ausbildung unter Supervision). Insgesamt wurden somit 620 (60,8%) Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen aus der Datenbank des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, sowie 105 Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision erreicht (Tabelle 5).

### Beschreibung der Stichprobe

In Tabelle 5 wurde die Anzahl der kontaktierten und teilnehmenden Personen nach Fachrichtung und Ausbildungsstatus getrennt zusammengefasst. Insgesamt 52 Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen der Fachrichtung Existenzanalyse und Logotherapie haben den Fragebogen beantwortet, was einer Rücklaufquote von 18,0% entspricht. Bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen nahmen 48 Personen an der Umfrage teil, woraus sich eine Rücklaufquote von 6,6% ergibt. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision zeigten eine höhere Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen, als Therapeuten/Therapeutinnen mit abgeschlossener Ausbildung. Dies war vor allem in der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse ersichtlich, in welcher eine Rücklaufquote von 35,0% bei den Therapeuten/Therapeutinnen in Ausbildung unter Supervision erreicht wurde.

**Tabelle 5:** Stichprobenbeschreibung

Richtung	Ausbildungsstatus	Anzahl Befragter	Anzahl Teilnehmer	Rücklaufquote
Logotherapie und Existenzanalyse	in Ausbildung unter Supervision	40	14	35,0%
	mit abgeschlossener Ausbildung	249	38	15,3%

} 18,0%

Verhaltenstherapie	in Ausbildung unter Supervision	105	8	7,6%	} 6,6%
	mit abgeschlossener Ausbildung	620	40	6,5%	

### 3.2.2 Online-Fragebogen

Der Fragebogen zur Therapie von Klienten/Klientinnen mit Adipositas orientierte sich inhaltlich an den Forschungsfragen und gliederte sich folgendermaßen:

- Allgemeine/Soziodemographische Daten
- Persönliche Einstellungen und Erfahrungen in der Psychotherapie Adipöser
- Persönliche Einschätzung des Potentials der Logotherapie und Existenzanalyse bzw. Verhaltenstherapie in der Adipositasbehandlung
- Psychotherapeutische Methoden
- Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Behandlung Adipöser

Der gesamte Fragebogen ist in Anhang 1 dargestellt. Zusätzlich wurden die jeweiligen Literaturverweise vermerkt, auf Basis welcher Datenquelle die entsprechende Frage erstellt wurde.

Der Fragebogen an die Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse, beinhaltete insgesamt 25 geschlossenen Fragen. Neben den vorgegebenen Antwortkategorien gab es bei zwei Fragen die Möglichkeit über das Textfeld „andere:“ individuelle Bemerkungen festzuhalten. Zusätzlich wurde eine offene Frage gestellt, in welcher die Teilnehmer/Teilnehmerinnen eingeladen wurden, Interventionen zu nennen, welche ihnen bei der Psychotherapie der Adipositas besonders geeignet erscheinen.

Der Fragebogen der an die Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen der Fachrichtung Verhaltenstherapie beinhaltete den gleichen Aufbau. Im Unterschied zum anderen Fragebogen wurde eine Frage, welche sich auf spezielle logotherapeutische Techniken bezog (siehe Anhang 1, Frage Nr. 9), nicht gestellt.

Der Prozess der Fragebogenerstellung wurde von Univ. Doz. Dr. Poltrum supervidiert. Vor der finalen Veröffentlichung wurde ein Pre-Test durchgeführt, in welchem der vorläufige Fragebogen an eine Psychotherapeutin und einen Psychotherapeuten zur

Probe versandt wurde. Auf Basis der Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet und die finale Version erstellt.

### *3.2.3 Statistische Verfahren*

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS, Version 22 (IBM SPSS Statistics) ausgewertet. Neben Tests auf potentielle Unterschiede zwischen den beiden Fachrichtungen, wurde auch überprüft ob es Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, Alter und die Berufserfahrung gibt. Um Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen diesen Gruppen zu ermitteln, wurden Kreuztabellen erstellt und mittels Chi-Quadrat-Test überprüft, ob es einen signifikanten Unterschied gibt. Waren beide Variablen dichotom, wurde zur Überprüfung der Unabhängigkeit, der exakte Fisher-Test verwendet (Eckstein, 2017). Da die Anzahl der Nennungen pro Antwortkategorie bei manchen Fragen nicht groß genug war, wurden fallweise Kategorien zusammengefasst, um eine Auswertung zu ermöglichen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Ein P-Wert  $>0,05$  und  $\leq 0,10$  wurde als statistische Tendenz berücksichtigt.

Die Antworten auf die offenen Fragen sind im Anhang der Arbeit vollständig und originalgetreu dargestellt, um die Authentizität zu wahren. Zentrale Aspekte dieser Antworten werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung zusammengefasst.

## **3.3 Ergebnisse**

Im Nachfolgenden sind die Ergebnisse der Fragebogenerhebung dargestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse in Form von Diagrammen, anstelle von Kreuztabellen, dargestellt. Weiters erfolgt die Darstellung der Ergebnisse nach der Nennung der entsprechenden Frage aus der Online-Umfrage.

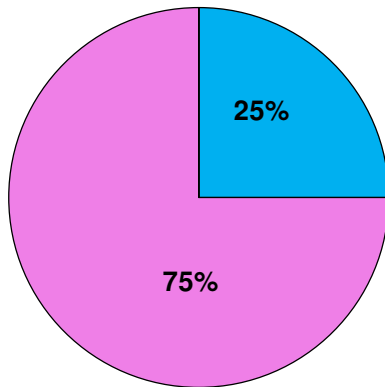
### *3.3.1 Allgemeine/Soziodemographische Daten*

#### 1) Geschlecht:

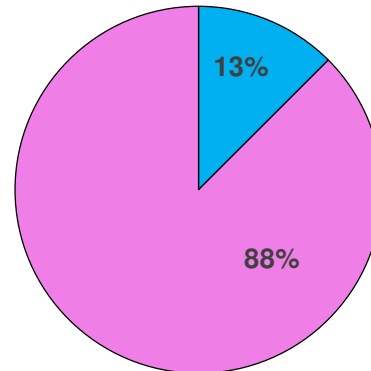
In der Gesamtstichprobe nahmen 81 Frauen und 19 Männer teil. In der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse lag der Anteil weiblicher Teilnehmer bei 75% und

war damit tendenziell geringer ( $P = 0,090$ ) als in der Richtung Verhaltenstherapie (88%; Abbildung 2).

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



■ männlich ■ weiblich

$P = 0,090$

Abbildung 2: Geschlechtsverteilung der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen der Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

### 2) Alter:

Die Altersstruktur der Befragten unterschied sich signifikant zwischen den beiden Fachrichtungen ( $P = 0,029$ ; Abbildung 3). Während bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung nur 2 Personen (entspricht 3,9%) unter 36 Jahre alt waren, nahmen 7 Personen (14,6%) unter 36 Jahren in der Fachrichtung Verhaltenstherapie teil. Auch bei den 36-45-Jährigen war der Anteil bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen etwa doppelt so hoch. Umgekehrt war der Anteil der Personen über 56 Jahren bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen um das 2,4-fache höher.

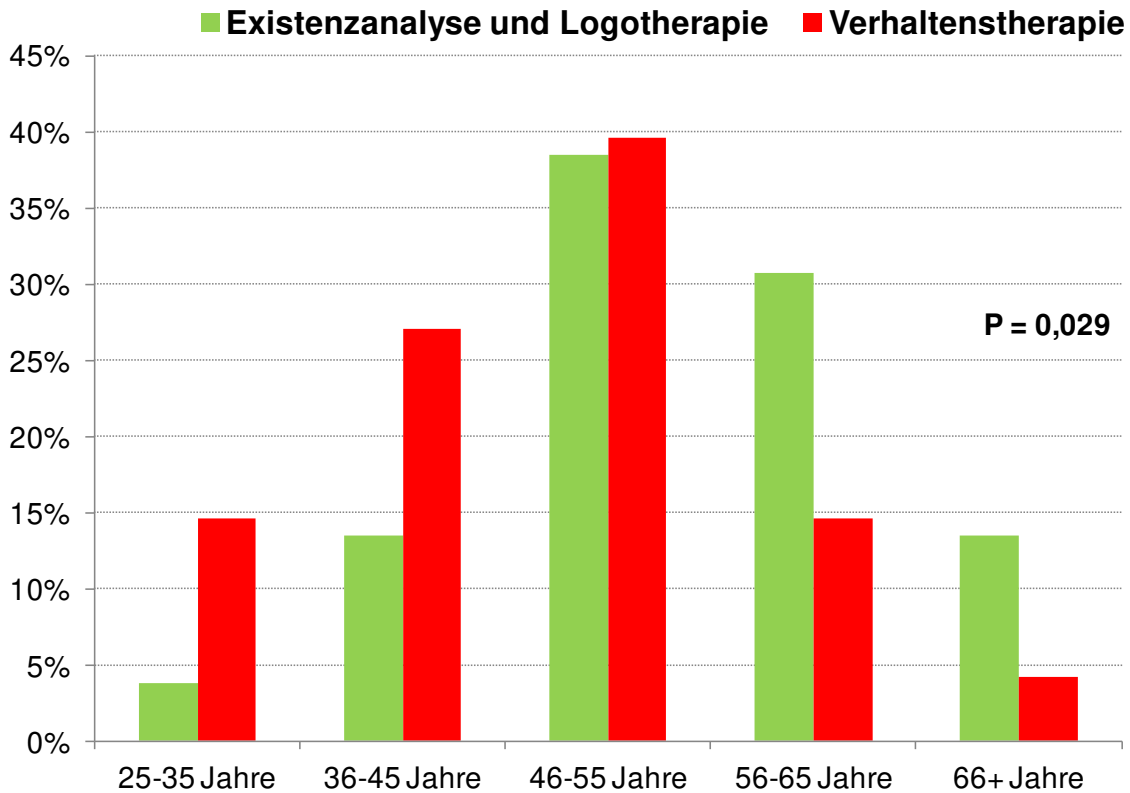


Abbildung 3: Altersstruktur der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen der Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

### 3) Wie lange arbeiten Sie schon als Psychotherapeut/Psychotherapeutin?

Etwa 40% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung bis zu 5 Jahre als Psychotherapeut/Psychotherapeutin (Abbildung 4). Während die Gruppe der Personen in Ausbildung unter Supervision in der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse stärker vertreten war, nahmen mehr Personen mit abgeschlossener Ausbildung, aber mit maximal 5 Jahren Berufserfahrung in der Fachrichtung Verhaltenstherapie teil. Betrachtet man alle Kategorien, zeigt sich kein Unterschied in der Dauer der bisherigen Berufsausübung zwischen den beiden Gruppen ( $P = 0,656$ ).

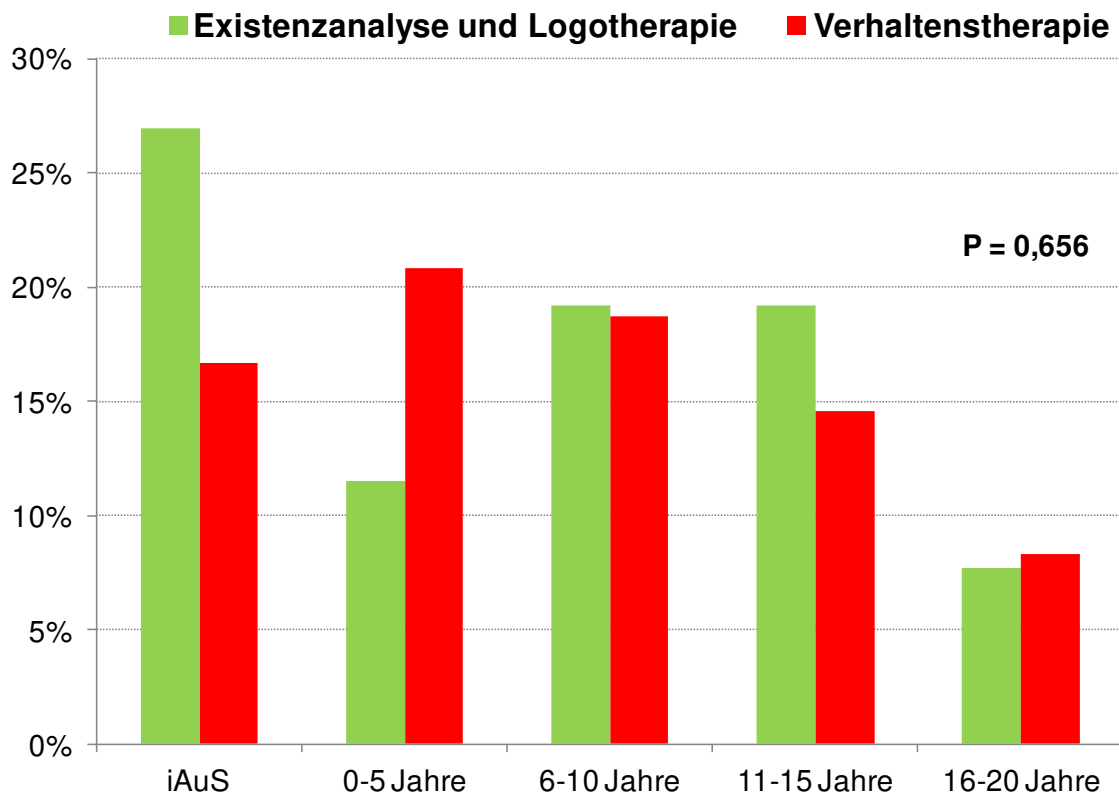


Abbildung 4: Berufserfahrung der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen der Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

### 3.3.2 Persönliche Einstellungen und Erfahrungen in der Psychotherapie Adipöser

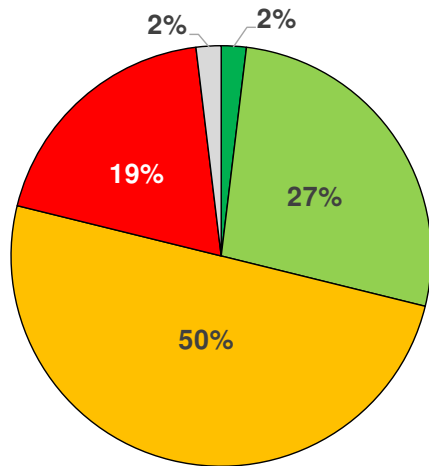
#### 4) Ich fühle mich durch meine Grundausbildung als Psychotherapeut/

Psychotherapeutin über das Thema Adipositas ausreichend informiert

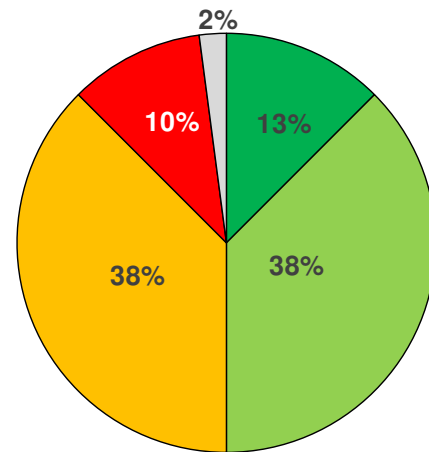
Insgesamt fühlte sich nicht einmal ein Drittel (29%) der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen durch die psychotherapeutische Grundausbildung über das Thema Adipositas ausreichend informiert (Abbildung 5). Der Großteil der Befragten gab an sich nicht ausreichend (50% eher nicht und 19% überhaupt nicht) ausreichend informiert zu fühlen. Etwas mehr als die Hälfte der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen gab an sich ausreichend informiert zu fühlen. Je 1 Teilnehmer/1 Teilnehmerin wählte die Kategorie „weiß nicht“. Die Unterschiede zwischen den Fachrichtungen lagen knapp über dem tendenziellen Signifikanzniveau ( $P = 0,134$ ). Schließt man die Kategorie „weiß nicht“ aufgrund zu geringer Nennungen aus, so ergibt sich eine Tendenz ( $P = 0,071$ ) in Richtung einer

optimistischeren Einschätzung des Informationsstandes bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen.

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



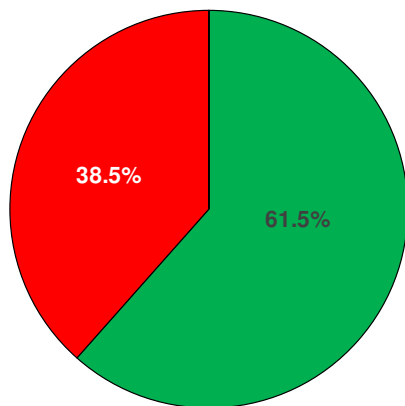
■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu  
■ weiß nicht

**P = 0,134**

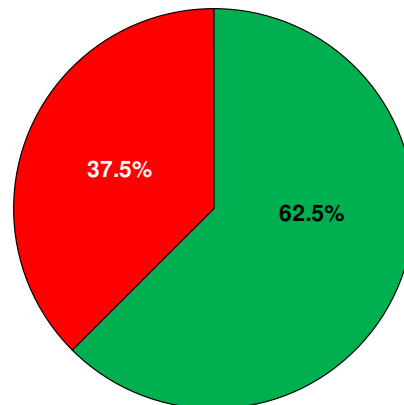
Abbildung 5: Einschätzung des eigenen Informationsstandes der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen der Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

5) Ich habe bereits Menschen mit Adipositas psychotherapeutisch behandelt  
 Insgesamt gaben 62 Teilnehmer/Teilnehmerinnen (62,0%) an, bereits Menschen mit Adipositas psychotherapeutisch behandelt zu haben, wobei sich der Anteil zwischen den beiden Fachrichtungen nicht unterschied (P = 0,543).

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ ja ■ nein

P = 0,543

*Abbildung 6:* Erfahrung in der Psychotherapie Adipöser der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Es war ein signifikanter Zusammenhang mit der Berufserfahrung (Abbildung 7;  $P = 0,003$ ) ersichtlich. Während 36% der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision angaben, bereits Adipöse therapeutisch begleitet haben, lag der Anteil bei den Therapeutinnen und Therapeuten mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung bei 81%.

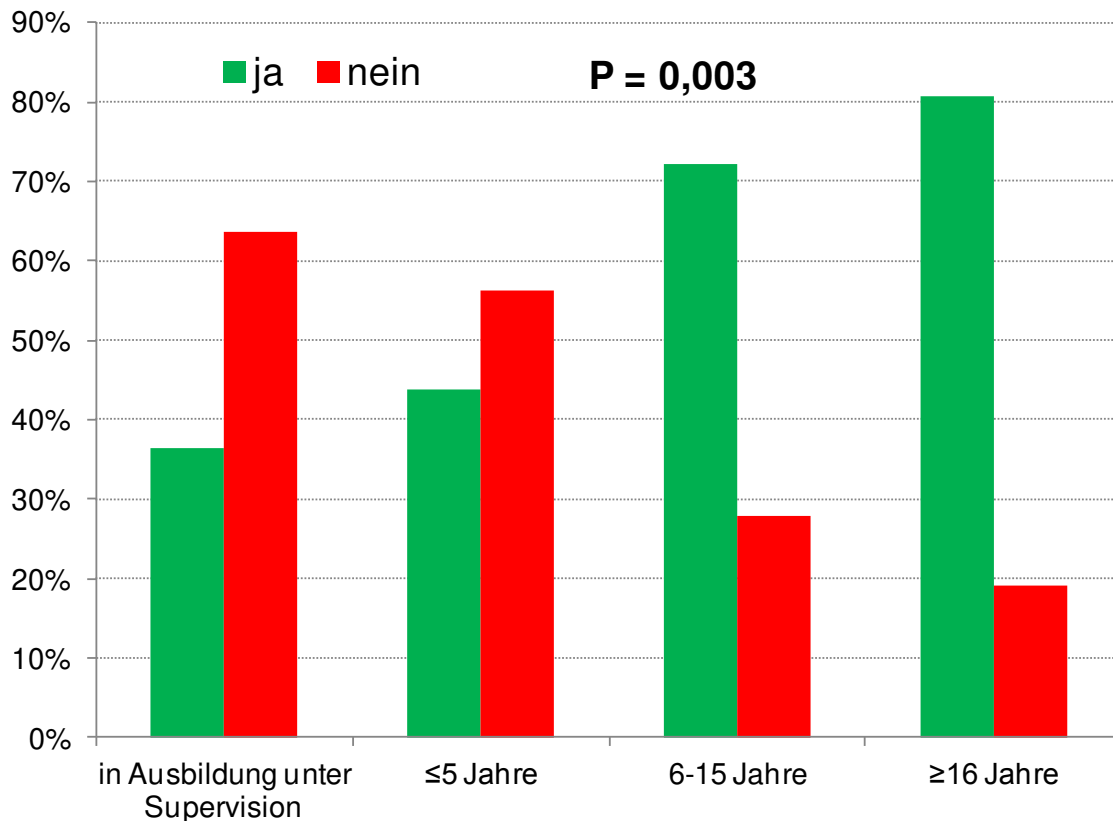
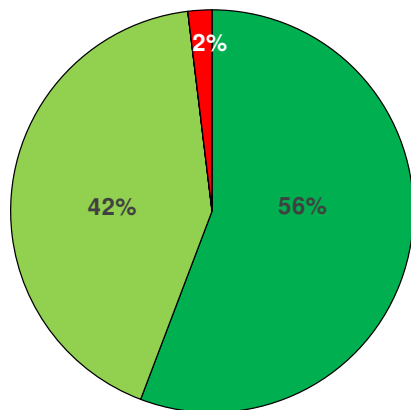


Abbildung 7: Erfahrung in der Psychotherapie Adipöser in Abhängigkeit der Berufserfahrung

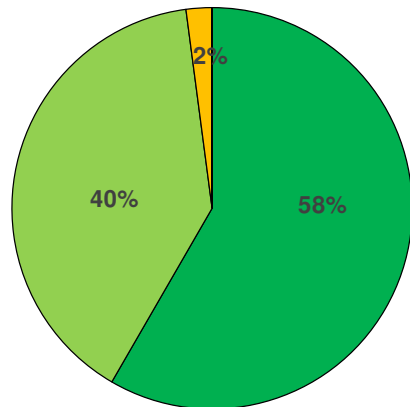
6) Erachten Sie Psychotherapie bei Adipositas für notwendig?

Unabhängig von der fachspezifischen Ausrichtung ( $P = 0,556$ ) gaben beinahe alle Befragten an Psychotherapie bei Adipositas als notwendig (57% unbedingt und 41% eher schon) zu erachten (Abbildung 8). Nur je 1 Teilnehmer/1 Teilnehmerin gaben an, dass Psychotherapie bei Adipositas eher oder überhaupt nicht notwendig sei.

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ ja, unbedingt  
■ eher schon  
■ eher nicht  
■ überhaupt nicht

P = 0,556

Abbildung 8: Einschätzung der Notwendigkeit von Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

### 3.3.3 Persönliche Einschätzung des Potentials der Logotherapie und Existenzanalyse bzw. Verhaltenstherapie in der Adipositasbehandlung

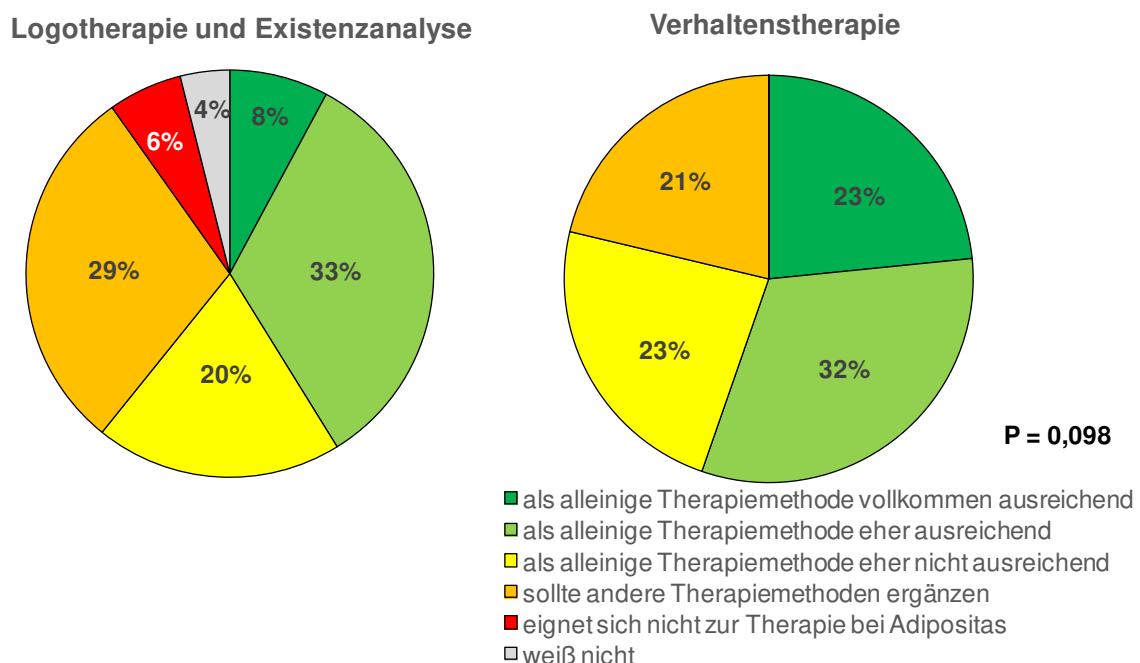
7) Ist Ihrer Meinung nach die Existenzanalyse und Logotherapie/

Verhaltenstherapie ein geeigneter Ansatz zur Behandlung bei Adipositas?

Ein heterogenes Bild ergab sich bei der Einschätzung der Eignung der Existenzanalyse und Logotherapie in der Behandlung von Adipositas (Abbildung 9). Nur ein geringer Anteil war der Ansicht, dass Logotherapie und Existenzanalyse allein vollkommen ausreichend (8%) oder überhaupt nicht geeignet ist (6%). Ein Drittel der Teilnehmer/Teilnehmerinnen gaben an, Logotherapie und Existenzanalyse als alleinige Therapiemethode als eher ausreichend zu erachten und ein ähnlicher Anteil gab an, dass Logotherapie andere Therapiemethoden ergänzen sollte. Daraus ergibt sich in Summe eine Mehrheit an Befragten, welche die Ansicht teilten, dass Logotherapie allein in der Adipositasbehandlung nicht ausreichend ist.

Auf der anderen Seite schätzten die Vertreter/Vertreterinnen der Verhaltenstherapie das Potential ihrer Fachrichtung optimistischer ein, wenngleich aufgrund der Vielzahl an Kategorien und teils zu geringer Anzahl an Nennungen der P-Wert nur ein tendenzielles Signifikanzniveau erreichte (P = 0,098). Es ist jedoch ersichtlich, dass

etwa 3-mal so viele Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen wie Logotherapeuten/Logotherapeutinnen angaben, ihre Fachrichtung als alleinige Therapiemethode vollkommen ausreichend erachten. Der Anteil der Befragten der angab, dass ihre Fachrichtung eher oder eher nicht als alleinige Therapiemethode ausreichend ist, lag auf einem der Richtung Logotherapie und Existenzanalyse ähnlichem Niveau. Es gab hingegen keine Person, die angab, dass sich Verhaltenstherapie nicht zur Therapie bei Adipositas eignet. Auch die Kategorie „weiß nicht“ wurde von keinem/keiner einzigen Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutin gewählt.



*Abbildung 9:* Einschätzung der Eignung der eigenen Fachrichtung für die Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Betrachtet man die Angaben bezogen auf das Geschlecht, wird ersichtlich, dass Männer die Eignung ihrer Fachrichtung positiver einschätzten als Frauen (Abbildung 10;  $P = 0,013$ ). So lag der Anteil der Therapeutinnen, die ihre eigene Richtung als vollkommen ausreichend in der Adipositas-therapie sahen bei nur 9%, bei den Therapeuten hingegen bei ca. 42%. Umgekehrt gaben deutlich mehr Frauen an, dass ihre Fachrichtung allein eher nicht ausreichend ist bzw. andere Therapieformen

ergänzen sollte. Auch die Kategorien „eignet sich nicht in der Therapie bei Adipositas“ und „weiß nicht“ wurden nur von Psychotherapeutinnen gewählt.

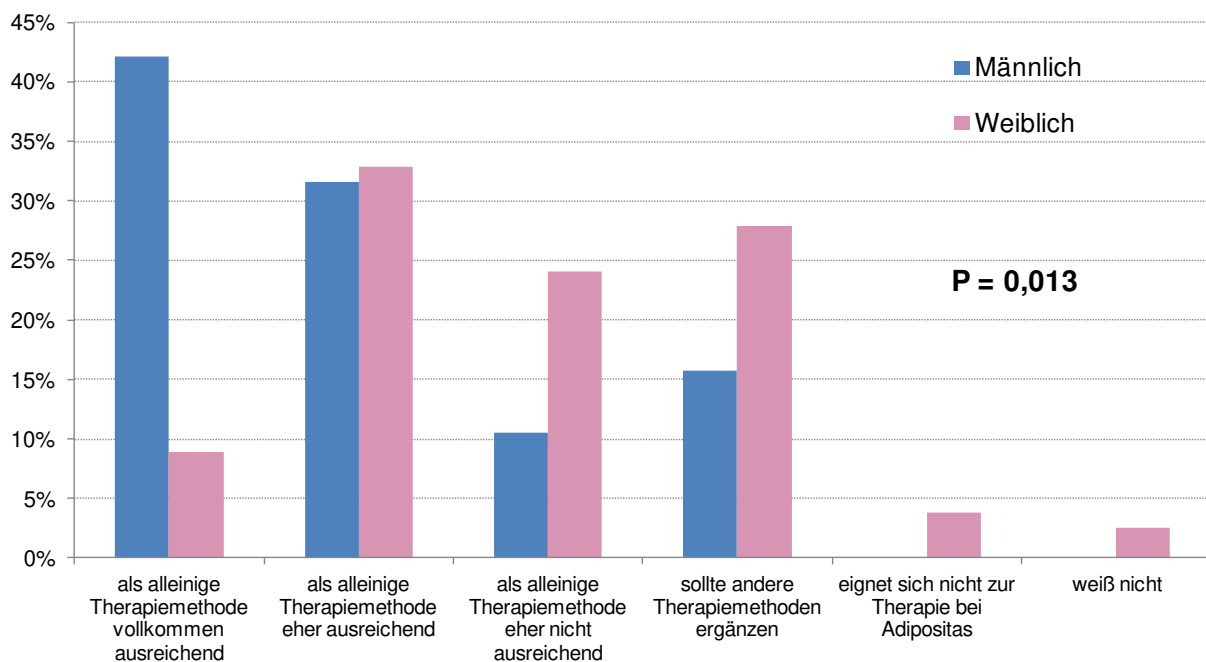


Abbildung 10: Einschätzung der Eignung der eigenen Fachrichtung für die Psychotherapie bei Adipositas nach Geschlecht

Trotz des höheren Männeranteils in der Gruppe der Logotherapie und Existenzanalyse, spiegelt auch eine getrennte Auswertung nach Geschlecht die optimistischere Einschätzung der eigenen Fachrichtung bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen wider.

- 8) Mit den logotherapeutischen/existenzanalytischen Interventionen, die mir zur Verfügung stehen, fühle ich mich ausreichend gewappnet um Menschen mit Adipositas zu helfen.

Die eigene Methodenkompetenz wird von den Befragten etwas positiver eingeschätzt, wenngleich auch hier Vertreter/Vertreterinnen der Verhaltenstherapie zu einer optimistischeren Einschätzung tendieren (Abbildung 11;  $P = 0,083$ ). Während nur 16% der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen angaben sich mit den fachspezifischen Interventionen, die ihnen zur Verfügung stehen, vollkommen gewappnet zu fühlen um Menschen mit Adipositas zu helfen, lag der Anteil bei den

Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen bei 38%. Etwa ein Drittel der befragten Logotherapeuten/Logotherapeutinnen fühlt sich eher oder überhaupt nicht auf die Therapie bei Adipositas vorbereitet, während der Anteil in der Fachrichtung Verhaltenstherapie bei 19% lag.

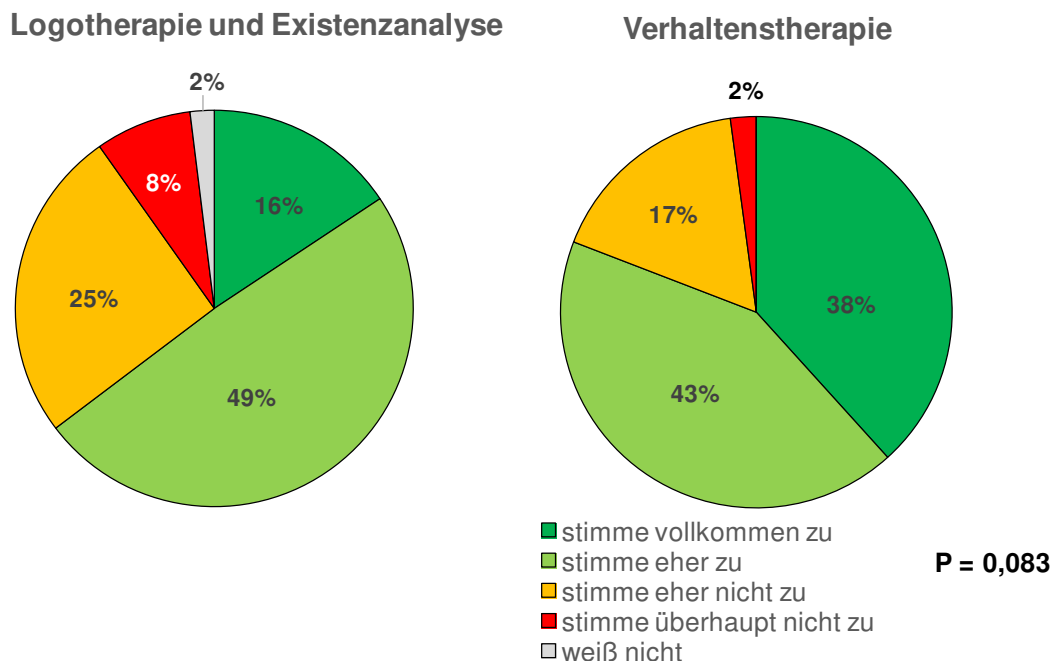


Abbildung 11: Einschätzung der eigenen Methodenkompetenz für die Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

### 3.3.4 Psychotherapeutische Methoden

9) Welche Interventionen und Methoden der Logotherapie halten Sie für die Behandlung bei Adipositas geeignet? (Mehrfachantworten möglich)

Die Frage nach dem Einsatz verschiedener logotherapeutischer Methoden in der Adipositasbehandlung zeigt, dass v.a. die Einstellungsmodulation (38 Nennungen) als geeignet erachtet wird (Abbildung 12). Knapp dahinter rangierte die Steigerung der Sinnwahrnehmung (34 Nennungen), gefolgt von Dereflexion (27 Nennungen). Die Paradoxe Intention wurde von 8 Teilnehmern/Teilnehmerinnen genannt, während 5 Teilnehmer/Teilnehmerinnen angaben, keine der angeführten Methoden als geeignet zu erachten. Im Zusatzfeld „andere“ gaben 8 Logotherapeuten/Logotherapeutinnen individuelle Angaben, welche im Anhang 2 im Original dargestellt sind. Unter anderem wurden Methoden wie personale Existenzanalyse,

Logodrama, sinnorientierter Dialog, systemische Verfahren, Selbsttranszendenz und sokratischer Dialog genannt.

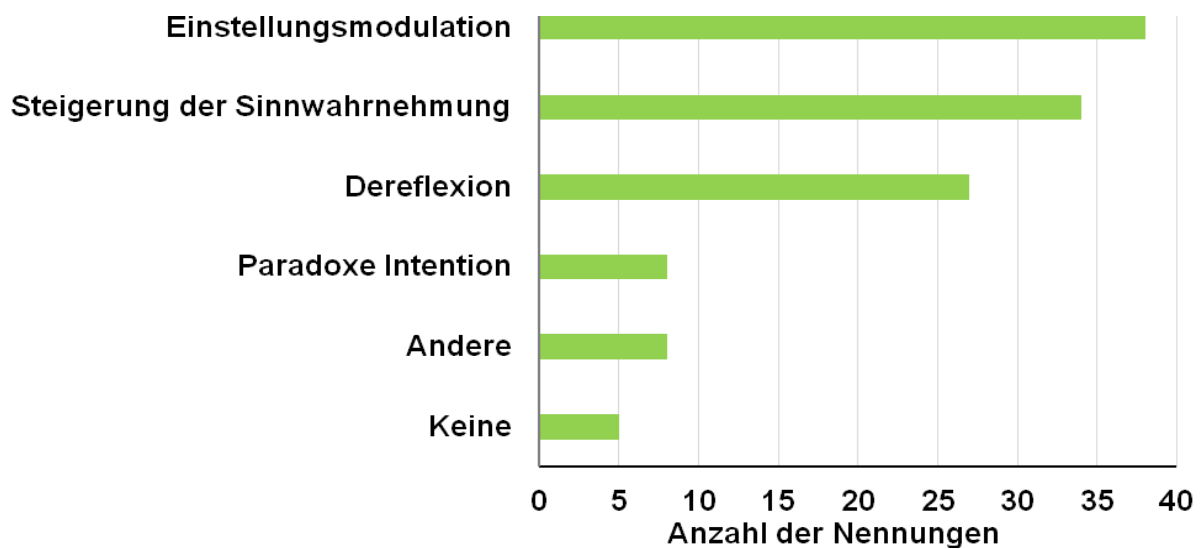
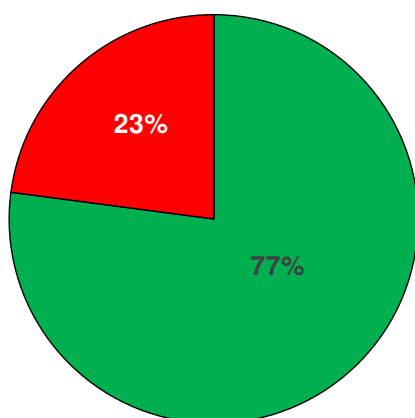


Abbildung 12: Einsatz von Methoden der Logotherapie für die Behandlung von Adipositas

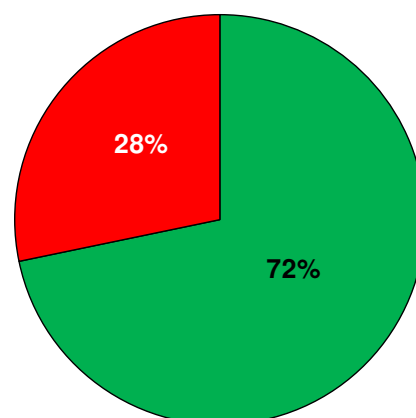
10) Wenden Sie auch Methoden aus anderen therapeutischen Schulen an?

Etwa drei Viertel der Befragten bejahten die Frage nach der Anwendung von Methoden aus anderen therapeutischen Schulen (Abbildung 13). Es gab keinen Unterschied zwischen den beiden Fachrichtungen ( $P = 0,360$ ).

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ ja ■ nein

$P = 0,360$

Abbildung 13: Anwendung von Methoden anderer Fachrichtungen der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Es zeigte sich, dass der Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen die angaben, Methoden aus anderen Schulen anzuwenden mit zunehmendem Alter tendenziell anstieg ( $P = 0,090$ ). Um eine aussagekräftige statistische Auswertung vorzunehmen wurden Alterskategorien zusammengefasst, um eine ausreichende Anzahl an Nennungen pro Kategorie zu erhalten. Während 37% der Therapeuten/Therapeutinnen in der Alterskategorie bis 45 Jahre angaben, keine Methoden anderer Schulen anzuwenden, lag der Anteil bei den Therapeuten/Therapeutinnen der Alterskategorie über 55 Jahre bei nur 14% (Abbildung 14).

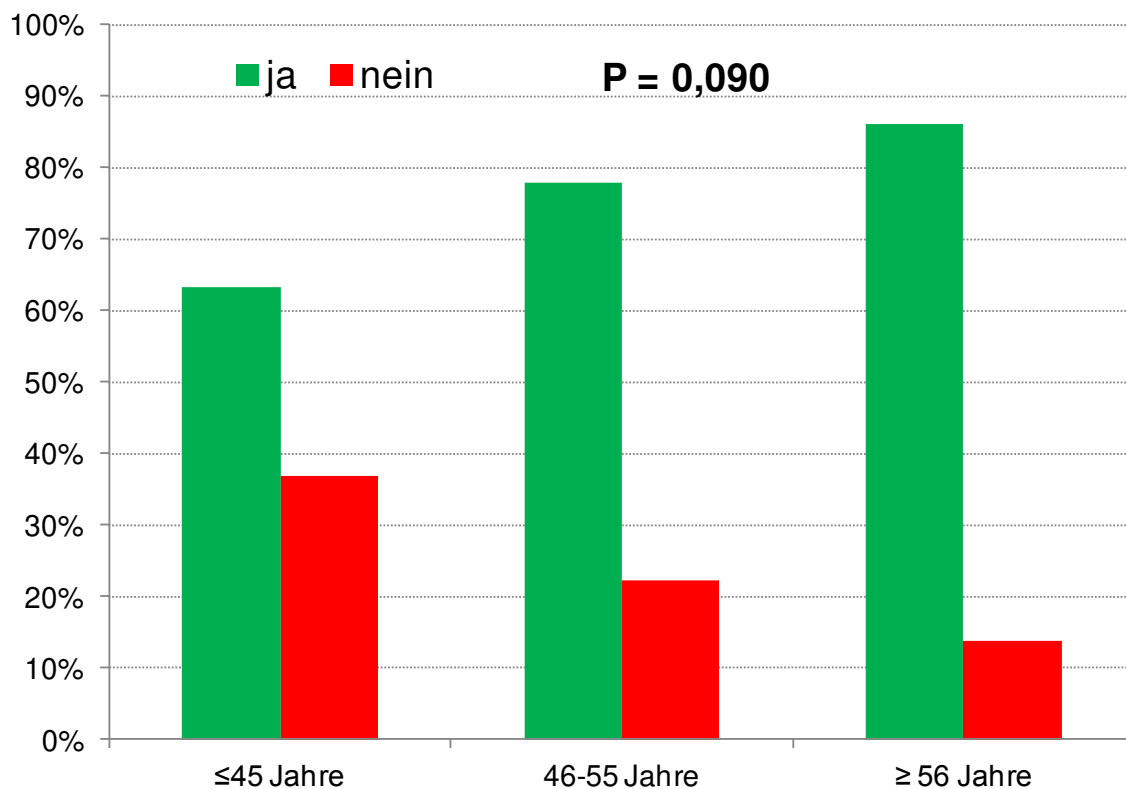


Abbildung 14: Anwendung von Methoden anderer Fachrichtungen nach Alterskategorien

Die Unterschiede sind unter anderem dadurch erklärbar, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Therapeuten und Therapeutinnen in Ausbildung unter Supervision sank ( $P = 0,026$ ). Insgesamt gaben 55% der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision an Methoden aus anderen Schulen anzuwenden, während diese Frage 80% der Therapeuten und Therapeutinnen mit abgeschlossener Ausbildung bejahten ( $P = 0,024$ ). Eine getrennte Auswertung nach Alters- und Ausbildungskategorien zeigte ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Therapiemethoden.

11) Nennen Sie bitte Interventionen die Ihnen bei Adipositas besonders geeignet erscheinen.

Insgesamt gaben 57 Teilnehmer/Teilnehmerinnen Methoden an, welche ihnen in der Adipositasstherapie besonders geeignet erscheinen. An dieser Stelle wird aus Gründen der Übersichtlichkeit eine Zuordnung zu verschiedenen Kategorien versucht. Die vollständigen Originalantworten, sowie deren Zuordnung sind im Anhang (3, 4) angeführt.

Bei dieser offenen Frage gaben 33 Logotherapeuten/Logotherapeutinnen eine Antwort. Wie in Abbildung 15 ersichtlich ist, wurden v.a. verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Interventionen genannt. Unter der Kategorie „Psychoanalytische Ansätze“ gab es vor allem Nennungen wie katathym imaginative Psychotherapie und Hypnose. Erst an dritter Stelle rangierten Interventionen die der Logotherapie und Existenzanalyse zugeordnet werden können. Weiters wurde Traumatherapie, systemische Ansätze, sowie körperorientierte Verfahren genannt.

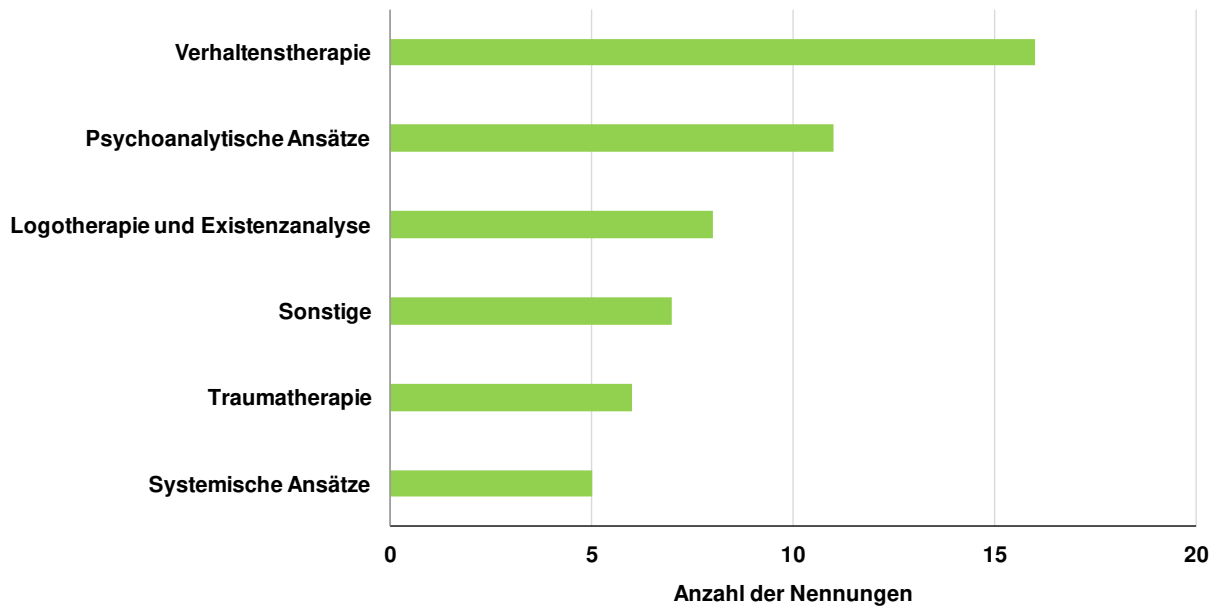


Abbildung 15: Nennung geeigneter Interventionen von Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen

Insgesamt gaben 24 Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Fachrichtung Verhaltenstherapie eine Antwort auf die offene Frage. Der Großteil der Nennungen (16) konnte der Verhaltenstherapie zugeordnet werden (Abbildung 16), wobei v.a. die Schematherapie häufig angeführt wurde. Weiters bezogen sich 8 Nennungen auf psychoanalytische Verfahren, wie z.B. Hypnosepsychotherapie. Die übrigen Nennungen waren sehr divers und beinhalten unter anderem personenzentrierte, systemische und gestalttherapeutische Verfahren.

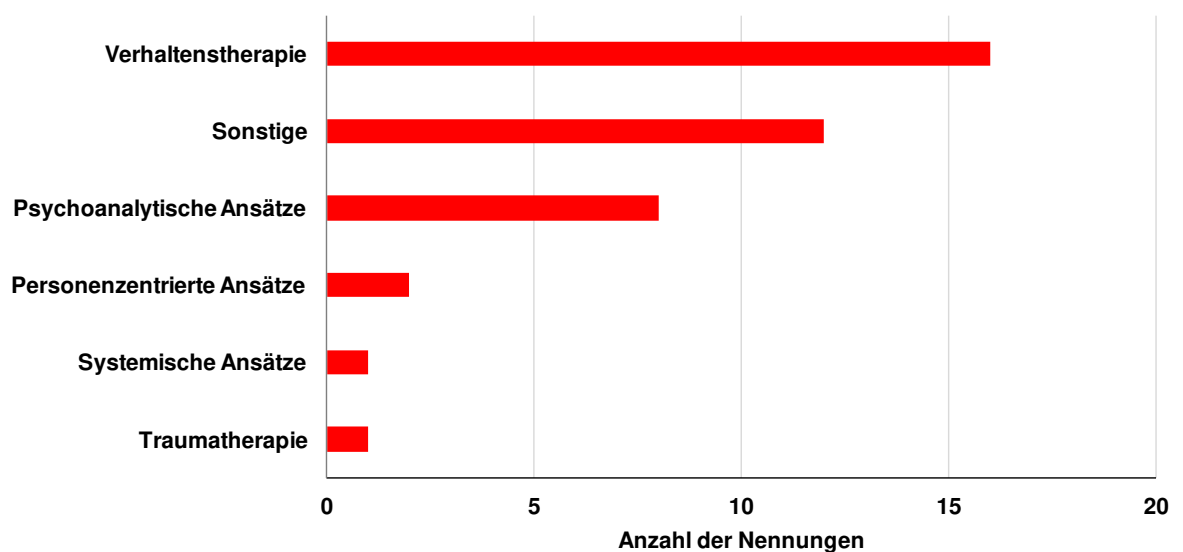


Abbildung 16: Nennung geeigneter Interventionen von Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen

### 3.3.5 Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Behandlung Adipöser

12) Der Aufbau von Motivation ist für eine erfolgreiche Therapie bei Adipositas entscheidend.

Nur je ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin beider Fachrichtungen gab an den Motivationsaufbau für eine erfolgreiche Therapie bei Adipositas als eher nicht entscheidend zu sehen. Der Großteil stimmte vollkommen (78%) oder eher (19%) zu, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Fachrichtungen gab (Abbildung 17;  $P = 0,668$ ).

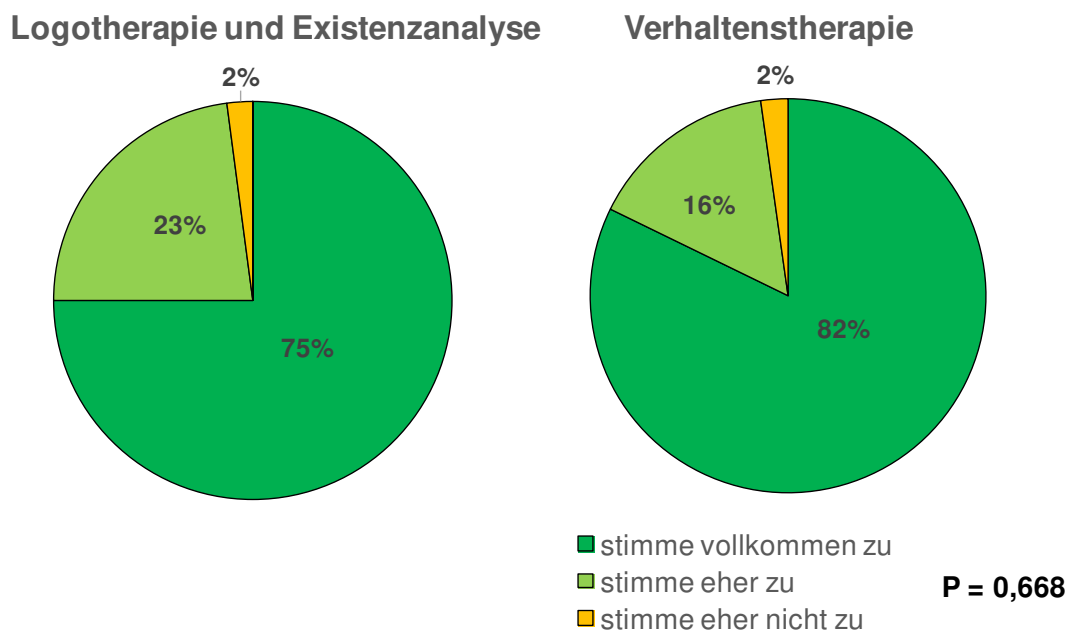


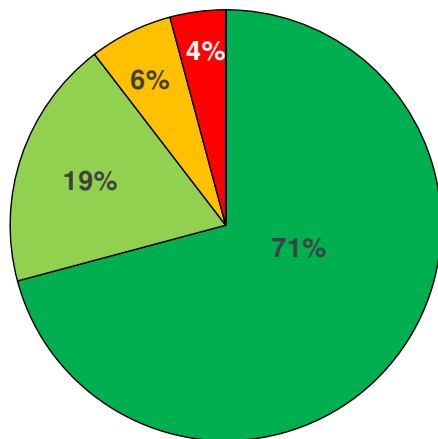
Abbildung 17: Einschätzung der Bedeutung des Motivationsaufbaus für eine erfolgreiche Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

13) Zur Erhöhung der Motivation setze ich Methoden der Einstellungsmodulation ein (z.B. sokratischer Dialog um zu erkennen „wofür“ es sich lohnt langfristig abzunehmen).

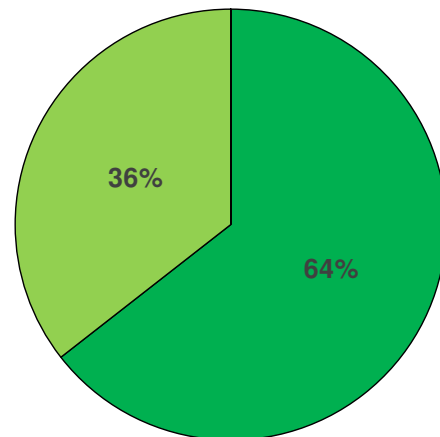
In beiden Fachrichtungen gaben über zwei Drittel der Befragten vollkommene Zustimmung Methoden der Einstellungsmodulation zur Motivationserhöhung

einzusetzen (Abbildung 18). Während kein Verhaltenstherapeut/keine Verhaltenstherapeutin angab diese Methode eher nicht oder überhaupt nicht anzuwenden, lag der Anteil bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bei insgesamt 10% ( $P = 0,064$ ).

**Logotherapie und Existenzanalyse**



**Verhaltenstherapie**



- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

**$P = 0,064$**

*Abbildung 18:* Einsatz von Einstellungsmodulation zur Erhöhung der Motivation der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Bei dieser Frage konnte ein Geschlechts-Effekt beobachtet werden ( $P = 0,025$ ). Vor allem Männer (83%) gaben an, dass sie vollkommen zustimmen, während bei den Frauen der Anteil bei „stimme eher zu“ höher war (Abbildung 19). Diese Unterschiede hatten jedoch keinen Einfluss auf die beobachteten Unterschiede zwischen den Therapierichtungen.

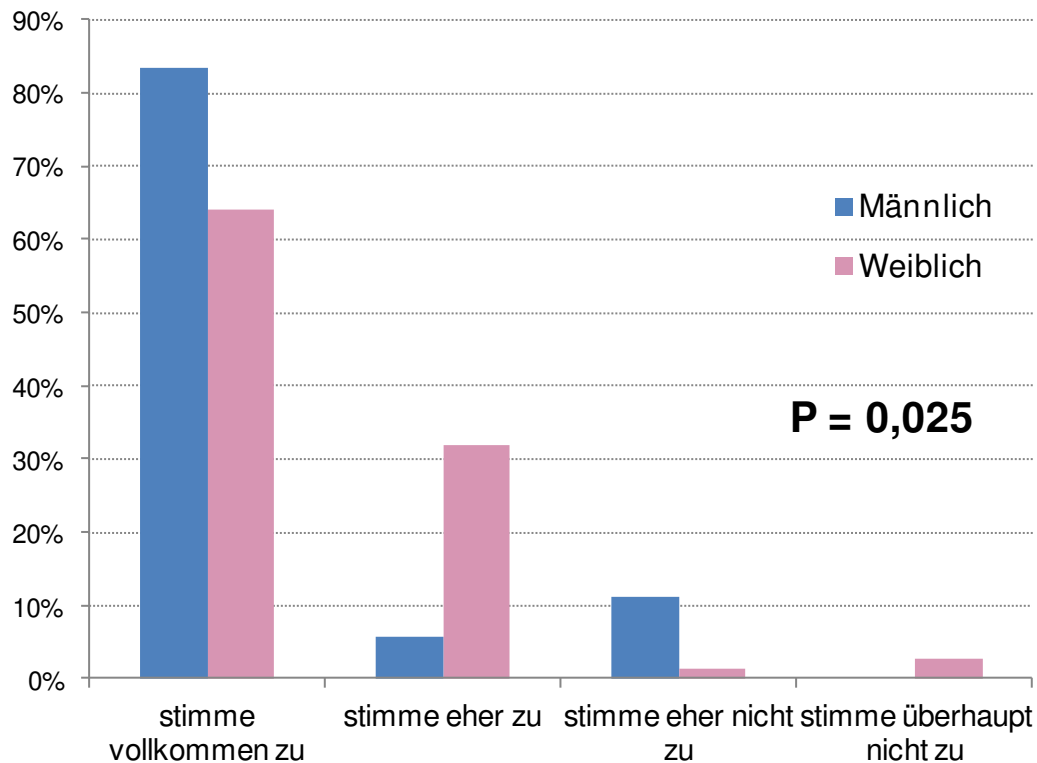
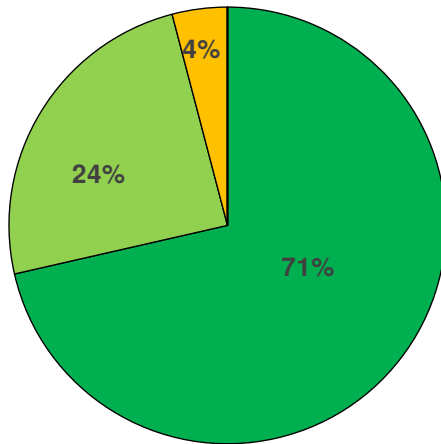


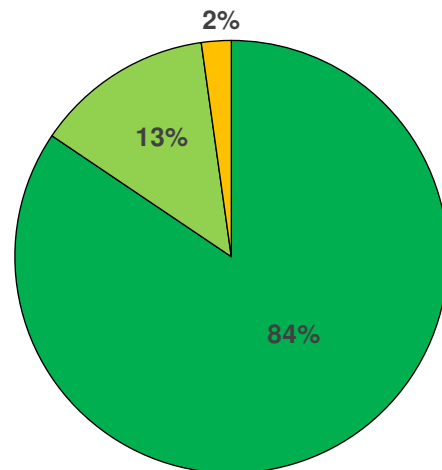
Abbildung 19: Einsatz von Einstellungsmodulation zur Erhöhung der Motivation nach Geschlecht

14) Zu Therapiebeginn ist es wichtig realistische Ziele zu definieren. Ein ähnliches Bild wie bei Frage 12 ergab sich in Bezug auf die Definition von Therapiezielen. Unabhängig von der Fachrichtung gab die Mehrzahl der Befragten ( $\geq 95\%$ ) an, dass es vollkommen oder eher wichtig ist zu Therapiebeginn realistische Ziele zu definieren (Abbildung 20;  $P = 0,318$ ). Nur 3 Teilnehmer/Teilnehmerinnen stimmten eher nicht zu.

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu

**P = 0,318**

*Abbildung 20:* Einschätzung der Notwendigkeit realistischer Ziele in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Bei dieser Frage konnte ein Geschlechts-Effekt beobachtet werden. Vor allem Frauen (83%) gaben an, dass sie vollkommen zustimmen, während bei den Männern der Anteil die „stimme eher zu“ oder „stimme eher nicht zu“ tendenziell höher war (P = 0,067; Abbildung 21). Diese Unterschiede hatten jedoch keinen Einfluss auf mögliche Unterschiede zwischen den Therapierichtungen.

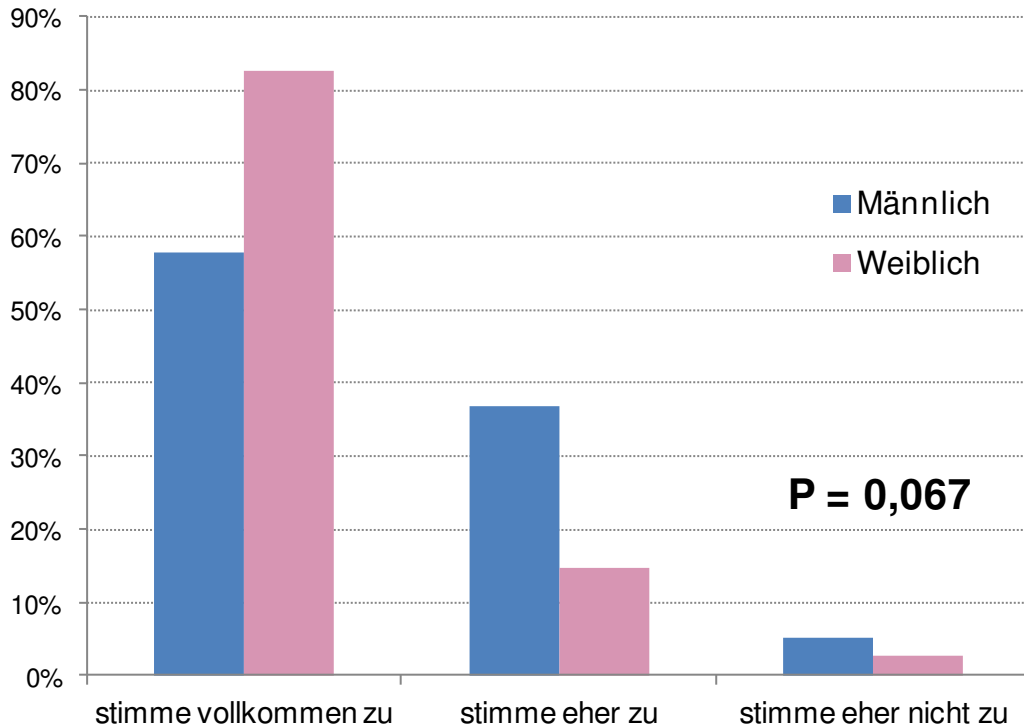
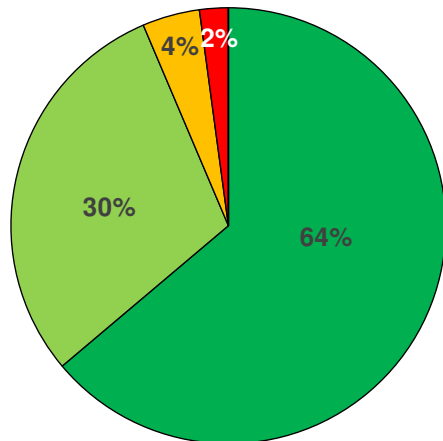


Abbildung 21: Einschätzung der Notwendigkeit realistischer Ziele in der Psychotherapie bei Adipositas nach Geschlecht

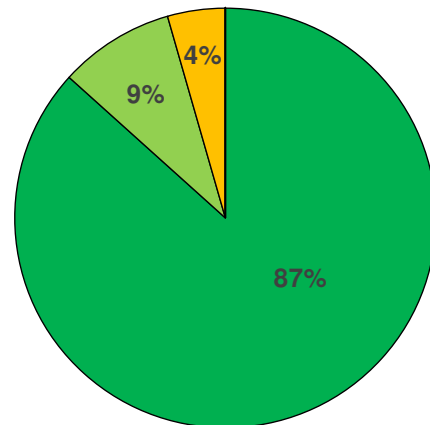
15) Zu Therapiebeginn nimmt die Psychoedukation einen großen Stellenwert ein. Dazu zählt z.B. die Aufklärung über den Teufelskreis von Diäten und die Vermittlung eines normalen Essverhaltens.

Während 87% der befragten Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen angaben, dass der Psychoedukation zu Beginn der Therapie eine große Bedeutung zukommt, war der Anteil bei den Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen mit 64% geringer (Abbildung 22;  $P = 0,053$ ). Der Anteil der Teilnehmer/Teilnehmerinnen, welche der Psychoedukation eher oder überhaupt keine Bedeutung beimessen, lag bei 4 bzw. 6%.

**Logotherapie und Existenzanalyse**



**Verhaltenstherapie**



■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu

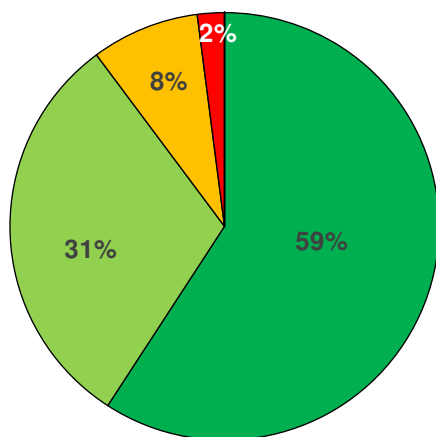
**P = 0,053**

*Abbildung 22:* Einschätzung der Notwendigkeit von Psychoedukation in der erfolgreichen Therapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/ Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

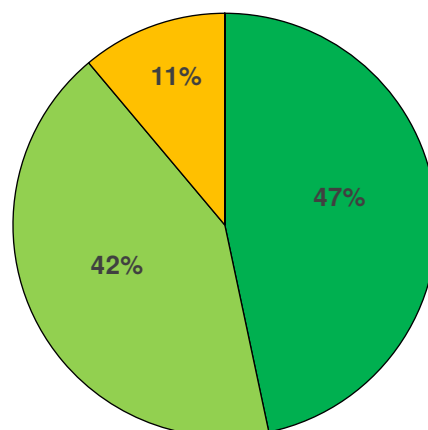
16) Der Sinn- und Wertethematik wird besondere Beachtung geschenkt.

Die Mehrheit der Befragten gab an, dass der Sinn- und Wertethematik besondere Bedeutung geschenkt wird (Abbildung 23). Der Unterschied zwischen beiden Fachrichtungen war nicht signifikant ( $P = 0,441$ ). Für etwa 11% der Befragten traf dies eher nicht bzw. überhaupt nicht zu.

**Logotherapie und Existenzanalyse**



**Verhaltenstherapie**



■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu

**P = 0,441**

Abbildung 23: Bedeutung der Sinn- und Wertthematik in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Der Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen, die der besonderen Bedeutung der Sinn- und Wertthematik vollkommen zustimmten, stieg mit zunehmendem Alter deutlich an (Abbildung 24;  $P = 0,008$ ).

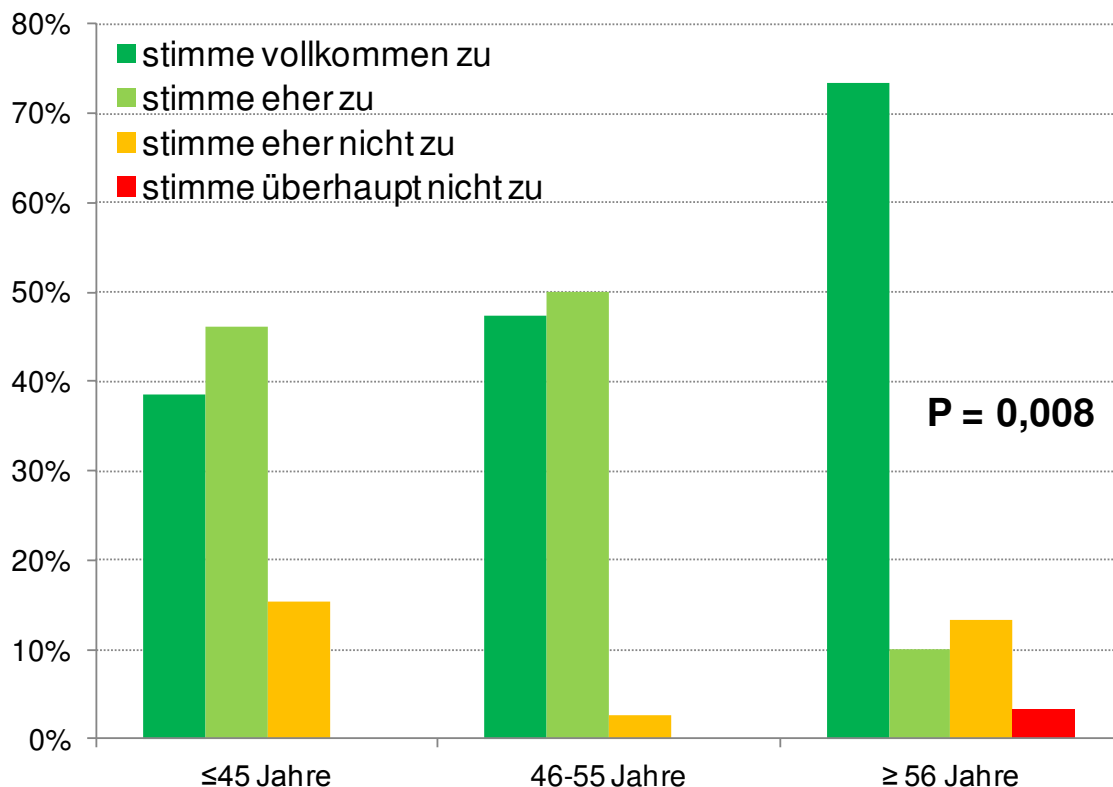
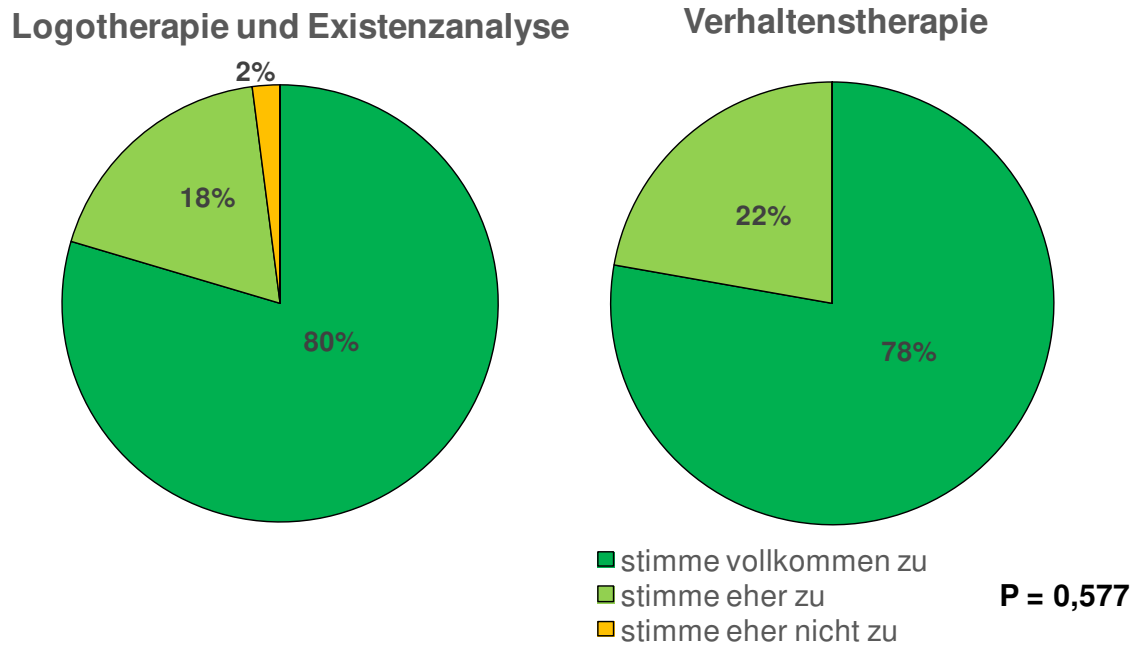


Abbildung 24: Bedeutung der Sinn- und Wertthematik in der Psychotherapie bei Adipositas nach Alterskategorien

Eine getrennte Auswertung nach Alterskategorien zeigte ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Therapiemethoden.

17) Das Ausschöpfen der eigenen Freiheit und die Übernahme der Eigenverantwortung nehmen einen großen Stellenwert während der Therapie ein. Eine noch deutlichere Zustimmung gab es bei der Frage nach der Freiheit und Eigenverantwortung. Hier gab nur 1 Teilnehmer an, dass diese Aspekte eher keinen

großen Stellenwert in der Therapie einnehmen (Abbildung 25). Auch bei dieser Frage gab es keinen Unterschied zwischen den Fachrichtungen (P = 0,577).



*Abbildung 25:* Stellenwertes der Beachtung der eigenen Freiheit und Eigenverantwortung in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/ Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Der Anteil der Therapeuten/Therapeuten die vollkommen zustimmten stieg von 62% in der Alterskategorie  $\leq 45$  Jahre auf 90% in der Kategorie  $\geq 56$  Jahre an (Abbildung 26; P = 0,026). Eine getrennte Auswertung nach Alterskategorien zeigte ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Therapiemethoden.

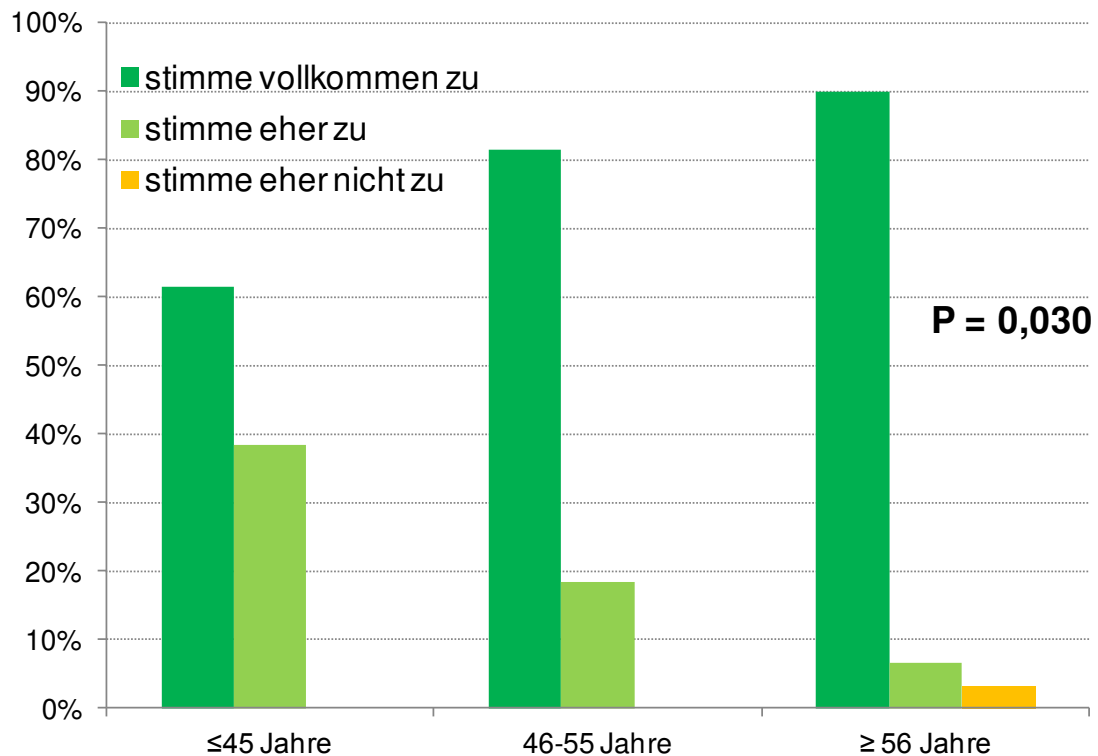
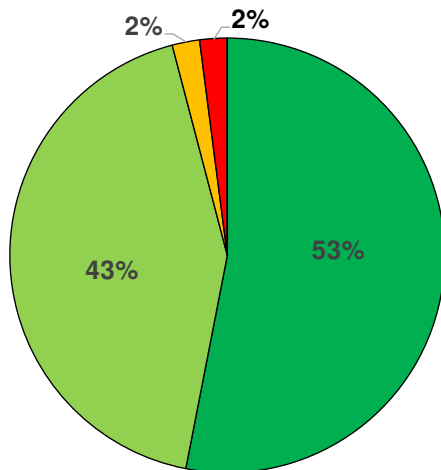


Abbildung 26: Stellenwertes der Beachtung der eigenen Freiheit und Eigenverantwortung in der Psychotherapie bei Adipositas nach Alterskategorien

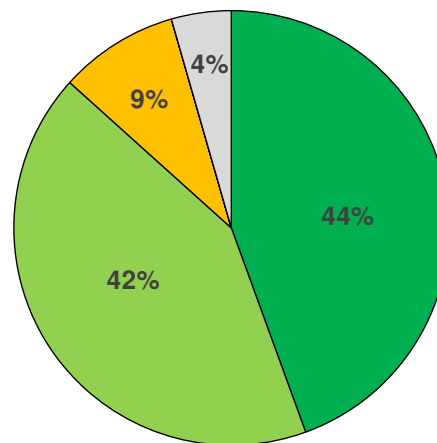
18) Auf existenzielle Fragestellungen wird eingegangen.

Mehr als die Hälfte der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen, sowie 44% der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen stimmten vollkommen zu, in der Therapie auf existenzielle Fragestellungen einzugehen (Abbildung 27;  $P = 0,238$ ). Während 4% der Befragten der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse eher oder überhaupt nicht zustimmten, lag der Anteil in der Gruppe der Verhaltenstherapie bei 9%. Insgesamt wählten 4% der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen die Kategorie „weiß nicht“, wohingegen niemand aus der Gruppe der Logotherapie davon Gebrauch machte.

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu  
■ weiß nicht

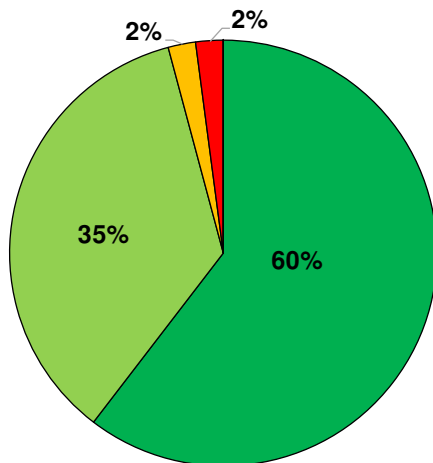
**P = 0,238**

Abbildung 27: Einbezug existenzieller Fragestellungen in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

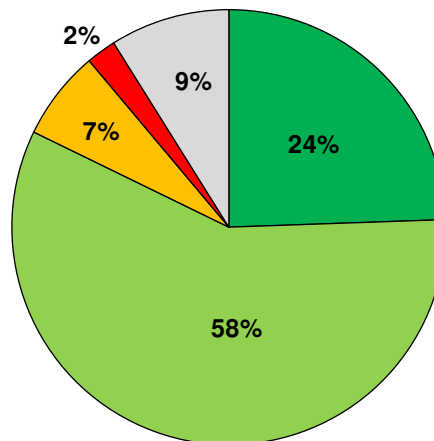
19) Die Rückgewinnung des Urvertrauens ist wichtig um einen langfristigen Therapieerfolg zu ermöglichen.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den Fachrichtungen wurde bei der Frage nach der Rückgewinnung des Urvertrauens ersichtlich (Abbildung 28;  $P = 0,005$ ). So stimmten 60% der Logotherapeutinnen/Logotherapeuten, jedoch nur 24% der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen vollkommen zu. Umgekehrt, war der Anteil der Personen, die eher zustimmten in der Fachrichtung Verhaltenstherapie höher. Nur 4% der befragten Logotherapeuten/Logotherapeutinnen und 9% der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen sahen eher oder überhaupt keine Bedeutung in der Rückgewinnung des Urvertrauens für den Therapieerfolg. Auffällig ist der relativ hohe Anteil an Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen in der Kategorie „weiß nicht“.

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

**P = 0,005**

*Abbildung 28:* Einschätzung der Notwendigkeit der Rückgewinnung des Urvertrauens für eine erfolgreiche Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/ Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

Der Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen die diese Frage vollkommen bejahten, dass die Rückgewinnung des Urvertrauens zur Sichererstellung eines langfristigen Therapieerfolges wichtig ist, stieg mit zunehmenden Alter von 19% bei den Personen bis zu 45 Jahren auf 63% bei den Teilnehmern/Teilnehmerinnen über 55 Jahren tendenziell an (Abbildung 29; P = 0,063).

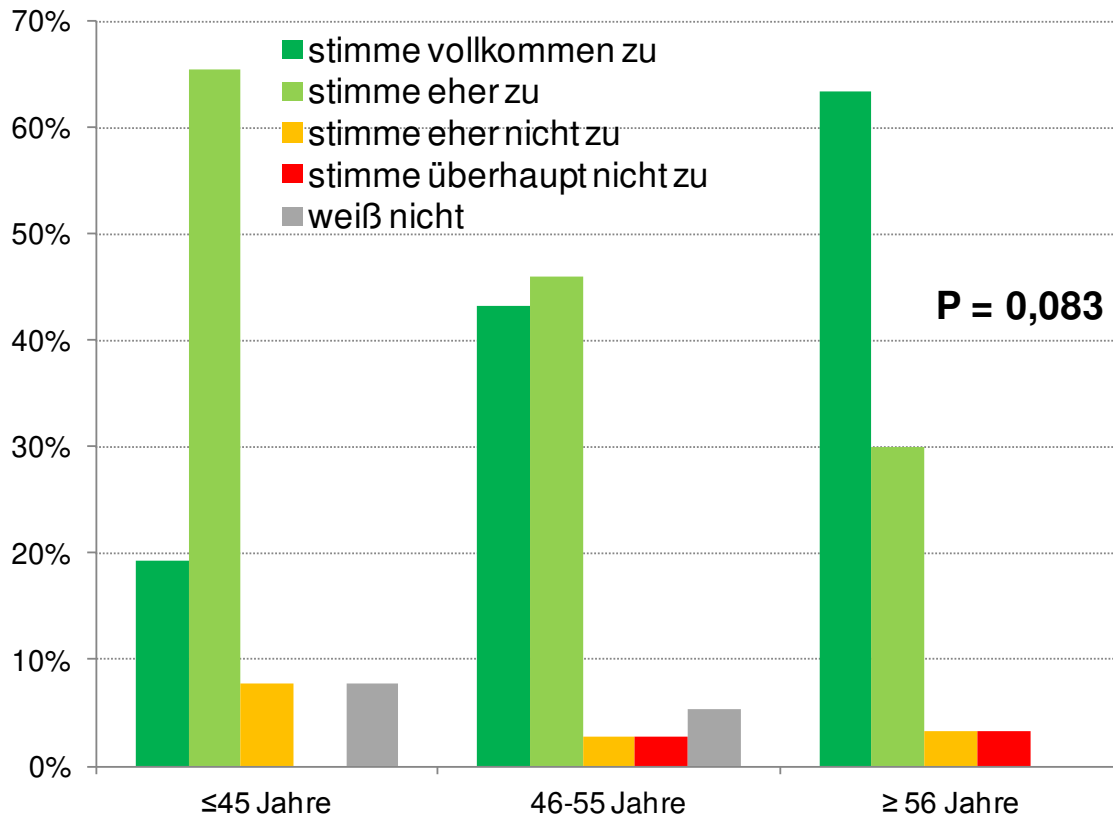


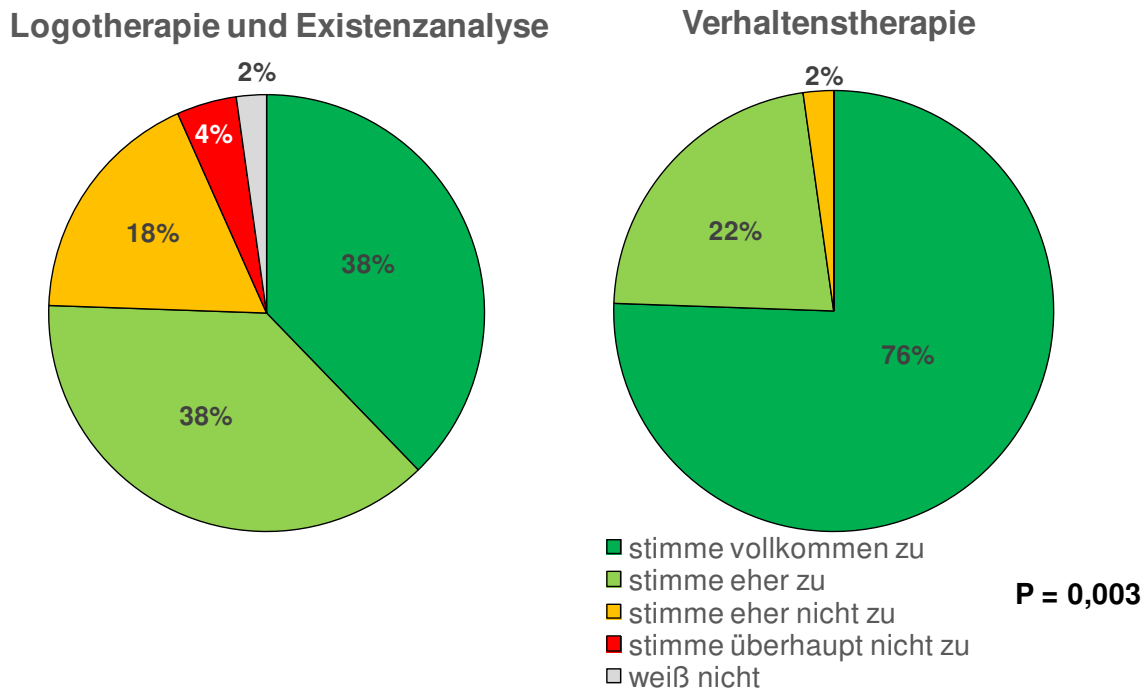
Abbildung 29: Einschätzung der Notwendigkeit der Rückgewinnung des Urvertrauens für eine erfolgreiche Psychotherapie bei Adipositas nach Alterskategorien

Um zu erheben ob die oben beschriebenen Unterschiede zwischen den Therapieschulen aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der Teilnehmer/Teilnehmerinnen (dem höheren Anteil älterer Personen in der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse) zurückzuführen sind, wurde überprüft ob die Gruppenunterschiede auch innerhalb der jeweiligen Alterskategorien bestehen bleiben. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren auch in der getrennten Auswertung ersichtlich.

- 20) Die Klienten/Klientinnen werden zur Aufzeichnung des Ess- und Bewegungsverhaltens angeleitet um problematisches Verhalten, Auslöser und aufrechterhaltende Bedingungen identifizieren zu können.

Bei den klassischen verhaltenstherapeutischen Interventionen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. So stimmten deutlich mehr

Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen vollkommen zu, die Klienten/ Klientinnen anzuleiten Ess- und Bewegungsverhalten aufzuzeichnen (Abbildung 30;  $P = 0,003$ ). Während in der Verhaltenstherapie-Gruppe nur eine Person nicht zustimmte, lag der Anteil bei den Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen bei 22%.

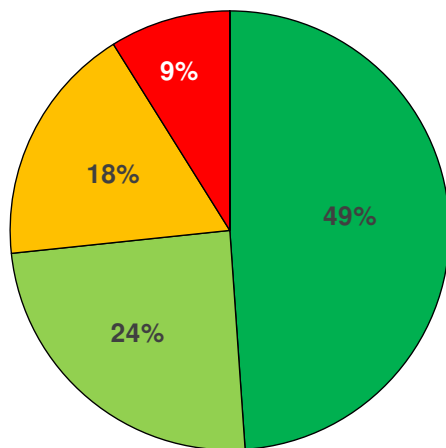


*Abbildung 30:* Anleitung zur Aufzeichnung des Ess- und Bewegungsverhaltens als Elemente in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/ Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

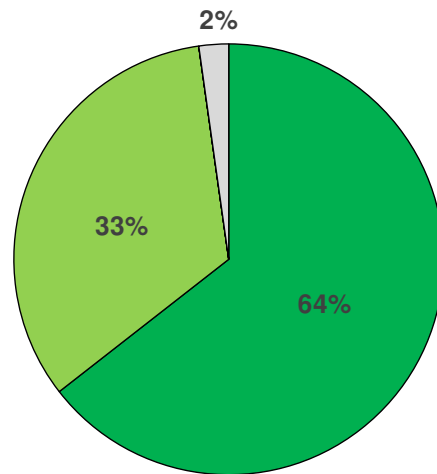
- 21) Ich leite die Klienten/Klientinnen dazu an ihr Essverhalten zu strukturieren und Nahrungsreize zu kontrollieren (z.B. feste Essenszeiten einhalten, keine Bevorratung großer Nahrungsmittelmengen, kein Einkaufen im hungrigen Zustand, keine Aktivitäten wie Fernsehen neben dem Essen).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage zur Stimuluskontrolle. Ein größerer Anteil an Therapeuten/Therapeutinnen der Richtung Verhaltenstherapie stimmte vollkommen oder eher zu, die Klienten/Klientinnen zu strukturiertem Essverhalten/zur Kontrolle von Nahrungsreizen anzuleiten (Abbildung 31;  $P = 0,006$ ). Während keine Person hier nicht zustimmte, lag der Anteil bei den Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen bei über einem Viertel.

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu  
■ weiß nicht

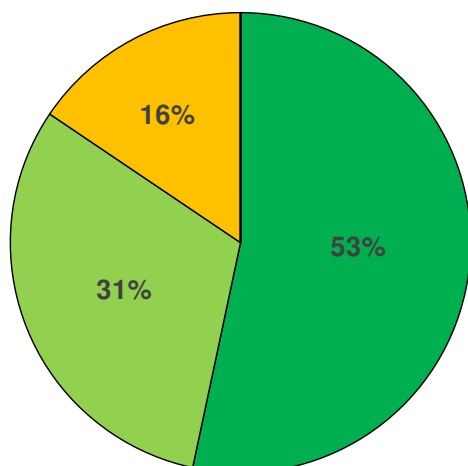
**P = 0,006**

Abbildung 31: Anleitung zur Strukturierung des Essverhaltens und zur Kontrolle von Nahrungsreizen in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/ Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

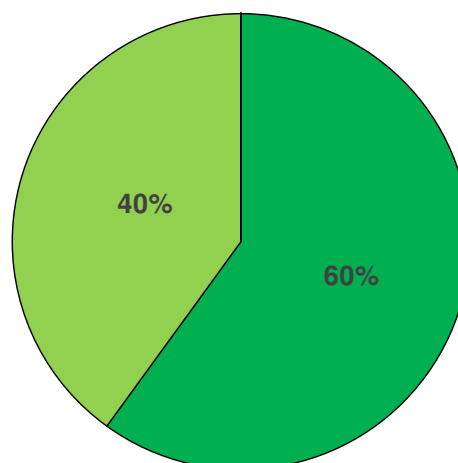
22) Die Arbeit am Selbstbild/Körperbild ist ein wesentlicher Aspekt in der Therapie bei Adipösen.

Ebenso gaben alle Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen an, dass die Arbeit am Selbstbild/Körperbild wesentlich ist (Abbildung 32). 16% der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen stimmten hingegen eher nicht zu (P = 0,022).

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



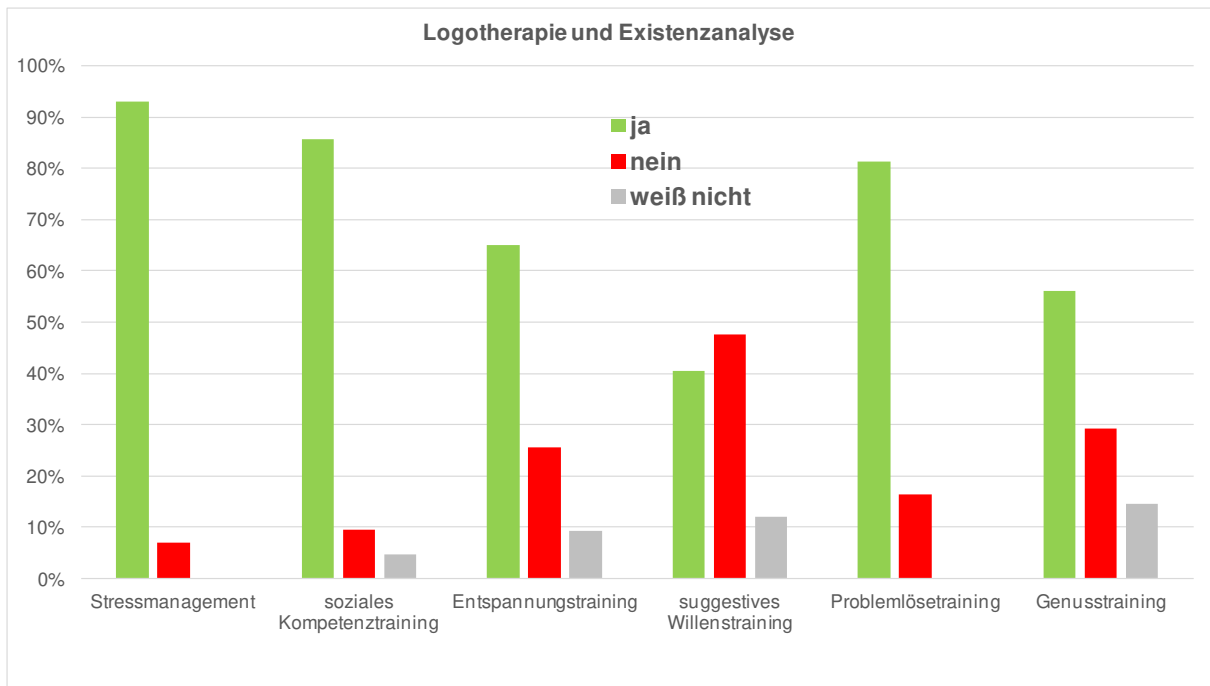
■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu

**P = 0,022**

Abbildung 32: Arbeit am Selbst- und Körperbild als essenzielles Element in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

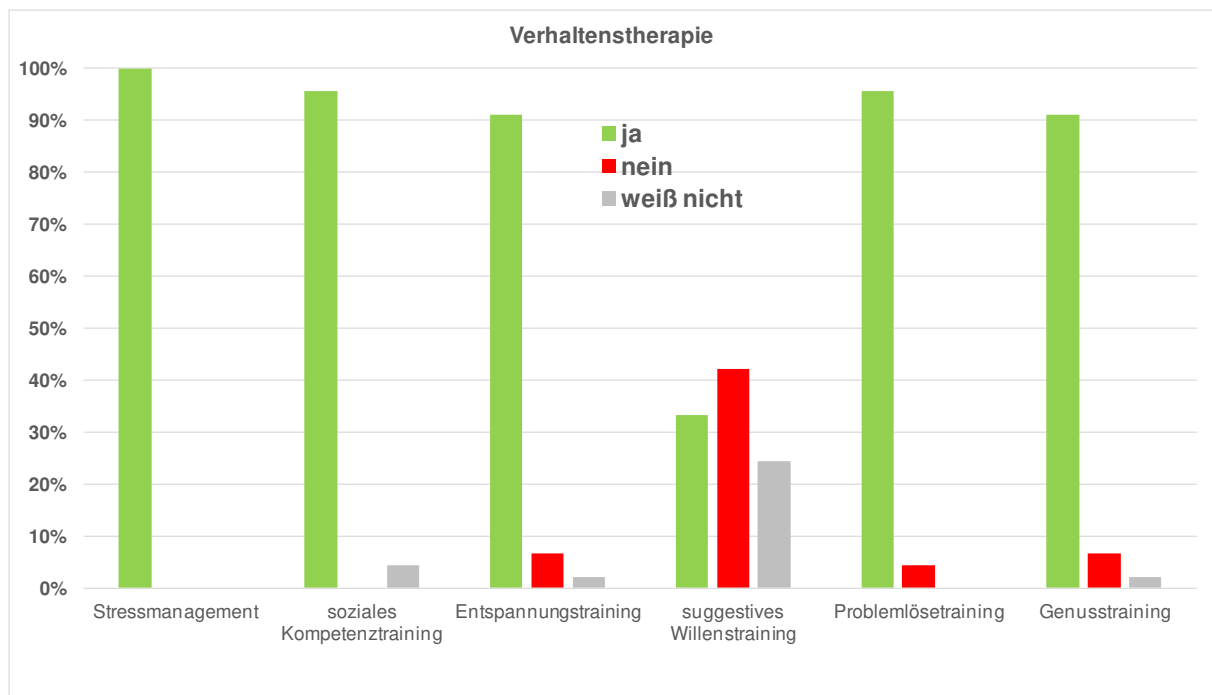
#### 23) Finden folgende Elemente in ihrer Therapie Verwendung:

Bei der Frage nach den in der Therapie verwendeten Elementen rangierte bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen Stressmanagement mit 93% Zustimmung an oberster Stelle (Abbildung 33). Knapp dahinter folgten soziales Kompetenztraining und Problemlösetraining mit ca. 86% Zustimmung. 65% der Therapeuten/Therapeutinnen gaben an Entspannungstrainings anzuwenden. Mit 56% und 40% fanden Genuss- und suggestives Willenstraining die geringste Zustimmung. Bei den beiden letztgenannten Elementen entschieden sich auch über 10% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen für die Kategorie "weiß nicht".



*Abbildung 33:* Verwendung spezifischer Elemente in der Psychotherapie bei Adipositas der teilnehmenden Logotherapeuten/Logotherapeutinnen

Alle Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen gaben Stressmanagement als Element in ihrer Therapie an. Weiters erfuhren soziales Kompetenztraining und Problemlösestraining 96% Zustimmung. Auch Entspannungstraining und Genusstraining wurde von 91% der Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen angeführt. Einzig das suggestive Willenstraining erfuhr geringe Zustimmung (33%) bzw. entschieden sich über 20% bei diesem Element für die Kategorie „weiß nicht“.



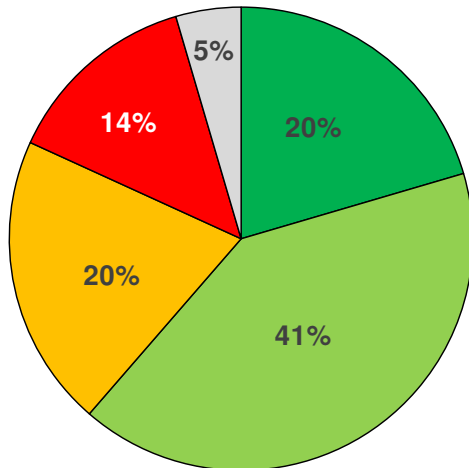
*Abbildung 34:* Verwendung spezifischer Elemente in der Psychotherapie bei Adipositas der teilnehmenden Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen

Unterschiede zwischen den Therapierichtungen ergaben sich beim Entspannungstraining ( $P = 0,012$ ), sowie beim Genusstraining ( $P = 0,001$ ). Beim Stressmanagement gab es einen tendenziellen Unterschied ( $P = 0,071$ ), sowie beim sozialen Kompetenztraining ( $P = 0,104$ ) und Problemlösetraining ( $P = 0,103$ ) Unterschiede knapp über dem tendenziellen Signifikanzniveau. Hier gaben mehr Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen an diese Elemente zu verwenden.

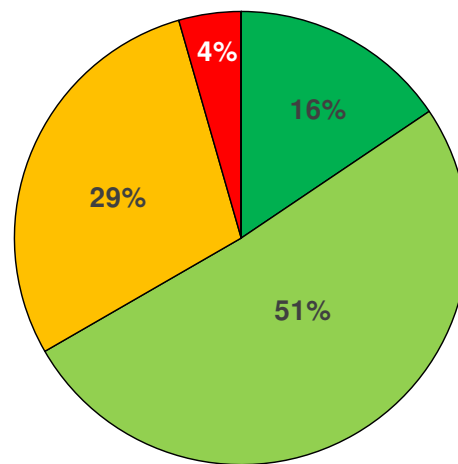
24) Ich binde das soziale Umfeld (Partner, Familienangehörige, Freunde etc.) in die Therapie mit ein.

Die eher systemische Vorgehensweise das soziale Umfeld in die Therapie einzubinden unterschied sich nicht zwischen den Gruppen ( $P = 0,271$ ) und wurde nur von 18% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen vollkommen bejaht (Abbildung 35). Etwa ein Drittel gab an dies nicht zu tun, wobei der Anteil der Personen die überhaupt nicht zustimmten bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bei 14% und bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen bei 4% lag.

Logotherapie und Existenzanalyse



Verhaltenstherapie



■ stimme vollkommen zu  
■ stimme eher zu  
■ stimme eher nicht zu  
■ stimme überhaupt nicht zu  
□ weiß nicht

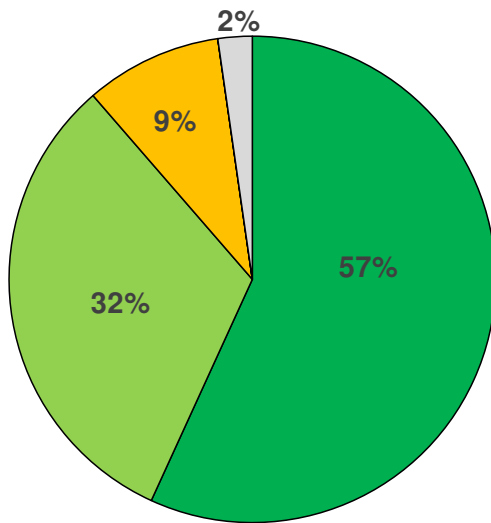
**P = 0,271**

Abbildung 35: Einbindung des sozialen Umfelds in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

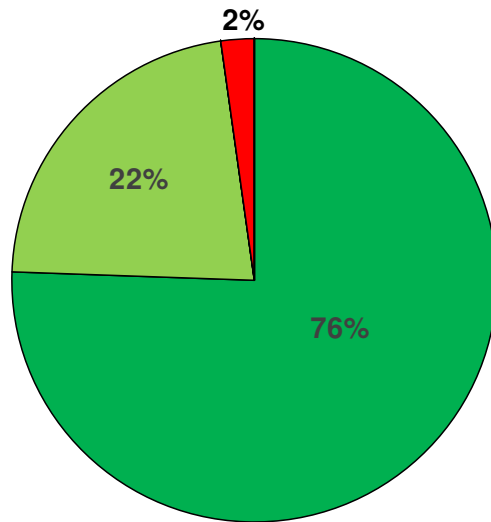
25) Der Umgang mit Rückfällen stellt einen essenziellen Bestandteil in der Endphase der Psychotherapie bei Adipositas dar.

Die große Bedeutung der Rückfallprophylaxe wird von 76% bzw. 57% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Fachrichtungen Verhaltenstherapie bzw. Logotherapie und Existenzanalyse vollkommen geteilt (Abbildung 36). Insgesamt zeigt sich eine tendenziell stärkere Zustimmung bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen (P = 0,091).

### Logotherapie und Existenzanalyse



### Verhaltenstherapie



- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

**P = 0,091**

Abbildung 36: Rückfallprophylaxe als essenzielles Element in der Psychotherapie bei Adipositas der Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen Fachrichtungen Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie

26) Gibt es Ihrer Meinung nach auch Grenzen der Psychotherapie bei Adipositas? (Mehrfachantworten möglich)

Die Antworten auf die Frage nach Grenzen in der Psychotherapie bei Adipositas wurde von beiden Gruppen ähnlich beantwortet (Abbildung 37 und Abbildung 38). Vor allem das Vorliegen körperlicher Komorbiditäten wurde als Grenze in der Psychotherapie bei Adipösen gesehen. An zweiter Stelle wurde extreme Adipositas genannt und 9 Logotherapeuten/Logotherapeutinnen, sowie 8 Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen führten andere Aspekte an. Die Originalantworten sind im Anhang dargestellt.

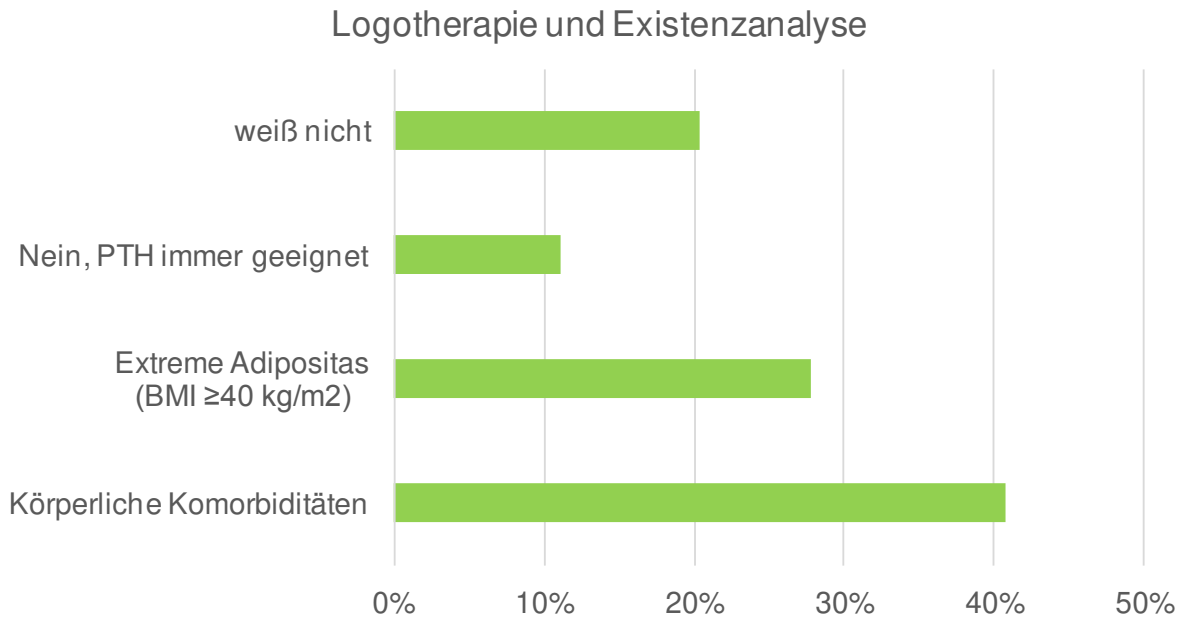


Abbildung 37: Einschätzung möglicher Grenzen in der Psychotherapie bei Adipositas der teilnehmenden Logotherapeuten/Logotherapeutinnen (PTH = Psychotherapie)

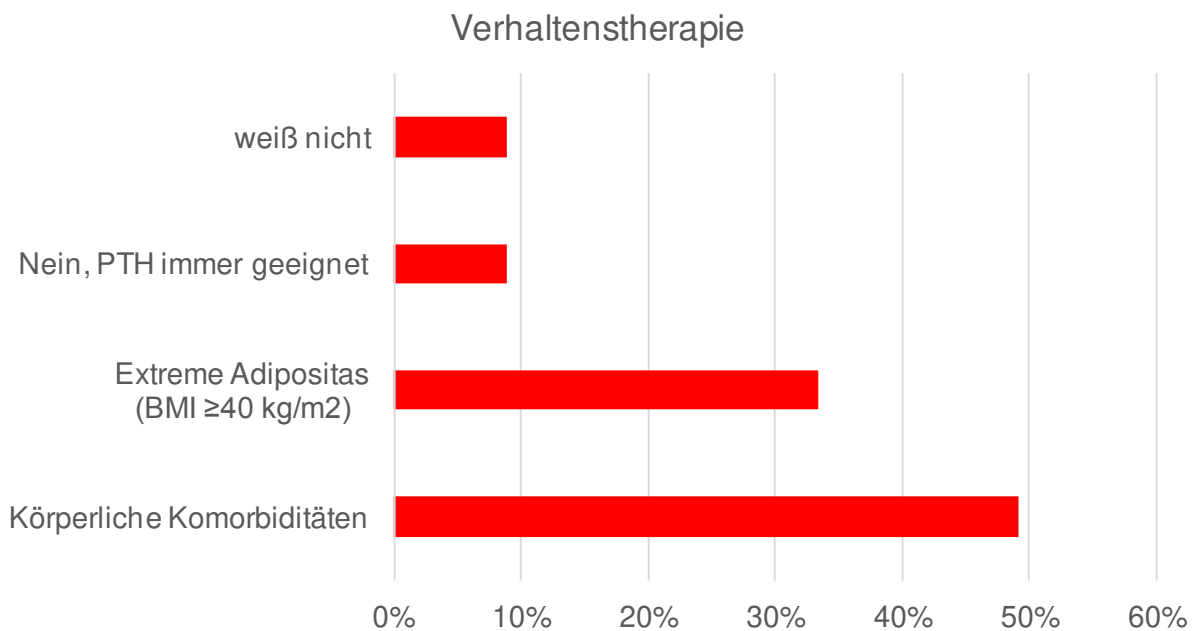


Abbildung 38: Einschätzung möglicher Grenzen in der Psychotherapie bei Adipositas der teilnehmenden Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen (PTH = Psychotherapie)

Etwa 10% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen waren der Meinung, dass mit Psychotherapie immer eine Gewichtsreduktion und –stabilisierung möglich ist. Während 28% der Therapeuten/Therapeutinnen bis zu 45 Jahre dieser Aussage zustimmten, war der Anteil bei den über 55-Jährigen bei nur 3,6% (Abbildung 39;  $P = 0,018$ ).

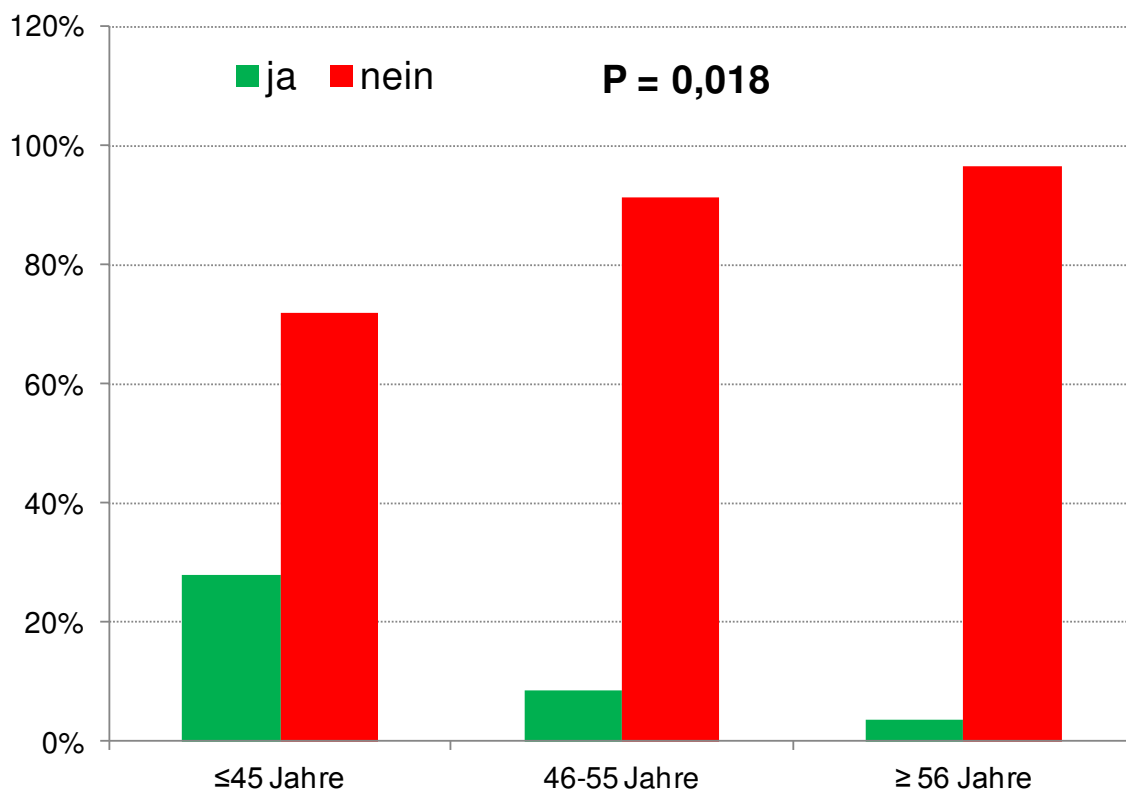


Abbildung 39: Ansicht, dass mit Psychotherapie bei Adipositas immer eine Gewichtsreduktion und –stabilisierung möglich sei nach Alterskategorien

Nur bei der Kategorie „weiß nicht“ konnte ein tendenzieller Unterschied zwischen den Gruppen in Richtung eines höheren Anteils bei den Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen (20 vs. 9%) beobachtet werden ( $P = 0,079$ ).

## 4 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung aktueller Studien diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet. Schließlich erfolgt eine Zusammenfassung der Bedeutung der Forschungsergebnisse für die Logotherapie und Existenzanalyse, sowie eine kritische Reflexion der durchgeführten Arbeit.

### 4.1 Allgemeine/Soziodemographische Daten

Die Umfrage wurde im Herbst 2018 an Therapeuten/Therapeutinnen, welche in der Liste des Bundesministeriums mit der Zusatzbezeichnung Existenzanalyse und Logotherapie sowie Verhaltenstherapie gelistet waren, versandt. Zusätzlich wurden Therapeuten/Therapeutinnen, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten, jedoch bereits als Psychotherapeut/Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision zur eigenständigen therapeutischen Arbeit befähigt waren, kontaktiert. Nach einem Monat wurde die Umfrage abgeschlossen. Von insgesamt 100 Personen, die teilgenommen haben, waren 52 Teilnehmer/Teilnehmerinnen aus der Fachrichtung Logotherapie und 48 aus der Fachrichtung Verhaltenstherapie. Wenngleich diese Gruppen eine ähnliche Personenanzahl umfassten, war aufgrund des vergleichbar wesentlich höheren Anteils an kontaktierten Personen in der Fachrichtung Verhaltenstherapie (725 Personen vs. 289 Personen) die Beteiligung wesentlich geringer. Vergleicht man die Rücklaufquote von 6,6% bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen mit den 18,0% bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen, entsteht der Eindruck, dass die Bereitschaft sich mit dem Thema „Psychotherapie bei Adipositas“ auseinander zu setzen, bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen höher war. Dieser Eindruck wird unter anderem auch dadurch bestärkt, dass wesentlich mehr Logotherapeuten/Logotherapeutinnen über das Ergebnis der Umfrage informiert werden wollten als Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen (42,3% vs. 18,8%;  $P = 0,009$ ). Der Anteil der Befragten die die Umfrage komplett abschlossen unterschied sich jedoch nicht signifikant (84,6% vs. 91,7%;  $P = 0,220$ ).

Insgesamt haben 79 Frauen und 19 Männer an der Umfrage teilgenommen, wobei der Frauenanteil in der Fachrichtung Verhaltenstherapie höher war. Insgesamt spiegelt die Geschlechtsverteilung die tatsächliche Verteilung der Geschlechter im psychotherapeutischen Berufsfeld in Österreich gut wieder (27,2% Männer,

Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stand 2.10.2018). Der höhere Männeranteil in der Fachrichtung Logotherapie und Existenzanalyse (25,0%) im Vergleich zur Verhaltenstherapie (12,5%) zeigt sich auch in der Grundgesamtheit (30,9% vs. 23,8%; Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stand 2.10.2018).

Die meisten Teilnehmer/Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 46 und 65 Jahre alt und praktizierten bis zu 10 Jahre. Auffällig war hier, dass bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen mehr jüngere v.a. in der Kategorie  $\leq 35$  Jahre), jedoch weniger ältere ( $\geq 66$  Jahre) Personen teilnahmen. Wenngleich es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Berufserfahrung gab, zeigte sich in der Gruppe Verhaltenstherapie ein numerisch etwa doppelt so hoher Anteil an Personen mit einer Berufserfahrung von 0-5 Jahren. In der Fachrichtung Verhaltenstherapie nahmen jedoch wesentlich weniger Personen teil, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten (8 Teilnehmer/Teilnehmerinnen), während der Anteil bei den Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen mit 14 Teilnehmer/Teilnehmerinnen relativ hoch war. Ein möglicher Grund könnte die verstärkte Teilnahme von Kollegen/Kolleginnen aus der eigenen Ausbildungsgruppe der Umfrageleiterin sein.

Aufgrund der unterschiedlichen Verteilungen des Alters, sowie des Geschlechts, wurde bei jeder Variable zusätzlich getestet ob es einen Einfluss des Alters/des Geschlechts gab, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Dies war jedoch nur bei wenigen Fragen der Fall, wie im Ergebnisteil ersichtlich ist. Ein Vorteil des relativ hohen Anteils der Therapeuten die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten bzw. erst max. 5 Jahre Berufserfahrung hatten liegt darin, dass auch Aussagen getroffen werden können, ob es Unterschiede zwischen den Befragten gibt bei denen die Ausbildung noch nicht lange zurück liegt im Vergleich zu jenen mit langer Berufserfahrung.

## **4.2 Persönliche Einstellungen und Erfahrungen in der Psychotherapie**

### **Adipöser**

Bei den Fragen zu den persönlichen Einstellungen zur Psychotherapie bei Adipositas konnten einige Unterschiede zwischen den therapeutischen Ausrichtungen festgestellt werden. So gaben Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen häufiger an sich über das Thema Adipositas ausreichend informiert zu fühlen (51% vs. 29%). Es waren sich jedoch mit 98% Zustimmung beide Gruppen einig, dass Psychotherapie bei Adipositas notwendig ist. Der Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen (62%) welche bereits Menschen mit Adipositas therapeutisch behandelt hat, unterschied sich hingegen nicht zwischen den Gruppen. Dieser hohe Anteil und das oben angeführte Ausbildungsdefizit in der Logotherapie verdeutlichen daher die Notwendigkeit diesem Thema mehr Beachtung zukommen zu lassen. Auch der deutliche Trend des Anstieges der Erfahrung in der Therapie der Adipositas mit zunehmender Berufserfahrung (94% bei  $\geq 21$  Jahren vs. 36% bei Therapeuten/Therapeutinnen in Ausbildung unter Supervision) veranschaulicht, dass die Wahrscheinlichkeit Klienten/Klientinnen mit Adipositas in der therapeutischen Praxis zu begegnen vor allem bei langjähriger Berufsausübung sehr hoch ist. Es muss jedoch bedacht werden, dass sich möglicherweise eher Therapeuten/Therapeutinnen, die bereits Adipöse therapiert haben, von der Umfrage angesprochen gefühlt und teilgenommen haben. Ob der in dieser Umfrage insgesamt ermittelte sehr hohe Anteil an Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit Erfahrung in der Therapie Adipöser repräsentativ für die therapeutische Realität ist, ist daher kritisch zu hinterfragen.

## **4.3 Persönliche Einschätzung des Potentials der Logotherapie und Existenzanalyse bzw. Verhaltenstherapie in der Adipositasbehandlung**

Auch bei den Fragen der Einschätzung des Potentials der eigenen Fachrichtung in der Adipositasbehandlung ergaben sich relativ eindeutige Unterschiede. Mit den fachspezifischen Interventionen fühlten sich Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen besser auf die Therapie Adipöser vorbereitet als Logotherapeuten/Logotherapeutinnen. Der Anteil der Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, die sich mit den entsprechenden Methoden vollkommen gewappnet sahen, war bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen mit 38% im Vergleich zu den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen (16%) wesentlich höher.

Diese Gruppenunterschiede spiegelten sich auch in der persönlichen Einschätzung des Potentials der jeweiligen Fachrichtung in der Adipositasbehandlung wider. Die Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen sahen die Eignung ihrer Richtung wesentlich optimistischer (23% vs. 8% gaben an, dass Verhaltenstherapie bzw. Logotherapie als alleinige Therapiemethode vollkommen ausreicht) und es gab keine einzige Nennung in der Kategorie „Verhaltenstherapie eignet sich nicht zur Therapie bei Adipositas“.

Da die Wahrscheinlichkeit in der therapeutischen Praxis mit diesem Thema konfrontiert zu werden als hoch eingeschätzt werden kann, wäre die stärkere Berücksichtigung von Adipositas in der fachspezifischen logotherapeutischen Ausbildung bzw. auch in Weiterbildungen sehr wünschenswert.

#### **4.4 Psychotherapeutische Methoden**

Interessanterweise gab der Großteil der Teilnehmer/Teilnehmerinnen beider Gruppen an, auch Methoden aus anderen therapeutischen Schulen anzuwenden (im Durchschnitt 74%). Die Übereinstimmung der beiden Richtungen könnte die Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Methoden unterstreichen, wie auch in vielen Studien bestätigt wurde (siehe Kapitel 2.2.3).

Logotherapeuten/Logotherapeutinnen gaben an die in Kapitel 2.3.2 beschriebenen Methoden der Einstellungsmodulation, der Steigerung der Sinnwahrnehmung und der Dereflexion anzuwenden. Die paradoxe Intention wurde hingegen kaum angegeben. Auch Deckart (2008) kommt zu dem Schluss, dass die paradoxe Intention bei der Therapie von Essstörungen wenig geeignet ist.

Bei der offenen Frage nach geeigneten Interventionen, führten die Teilnehmerin/Teilnehmerinnen aus beiden Fachrichtungen am häufigsten verhaltenstherapeutische Interventionen an, was deren gute Eignung bestätigt (Teufel et al., 2011a, Wabitsch, 2014).

#### **4.5 Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Behandlung Adipöser**

Im letzten, umfangreichsten Teil der Befragung wurden konkrete Elemente/Themen in der Therapie bei Adipositas abgefragt. Hier wurde v.a. nach spezifischen

verhaltenstherapeutischen Elementen gefragt, da diese in den gängigen Richtlinien zur Therapie bei Adipositas genannt werden. Spezielle logotherapeutische Themen wurden ebenfalls ergänzt. Auch gab es drei Fragen, die sich auf die Therapiemotivation und Rückfallprophylaxe bezogen, da diese beiden Aspekte als besonders kritisch in der Adipositastherapie beschrieben werden (Teufel et al., 2011a).

Die hohe Notwendigkeit des Motivationsaufbaus für eine erfolgreiche Therapie bei Adipositas wurde von beiden Gruppen geteilt. Eine Anschlussfrage zum Thema Einstellungsmodulation zum Motivationsaufbau wurde interessanterweise sogar von den Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen noch stärker bejaht. Der sokratische Dialog könnte demnach ein adäquates Mittel darstellen um die Therapiemotivation zu erhöhen.

Auch die Bedeutung von realistischer Zielsetzung und Psychoedukation wurde von beiden Richtungen vollkommen oder eher bejaht, wobei mehr Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen als Logotherapeuten/Logotherapeutinnen vollkommen zustimmten, dass der Psychoedukation sehr hohe Bedeutung zukommt (87% vs. 64%).

Sinn- und Wertethematiken, sowie existenzielle Fragestellungen nehmen in der Logotherapie und Existenzanalyse eine zentrale Rolle ein. Daher sollte mit 2 entsprechenden Fragen erhoben werden, ob diese Themen auch in der Adipositastherapie einen hohen Stellenwert aufweisen. Hier gaben 90% der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen an, dass dies vollkommen oder eher zutrifft. Die Zusammenhänge zwischen fehlender Sinnorientierung und der Entstehung von diversen Süchten werden in der logotherapeutischen Literatur hervorgehoben (z.B. Lukas, 2011). Somit wurde die hohe Zustimmung zu dieser Frage erwartet. Auf der anderen Seite war eher überraschend, dass es hier keinen Unterschied zu den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen gab. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass auch Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen erkannt haben, dass diesen Themen Beachtung geschenkt werden sollte.

Auch die Frage nach den klassischen Aspekten der logotherapeutischen Lehre, dem Ausschöpfen der eigenen Freiheit und der Übernahme von Eigenverantwortung, beantworteten beide Gruppen beinahe ident. Die hohe Zustimmung zu deren hohen

Stellenwert ergibt sich daraus, dass in beiden Fachrichtungen der Autonomie des Klienten/der Klientin eine große Rolle beigemessen wird. In der Existenzanalyse und Logotherapie wird sehr stark auf den Aufgabencharakter des Lebens und die Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben hingewiesen. Die sog. „kopernikanische Wende“ beispielsweise, ist ein wesentliches Kernelement der logotherapeutischen Lehre (Frankl, 2009). Auch die sehr hohe Zustimmung bei dieser Frage verdeutlicht, dass es in der Adipositas therapie sehr wesentlich ist Klienten/Klientinnen zu verdeutlichen, dass sie die Freiheit haben sich ihrem Psychophysikum entgegenzustellen (sog. psychonoetischer Antagonismus; Frankl, 2007) und sich schließlich zu ermutigen Eigenverantwortung zu übernehmen. So muss die postulierte geistige Freiheit auch im psychotherapeutischen Prozess respektiert werden. Dies bedeutet, dass der Therapeut/die Therapeutin Hilfe anbietet, der Klient/die Klientin jedoch die Verantwortung trägt. Idealerweise sollen die Selbstheilungskräfte von Leib und Psyche gefördert werden (Lukas, 2014). Auch wenn sich die verhaltenstherapeutische Theorie diesbezüglich von der logotherapeutischen unterscheidet, wird auch in der Verhaltenstherapie großer Wert auf Autonomie gelegt (Parfy, 2009). So wird die Rolle des Verhaltenstherapeuten/der Verhaltenstherapeutin darin gesehen den Behandlungsprozess impulsgebend mitzuleiten und sich im Verlauf der Therapie langsam aus dieser aktiven, direktiven Rolle zu lösen (Wilken, 2006, zitiert nach Kleinsasser, 2017, S. 109).

Im Gegensatz zu den vorherigen Fragen, gab es bei der Frage nach der Bedeutung des Urvertrauens einen wesentlichen Unterschied. Hier stimmten etwa zwei Drittel der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen vollkommen zu, dass dessen Rückgewinnung wichtig ist um einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern. Bei den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen war der Anteil der Personen die vollkommen zustimmten mit einem Viertel deutlich geringer. Weiters gab es auch einige Teilnehmer/Teilnehmerinnen die die Kategorie „weiß nicht“ wählten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass das Thema Urvertrauen eher in der existenzanalytischen Theorie beheimatet ist und in der klassischen Verhaltenstheorie weniger beachtet wird. Weiters könnte die geringere Fokussierung auf das Urvertrauen in der verhaltenstherapeutischen Adipositas therapie daran liegen, dass dieser Aspekt in den gängigen Therapiemanualen nicht erwähnt wird (z.B. Cooper et al., 2008; Wabitsch, 2014).

Einige klassische Elemente, die in der verhaltenstherapeutischen Literatur zur Adipositasstherapie beschrieben werden (z.B. Essverhalten strukturieren, Nahrungsreize kontrollieren, Arbeit am Selbst- und Körperbild) wurden von nahezu allen Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen als vollkommen oder eher wesentlich betrachtet. Dies ist auch insofern erklärbar, dass die Verhaltenstherapie sich stark an Manualen ausrichtet, welche dem Therapeuten/der Therapeutin möglichst präzise und konkrete Regeln zur Verfügung stellen, deren Einhaltung große Bedeutung zukommt (Auckenthaler und Dahle, 2012).

Wenngleich diese Elemente als klassische verhaltenstherapeutische Interventionen anzusehen sind, gab auch der Großteil (ca. 75%) der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen an, diese als wesentlich in der Therapie ansehen.

Bei den therapeutischen Elementen zeigte sich, dass Therapeuten/Therapeutinnen beider Fachrichtungen vor allem Stressmanagement, soziales Kompetenztraining und Problemlösestraining anwenden. Ein sehr hoher Anteil der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen gab an auch Entspannungs- und Genussstraining durchzuführen, während dies von einem wesentlich geringeren Anteil der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bejaht wurde.

Wenngleich Lukas (2011) suggestives Willenstraining als hilfreiches Element in der Therapie von Süchten beschreibt, wurde die Anwendung dieser Methode von mehr Logotherapeuten/Logotherapeutinnen verneint als bejaht. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Verhaltenstherapeuten, welche auch häufig die Kategorie „weiß nicht“ wählten.

Eher aus dem systemischen Bereich kommt die Empfehlung auch das soziale Umfeld in die Therapie miteinzubeziehen (Kitzman-Ulrich et al., 2010, Teufel et al., 2011a, Wabitsch, 2014). Bei dieser Frage gab es in beiden Richtungen eine ähnlich hohe Zustimmung, was wiederum verdeutlicht, dass die Anwendung methodenübergreifender Ansätze dem Ziel der Therapie zuträglich ist.

Die enorme Bedeutung der Rückfallprophylaxe wurde von beiden Richtungen erkannt, wobei hier noch mehr Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen (76%) als Logotherapeuten/Logotherapeutinnen (57%) vollkommen zustimmten. Insgesamt

gaben auch mehr Logotherapeuten/Logotherapeutinnen an, nicht zu wissen ob es Grenzen in der Psychotherapie bei Adipositas gibt. Diese Unterschiede könnten darauf hinweisen, dass Logotherapeuten/ Logotherapeutinnen in ihrer Ausbildung nur mangelhaft über das Thema Adipositas informiert wurden.

Insgesamt zeigen sich große Ähnlichkeiten in der Anwendung verschiedener Therapieelemente zwischen Therapeuten/Therapeutinnen der beiden Fachrichtungen. Dies zeigt, dass in der Adipositasbehandlung die schulenübergreifende Anwendung bestimmter Techniken äußerst nützlich ist.

Der verhaltenstherapeutischen Richtung wurde oftmals unterstellt den Menschen zu technisch, mechanisch und wissenschaftlich zu betrachten (Margraf, 2009). Dass diese Kritik mittlerweile als überholt angesehen werden kann, wird auch anhand der hohen Zustimmung der Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen zur Beachtung von existenziellen Fragestellungen, Sinn- und Wertethemen, sowie zu Freiheit und Eigenverantwortung bestätigt. Die Umsetzung klarer Behandlungskonzepte entspricht jedoch sehr wohl der gängigen verhaltenstherapeutischen Praxis, was sich auch deutlich in der Zustimmung zu den klassisch verhaltenstherapeutischen Elementen zeigte.

#### **4.6 Beantwortung der Forschungsfragen**

- 1.) Wie schätzen Logotherapeuten/Logotherapeutinnen bzw. Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen die Eignung ihrer Fachrichtung, sowie ihre eigenen Fähigkeiten für die Psychotherapie bei Adipositas ein?

Die Mehrheit der Logotherapeuten/Logotherapeutinnen ist der Ansicht, dass ihre Fachrichtung eher nicht als alleinige Therapiemethode ausreicht bzw. andere Methoden ergänzen sollte. Auch der eigene Informationsstand wird vom Großteil als mangelhaft wahrgenommen. Etwas optimistischer werden die zur Verfügung stehenden Techniken bewertet, mit welchen sich zwei Drittel ausreichend gewappnet sehen um Menschen mit Adipositas zu helfen. Wie im methodenspezifischen Teil ersichtlich wurde, werden verhaltenstherapeutische Interventionen sehr häufig

angewandt. Dies zeigt sich auch in der optimistischeren Einschätzung der Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen für die Eignung ihrer Fachrichtung in der Adipositas therapie. Diese fühlen sich auch besser informiert, sowie mit deren Methoden besser auf die Adipositas therapie vorbereitet.

2.) Welche psychotherapeutischen Interventionen der Existenzanalyse und Logotherapie bzw. Verhaltenstherapie finden in der psychotherapeutischen Praxis bei Adipositas Verwendung?

Sowohl Logotherapeuten/Logotherapeutinnen als auch Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen verwenden die in Kapitel 2.2.3 angeführten verhaltenstherapeutischen Elemente. Unter den klassischen logotherapeutischen Interventionen findet vor allem die Einstellungsmodulation Verwendung, wobei diese auch zur Motivationserhöhung von den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen angewandt wird.

Logotherapeuten/Logotherapeutinnen verwenden auch häufig Methoden zur Steigerung der Sinnwahrnehmung sowie zur Dereflexion. Die paradoxe Intention erscheint eher ungeeignet. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche (Kapitel 2.3.2). Eine geringe Bedeutung kommt dem suggestiven Willenstraining zu. Im Gegensatz dazu, wird diese Methode vor allem in der Suchttherapie als geeignet beschrieben (Lukas, 2011). Eine mögliche Erklärung dieser Diskrepanz könnte ein unzureichender Kenntnisstand in Bezug auf die Anwendung dieser Technik sein, was auch durch den hohen Anteil der Befragten verdeutlicht wird, welche hier die Kategorie „weiß nicht“ auswählten.

3.) Wo liegen die wesentlichen Unterschiede in der Psychotherapie bei Adipositas zwischen Logotherapeuten/Logotherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen?

Insgesamt zeigten sich viele Ähnlichkeiten in den Therapieelementen zwischen beiden Fachrichtungen. Auch der Großteil der Therapeuten/Therapeutinnen gab an methodenübergreifende Techniken anzuwenden, wobei ein großes Spektrum an Methoden genannt wurde. Es zeigte sich bei den Logotherapeuten/Logotherapeutinnen ein stärkerer Fokus auf die Rückgewinnung des Urvertrauens. Auf der anderen Seite wurde die Umsetzung klarer Behandlungskonzepte, welche in den verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten beschreiben werden, noch stärker

von den Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen bejaht. Zusätzlich gaben Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen auch verstärkt an, dass der Psychoedukation und der Rückfallprophylaxe eine große Bedeutung zuzumessen.

4.) Wie könnte ein Behandlungskonzept aussehen, das die Ansätze beider Fachrichtungen bestmöglich vereint?

Basierend auf dem umfangreichen Literaturstudium sowie den Ergebnissen der Fragebogenerhebung, kann schlussgefolgert werden, dass ein Behandlungskonzept für Adipositas die klassischen Elemente der Verhaltenstherapie beinhalten sollte. Dazu zählen eine klare Zielsetzung, Psychoedukation, Motivationsaufbau, Kontrolle, Strukturierung und Aufzeichnung des Essverhaltens, Stressmanagement, soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining, Arbeit am Selbst- und Körperbild, sowie Rückfallprophylaxe. Eine Ergänzung mit klassischen logotherapeutischen Elementen erscheint vor allem zu Beginn der Therapie sinnvoll. Hier kann mittels der Methoden der Einstellungsmodulation das Erkennen der eigenen Freiheit ermöglicht und zur Übernahme von Eigenverantwortung motiviert werden. Auch Methoden zur Sinnfindung und die Thematisierung von existenziellen Fragestellungen können klassische verhaltenstherapeutische Interventionen sinnvoll ergänzen.

#### **4.7 Resümee und Ausblick**

In der vorliegenden Arbeit wurden neben Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen der Fachrichtung Existenzanalyse und Logotherapie auch Therapeuten/ Therapeutinnen der Fachrichtung Verhaltenstherapie als Referenzgruppe befragt. Der Hintergrund dieser Vorgehensweise lag darin, dass die Verhaltenstherapie die Methode mit der am besten belegten Wirksamkeit in der Adipositas therapie darstellt und damit als Therapie der Wahl gilt (Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014). Da die Anwendung von Techniken anderer Fachrichtungen nicht im Widerspruch zur Logotherapie steht, kann die Kombination psychotherapeutischer Interventionen beider Psychotherapierichtungen eine Bereicherung in der Psychotherapie bei Adipositas darstellen.

Im Literaturteil wurden die Grundsätze der beschriebenen Psychotherapieschulen dargestellt um geeignete Fragen für die Umfrage auszuwählen. Die Auswertung des

Fragebogens veranschaulichte, dass ein hoher Anteil an Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen in der Praxis mit dem Thema Adipositas konfrontiert ist. Auf der anderen Seite fühlt sich die Mehrheit der Studienteilnehmer durch die logotherapeutische Grundausbildung unzureichend über dieses Thema informiert. Die Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen betrachteten ihren Kenntnisstand optimistischer. Wenngleich in der Logotherapie und Existenzanalyse aufgrund der Einmaligkeit und Einzigartigkeit der Person konkrete Therapiemanuale/therapeutische Konzepte keine Bedeutung haben, zeigt die vorliegende Arbeit, dass es durchaus sinnvoll sein kann konkrete Elemente aus anderen Therapierichtungen (v.a. der Verhaltenstherapie) zu integrieren. So kann der Zugang der klassischen Logotherapie und Existenzanalyse durch konkrete verhaltenstherapeutische Techniken bereichert werden. Das Potential spezifisch logotherapeutischer Ansätze, wie die Themen Sinn, Verantwortung und Freiheit, scheint jedoch auch von Vertretern/Vertreterinnen der Verhaltenstherapie erkannt zu werden. Demnach lässt sich aus der vorliegenden Arbeit schließen, dass die Kombination von Elementen beider Fachrichtungen einen wertvollen Beitrag in der Psychotherapie bei Adipositas liefern kann.

Weiters verdeutlichen die Ergebnisse auch, dass sich die teilnehmenden Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen besser informiert und vorbereitet fühlten mit dieser Problemstellung und Diagnose therapeutisch umzugehen. Daher wäre es wünschenswert dem Thema Adipositas in der fachspezifischen Ausbildung der Logotherapie und Existenzanalyse mehr Bedeutung einzuräumen.

Insgesamt zeigt die vorliegende Arbeit, dass die Existenzanalyse und Logotherapie über spezifische Techniken und Ansätze verfügt, welche in der Adipositas therapie Verwendung finden. Diese sollen bewährte verhaltenstherapeutische Techniken ergänzen, diese jedoch nicht ersetzen. Diesbezüglich wäre in weiterer Folge die Erprobung spezifisch logotherapeutischer Methoden, sowie die Erweiterung der klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden in der Adipositas therapie sinnvoll. Die Ergebnisse dieser Arbeit können somit als Ergänzung und Inspiration für beide Therapierichtungen verstanden werden, da sich auch zeigte, dass eine durchaus hohe Bereitschaft methodenübergreifend zu arbeiten von Therapeuten/ Therapeutinnen beider Fachrichtungen gegeben ist.

So könnte ein methodenübergreifendes Konzept den Ansprüchen an die zukünftige Psychotherapie besser entsprechen. Da der Anteil an Adipösen global gesehen sehr stark im Steigen begriffen ist (NCD Risk Factor Collaboration, 2016), ist anzunehmen, dass auch die Forderungen an die Psychotherapie, hier geeignete Therapiemöglichkeiten zu bieten, zukünftig steigen werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen, insbesondere hinsichtlich der Gemeinsamkeiten der beiden Gruppen in den verwendeten Methoden, unabhängig von der Therapierichtung, entspricht dem Ansatz allgemeiner (therapieschulenübergreifender) Psychotherapiemodelle wie dem generischen Modell der Psychotherapie von Orlinsky oder der allgemeinen Psychotherapie von Grawe (Stumm & Pritz, 2009). Umfangreiche Studien zeigen, dass die Ausrichtung der Psychotherapieschule des Therapeuten für den Therapieerfolg von geringer Bedeutung ist (Wampold & Imel, 2015). Es geht hingegen vor allem darum dem hilfeschuchenden Menschen bei der Bewältigung seines Problems wirksame Maßnahmen anzubieten, weswegen es eines „problemspezifischen Know-hows zur Überwindung“ von Schwierigkeiten, des fachgerechten Durchführens, sowie eines passenden Beziehungsangebotes bedarf (Grawe et al., 2001). Das von Grawe et al. (2001) hervorgehobene Prinzip der „Aktiven Hilfe zur Problembewältigung“ als bedeutender Wirkfaktor, sowie die entscheidende Rolle von supportiven Faktoren, ist mit dem Menschenbild und den Methoden beider Fachrichtungen gut vereinbar.

Wie auch in dieser Untersuchung ersichtlich, scheint die therapieschulenspezifische psychotherapeutische Behandlung immer mehr zugunsten therapieschulenübergreifender Konzepte an Bedeutung zu verlieren. Deutlich ersichtlich war auch, dass der Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen der schulenübergreifende Methoden anwendet mit zunehmender Berufserfahrung stark anstieg. So scheinen erfahrene Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen meist situativ zu entscheiden, welche Intervention (gleich welcher Therapierichtung) am geeignetsten für ihre Klienten/Klientinnen ist. In dieser Hinsicht kann die Vermittlung kombinierter Konzepte in fachspezifischen Aus- und Weiterbildungen dazu beitragen, die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung zu verbessern.

#### **4.8 Kritische Reflexion der verwendeten Methoden**

Der Vorteil der Befragung via Internet war die Möglichkeit einen Großteil der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, die in der Liste des Bundesministeriums unter der Fachbezeichnung Existenzanalyse und Logotherapie bzw. Verhaltenstherapie geführt werden, zu erreichen. Ein weiterer Vorteil lag im Ausschluss des Risikos von Verzerrungen durch Interviewereffekte (Jacob et al., 2013). Diese Methode brachte auf der anderen Seite den Nachteil mit sich, dass die anonyme Befragung zu Einbußen im Rücklauf führte. Vor allem bei den Verhaltenstherapeuten/ Verhaltenstherapeutinnen lag die Rücklaufquote bei nur 6,5%. Niedrige Umlaufquoten von unter 10% sind bei Online-Umfragen durchaus üblich (Kwak & Radler, 2002; Gusy und Marcus, 2012). Auf die in der Literatur vorgeschlagenen Möglichkeiten zur Erhöhung des Rücklaufs, wie z.B. eine Erinnerung an die Teilnahme per E-Mail, eine persönliche Anrede oder materielle Anreize (Gusy und Marcus, 2012) wurde bewusst verzichtet, da diese einerseits kontrovers diskutiert werden, andererseits aber auch die Anzahl der Teilnehmer/Teilnehmerinnen ausreichend war um eine statistische Auswertung zu ermöglichen. Um zukünftig eine höhere Motivation zur Teilnahme zu schaffen, könnte die Einladungsmail präziser verfasst werden, um den Nutzen des persönlichen Einsatzes besser darstellen zu können.

Die Wahl größtenteils geschlossener Fragen liegt einerseits an der besseren Vergleichbarkeit der Antworten, sowie der Ermöglichung der Anwendung statistischer Verfahren. Darüber hinaus sollte verhindert werden, dass viele Teilnehmer/Teilnehmerinnen durch den erhöhten Bearbeitungsaufwand offener Fragen die Umfrage vorzeitig abbrechen.

Bei der Auswahl der skalierten Antwortmöglichkeiten wurde eine Skala ohne Mittelpunkt gewählt, um zu vermeiden, dass sich die Befragte tatsächlich in der Mitte anordnen und sie so zu einer Entscheidung (eher) für oder (eher) gegen eine Aussage zu bewegen. Der Grund dafür liegt darin, dass eine Mittelkategorie die „bequemste“ Möglichkeit darstellt einen Fragebogen zu beantworten und Befragte auf diese Kategorie ausweichen können, wenn sich nicht genau über eine Frage nachdenken wollen oder ihre wahre Meinung nicht nennen wollen (Brosius et al., 2012). Dem Nachteil einer geraden Anzahl an Vorgaben, wurde versucht durch die Kategorie „weiß

nicht“ auszugleichen. Befragten, welche wirklich eine indifferente Meinung haben, sollten die Chance haben diese über diese Antwortmöglichkeit auszudrücken (Jacob et al., 2013).

Bei zwei Fragen gab es die Kategorie „andere:“. Diese „weichere“ Form der geschlossenen Frage (sog. Hybridfrage) sollte den Befragten die Möglichkeit geben eine von den Vorgaben abweichende Antwort zu geben (Stier, 1999). Von dieser Möglichkeit machten 17% der Befragten Gebrauch.

Es wurde eine offene Frage gestellt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben Interventionen zu nennen, die sie in der Adipositasstherapie als geeignet erachten. Um zu verhindern, dass viele Teilnehmer/Teilnehmerinnen bei dieser Frage abbrechen (Kleinsasser, 2017 beobachtete beispielsweise, dass 9% der Teilnehmer/Teilnehmerinnen bei einer ähnlichen Frage die Befragung vorzeitig beendeten), war die Beantwortung dieser Frage keine Voraussetzung, um mit dem Fragebogen fortfahren zu können.

Mit der geringen Anzahl offener Fragen wurde in Kauf genommen, dass das Spektrum der Antwortmöglichkeiten unvollständig sein kann, sowie Verzerrungen entstehen können, wenn die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht der tatsächlichen Antwort der Befragten entsprechen (Stier, 1999). Insgesamt wurde die offene Frage von 63% der teilnehmenden Logotherapeuten/Logotherapeutinnen sowie von 48% der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen beantwortet.

Eine Möglichkeit den Nachteilen der Online-Befragung sowie dem hohen Anteil geschlossener Fragen entgegenzuwirken und damit die Aussagekraft der Untersuchung zu erhöhen, wäre eine ergänzende Befragung mit Experteninterviews gewesen.

Insgesamt wurde der Fragebogen von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen gut angenommen. Der Anteil der Befragten die vorzeitig abbrachen lag bei 12,0% und ist damit etwas höher als in der Befragung von Kleinsasser (2017; 8,8%), jedoch geringer als in der Befragung von Viertler (2016; 20,3%). Möglicherweise hätte eine Reduktion der Fragenanzahl einen positiven Effekt auf den Anteil der abgeschlossenen Umfragen gehabt.

Die Ergebnisse wurden teilweise durch deskriptive Statistik ausgewertet und dargestellt. Bei der Mehrzahl der gestellten Fragen wurde eine Analyse mittels Chi-Quadrat-Test bzw. exaktem Test nach Fisher durchgeführt, um eine Aussage zu treffen ob es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Therapierichtungen gibt, oder die beobachteten Unterschiede auf zufällige Effekte zurückzuführen sind. Eine höhere Anzahl an Teilnehmern/ Teilnehmerinnen wäre hier sinnvoll gewesen um die Wahrscheinlichkeit von Fehlern 2. Art (sog.  $\beta$ -Fehlern) zu reduzieren (Eckey et al., 2005). Unter einem Fehler 2. Art versteht man die Annahme der Nullhypothese (in diesem Fall: Es gibt keinen Unterschied zwischen Therapeuten/Therapeutinnen beider Richtungen in Bezug auf die jeweilige Aussage), obwohl die Alternative wahr ist. Um diesen Fehler zu verringern wurde für alle P-Werte, welche oberhalb des Signifikanzniveaus von  $\alpha \leq 0,05$  lagen, die Kategorie der statistischen Tendenz für P-Werte  $>0,05$  und  $\leq 0,10$  eingeführt (Rasch, 2013).

## 5 Literaturverzeichnis

Allison, D.B. & Faith, M.S. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 64, Issue 3, Pages 513-516.

Aman, P. (2006). Von der Therapie zur Prävention der Suchtgefährdung. Logotherapie und Existenzanalyse im Alltag. In O. Wiesmeyr & A. Batthyány (Hrsg.), *Sinn und Person* (S. 187-201). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Arem, H. & Irwin, M. (2010). A review of web-based weight loss interventions in adults. *Obesity Reviews*. Volume 12, Issue 5, Pages 236-243.

Auckenthaler, A. & Dahle, K.-P. (2012). Psychotherapie. In A. Auckenthaler, F. Baudisch, K.-P. Dahle & D. Kleiber (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie. Grundlagen, Praxis, Kontext. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 148-201). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Bauer, C., Bernhart, M., Bissuti, R., Brugger, P., Gundacker, G., Genc, H., Heschl, A., Horak, J., Kalayci, H., Kaynar, A., Kern-Stoiber, D., Pintzinger, S., Rader, S., San, E., Schiller, M., Skodnik, I., Suppan, H., Taquez, E., Tietze, A., Trettler, E. & Wolf, H. (2013). *Methodensammlung. Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas*. Wien: Institut für Frauen- und Männergesundheit.

Becker, S., Rapps, N. & Zipfel, S. (2007). Psychotherapie bei Adipositas – ein systematisches Review. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Volume 57, Issue 11, Pages 420-427.

Becker, S. (2015). Interdisziplinäre Diagnostik. In A. Batra & F. Hohagen (Hrsg.), *Psychotherapie der Adipositas* (S. 37-40). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Benecke, A. (2015). Verhaltenstherapie der Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 522-528). Berlin: Springer-Verlag.

Beutel, M., Thiede, R., Wiltink, J. & Sobez, I. (2001). Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity – first results from a randomized study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. Volume 25, Issue Suppl 1, Pages 96-98.

Beutel, M.E., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R. & Wiltink, J. (2006). Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Volume 75, Issue 6, Pages 337-345.

Böschemeyer, U. (1996). *Neu beginnen! Konkrete Hilfen in Wende- und Krisenzeiten*. Lahr: SKV-Edition.

Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (Hrsg.). (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Kopenhagen: World Health Organization (WHO).

Brauchmann, J., Weihrauch-Blüher, S., Eehalt, S. & Wiegand, S. (2018). Aktuelle Literaturübersicht zur Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Klinische Pädiatrie*. Volume 230, Issue 1, Pages 13-23.

Brosius, H.B., Haas, A. & Koschel, F. (2012). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung*. 6., erweiterte und aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer.

Bruch, H. (2001). *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt: Fischer Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2014). Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden. Stand vom 04.12.2014. Zugriff am 10.10.2018. Verfügbar unter [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH3999/CMS1143559577254/patienteninformation\\_psychotherapiemethoden\\_20141204.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH3999/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf).

Carels, R.A., Darby, L., Cacciapaglia, H.M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., Kaplar, M.E., Young, K., Baylen, C.A. & Versland, A. (2007). Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health Psychology*. Volume 26, Issue 3, Pages 369-374.

Colquitt, J.L., Pickett, K., Loveman, E. & Frampton, G.K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. Volume, Issue 8:CD003641. doi: 10.1002/14651858.CD003641.pub4.

Chakravarty, P.D., McLaughlin, E., Whittaker, D., Byrne, E., Cowan, E., Xu, K., Bruce, D.M. & Ford, J.A. (2012). Comparison of laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB) with other bariatric procedures; a systematic review of the randomized controlled trials. *Surgeon*. Volume 10, Issue 3, Pages 172-182.

Cooper, Z., Fairburn, C. & Hawker, D. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Adipositas. Ein Manual in neun Behandlungsmodulen*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Crowther, J.H., Sanftner, J., Bonifazi, D. & Shepherd, K. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 29, Issue 4, Pages 449-454.

Deckart, R. (2008a). Psychische Störungen und Verhaltensstörungen. In C. Riedel, R. Deckart & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 322-333). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Deckart, R. (2008b). Existenzanalytische Logotherapie (Hamburger Modell) nach U. Böschmeyer. In C. Riedel, R. Deckart & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 380-382). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

De Zwaan, M. (2012). Could surgery have a better long-term effect on psychopathology than evidence-based psychotherapy? Pros and Cons of bariatric surgery in the treatment of obesity. *Verhaltenstherapie*. Volume 22, Pages 199-203.

Dixon, J.B., Dixon, M.E. & O'Brien, P.E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*. Volume 163, Issue 17, Pages 2058-2065.

Eckey, H.F., Kosfeld, R. & Türck, M. (2005). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Induktive Statistik. Grundlagen-Methoden-Beispiele*. Wiesbaden: Gabler.

Eckstein, P. (2017). *Datenanalyse mit SPSS: Realdatenbasierte Übungs- und Klausuraufgaben mit vollständigen Lösungen*. Berlin: Springer-Verlag.

Elliott, C.A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L.B., Columbo, K.M., Wolkoff, L.E., Ranzenhofer, L.M. & Yanovski, M.D. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 48, Issue 5, Pages 424-428.

Epslen, M., Garfinkel, P. & Gallop, R. (2000). Relationship between self soothing, aloneness and evocative memory in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 27, Issue 1, Pages 96-100.

Ermann, M. (2016). *Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Fintz-Müller, A. (2002). *Frankl mit Jaspers verstehen. Logotherapie und Existenzphilosophie*. Dissertation, Universität Konstanz - Fakultät Philosophie, Konstanz.

Frankl (1985). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. 2. Auflage, München: Piper.

Frankl, V.E. (2006). *Der unbewußte Gott*. 8. Auflage, München: DTV.

Frankl, V.E. (2007): *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*. 9. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag.

Frankl, V.E. (2009). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. 2. Auflage. München: DTV.

Frankl, V.E. (2010). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Frankl, V.E. (2012). *Der Wille zum Sinn*. 6. Auflage. Bern: Hogrefe.

Frankl, V.E. (2013). *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*. 24.

Auflage der Neuauflage. Freiburg: Herder.

Gallé, F., Cirella, A., Salzano, A.M., Di Onofrio, V., Belfiore, P. & Liguori, G. (2017). Analyzing the effects of psychotherapy of weight loss after laparoscopic gastric bypass or laparoscopic adjustable gastric banding in patients with borderline personality disorder: A prospective study. *Scandinavian Journal of Surgery*. Volume 106, Issue 4, Pages 299-304.

Garb, J., Welch, G., Zagarins, S., Kuhn, J. & Romanelli, J. (2009). Bariatric surgery for the treatment of morbid obesity: A meta-analysis of weight loss outcomes for laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic gastric bypass. *Obesity Surgery*. Volume 19, Issue 10, Pages 1447-1455.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in Kraft getreten am 16.02.107. Zugriff am 10.10.2018. Verfügbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL\\_2016-11-24\\_iK-2017-02-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf).

Glöckel, R. (2002). *Warte nicht auf schlanke Zeiten. Ein Buch für starke Frauen.* Freiburg im Breisgau: Kreuz.

Gortmaker, S.L., Must, A., Perrin, J.M., Sobol, A.M. & Dietz, W.H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*. Volume 329, Issue 14, Pages 1008-1012.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe

Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. & Anis, A.H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review

and meta-analysis. *BMC Public Health*. Volume 9:88. doi:10.1186/1471-2458-9-88.

Gusy, B. & Marcus, K. (2012). *Online-Befragungen. Eine Alternative zu paper-pencil Befragungen in der Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden?* Berlin: Freie Universität Berlin.

Hauner, H. (2015). Ernährungsmedizinische Konzepte bei Adipositas. *Der Internist*. Volume 2, Pages 23-28. Berlin: Springer-Verlag.

Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005 – 2012. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 46, Issue 5, Pages 462-469.

Hay, P., Girosi, F. & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*. Volume 3:19. doi: 10.1186/s40337-015-0056-0.

Herman, C.P. & Polivy, J. (1980). Restraint eating. In Stunkard, A.J. (Hrsg.), *Obesity*. Philadelphia: Saunders.

Herpertz, S. & Senf, T. (2003). *Psychotherapie der Adipositas*. Berlin: Springer-Verlag.

Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

Herpertz, S. (2015). Adipositas und psychische Komorbidität. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 426-428). Berlin: Springer-Verlag.

Holzappel, C., Plachta-Danielzik, A., Hilbert, M., Müller, M.J. & Hauner, H. (2014). Therapie der Adipositas in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen von der Diagnostik bis zur Kostenübernahme. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*. Volume 8, Issue 3, Pages 119-125.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. & Kessler, R.C. 2007. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. Volume 61, Issue 3, Pages 348-358.

Jacob, R., Heinz, A. & Philippe, J. (2013). Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C. & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*. Volume 130, Issue 1, Pages 19-65.

Jureidini, K.F. 2017. Successful hypnosis for obesity. *International Medicine Journal*. Volume 47, Issue Supplement 3, Pages 22-23.

Katzer, L., Bradshaw, A.J., Horwath, C.C., Gray, A.R., O'Brien, S. & Joyce, J. (2008). Evaluation of a „nondietering“ stress reduction program for overweight women: a randomized trial. *American Journal of Health Promotion*. Volume 22, Issue 4, Pages 264-274,

Kepplinger, C. (2017). *Logotherapeutische Behandlung der Anorexia nervosa bei Jugendlichen. Eine qualitative Untersuchung zur Anwendung logotherapeutischer Methoden in der Psychotherapie von Anorexie*. Masterthesis, Donau-Universität, Krems.

Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D.K., St George, S.M., Lawman, H., Segal, M. & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Volume 13, Issue 3, Pages 231-253-

Kleinsasser, S. (2017). *Psychotherapeutische Interventionen bei sexuellen Funktionsstörungen von Frauen in den methodenspezifischen Ausrichtungen der Existenzanalyse und Logotherapie und Verhaltenstherapie – Eine Untersuchung der Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede beider Orientierungen anhand eines Fragebogens mit anschließender Vorstellung eines kombinierten Konzepts*. Masterthesis, Donau-Universität, Krems.

Koo-Loeb, J.H., Costello, N., Light, K.C. & Girdler, S.S. (2000) Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine and psychosocial profiles. *Psychosomatic Medicine*. Volume 62, Issue 4, Pages 539-548.

Kristal, A.R., Littman, A.J., Benitez, D. & White, E. (2005). Yoga practice is associated with attenuated weight gain in healthy, middle-aged men and women. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. Volume 11, Issue 4, Pages 28-33.

Küng, H. (1992). *Projekt Weltethos*. 4. Auflage. München: Piper.

Kushner, R.F. & Foster, G.D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*. Volume 16, Issue 10, Pages 947-952.

Kwak, N. & Radler, B. (2002). A comparison between mail and web surveys: Response pattern, respondent profile, and data quality. *Journal of Official Statistics*, Volume 18, Issue 2, Pages 257-273.

Legenbauer, T. (2003). *Was löst einen Essanfall aus?* Frankfurt: Peter Lang.

Legenbauer, T., Schütt-Strömel, S., Hiller, W. & Vocks, S. (2011). Predictors of improved eating behaviour following body image therapy: A pilot study. *European Eating Disorders Review*. Volume 19, Issue 2, Pages 129-137.

Legenbauer, T. & Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Lovell, D., Williams, J. & Hill, A, (1997), Selective processing of shape-related words in women with eating disorders and those who had recovered. *British Journal of Psychiatry*. Volume 36, Issue 3, Pages 421-432.

Lukas, E. (1986). *Von der Trotzmacht des Geistes. Menschenbild und Methoden der Logotherapie*. Freiburg: Herder.

Lukas, E. (1992). *Höhenpsychologie*. Freiburg: Herder.

Lukas, E. (1994a). *Auch dein Leiden hat Sinn*. Freiburg: Herder.

Lukas, E. (1994b). *Geborgensein – worin? Logotherapeutische Leitlinien zur Rückgewinnung des Urvertrauens*. Freiburg: Herder.

Lukas, E. (2011). *Freiheit und Geborgenheit: Süchten entrinnen – Urvertrauen gewinnen*. 3. erweiterte Auflage. München: Profil.

Lukas, E. (2014). *Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden*. 4. aktualisierte und durchgesehene Auflage. München: Profil.

Marcus, M.D., Kalarchian, M.A., Courcoulas, A.P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *American Journal of Psychiatry*. Volume 166, Issue 3, Pages 285-291.

Margraf, J. (2009). Hintergründe und Entwicklungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. 3. Auflage* (S. 4-45). Heidelberg: Springer.

Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 61, Issue 3, Pages 455-461.

Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S. & Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*. Volume 14:943. doi:10.1186/1471-2458-14-943.

Mühlbacher, A., Bethge, S. & Gräber S. (2011). *Gesundheitsökonomische Betrachtung der Adipositas*. Berlin: IGE Print.

Munsch, S. & Hilbert, A. (2015). *Übergewicht und Adipositas. Fortschritte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Nagel, M. Koenecke, S., Willenborg, B., Penschorn, M., Gorsky-Ostmeier, E., Tigges, W., Tigges, H. & Schweiger, U. (2012). Magenmodulierende Operationen bei Patienten mit Adipositas und psychiatrischen Komorbiditäten. *Nervenheilkunde*. Volume 31, Issue 1/2, Pages 55-60.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based

measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. Volume 387, Issue 2, Pages 1377-1396.

Nisbett, R.E. (1972). Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*. Volume 76, Issue 6, Pages 433-453.

Noyon, A. (2008). Methoden der Logotherapie. In C. Riedel, R. Deckart & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 151-185). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

O'Reilly, G.A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. & Black, D.S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviors: a literature review. *Obesity Reviews*. Volume 15, Issue 6, Pages 453-461.

Pahr, E. (2011). *Ideal – und Selbstvorstellungen des adipösen Körpers. Eine interdisziplinäre Perspektive*. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.

Palavras, M.A., Hay, P., Filho, C.A. & Claudino, A. (2017). The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder who are overweight or obese—A critical synthesis and meta-analyses. *Nutrients*. Volume 9, Issue 3, 299; doi:10.3390/nu9030299.

Parfy, E. (2009). Verhaltenstherapie. In T. Slunecko (Hrsg.), *Psychotherapie. Eine Einführung* (S. 115-141). Wien: Vacultas.

Pawlow, L.A., O'Neil, P.M. & Malcolm, R.J. (2003). Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. Volume 27, Issue 8, Pages 970-978.

Petermann, F. (1998). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Bern: Huber.

Platen, P. (2015). Behandlung der Adipositas – Sport und körperliche Aktivität. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 512-519). Berlin: Springer-Verlag.

Pschyrembel, W. (2002). *Klinisches Wörterbuch*. 260. Auflage. Berlin: De Gruyter.

Puzziferri, N., Roshek, T.B., Mayo, H.G., Gallagher, R., Belle, S.H. & Livingston, E.H. (2014). Long-term follow-up after bariatric surgery: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*. Volume 312, Issue 9, Pages 934-942.

Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*. Volume 25, Issue 4, Pages 212-223.

Ramacciotti, C.E., Coli, E., Marazziti, D., Segura-García, C., Brambilla, F., Piccinni, A. & Dell'Osso, R. (2013). Therapeutic options for binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Volume 18, Issue 1, Pages 3-9.

Rand, C.S. & Stunkard, A.J. (1978). Obesity and psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry*. Volume 135, Issue 5, Pages 547-551.

Rand, C.S. & Stunkard, A.J. (1983). Obesity and psychoanalysis: treatment and four-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. Volume 140, Issue 9, Pages 1140-1144.

Rasch, B. (2013). Methodenlehre. Vorlesung 10. Freiburg. Universität Freiburg. Zugriff am 2.10.2018. Verfügbar unter [http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/33580\\_121232.pdf](http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/33580_121232.pdf).

Ray, E.C., Nickels, M.W., Sayeed, S. & Sax, H.C. (2003). Predicting success after gastric bypass: The role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*. Volume 134, Issue 4, Pages 555-563.

Resmark, G. (2015). *Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen*. In Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (Hrsg.). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 80-83). 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

Rieber, N., Hilbert, A., Teufel, M., Giel, K.E., Waschburger, P. & Zipfel, S. (2010) Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion: Eine kritische Bestandsaufnahme zu Prädiktion und Intervention. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*. Volume 4, Issue 3, Pages 115-124.

Riedel, C. (2008a). Logotherapie in der Beratung. In C. Riedel, R. Deckart & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 186-218). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Riedel, C. (2008b). Existenzanalyse als Grundlagentheorie der Logotherapie. In C. Riedel, R. Deckart & A. Noyon (Hrsg.), *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. Auflage (S. 47-130). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Roosen, M.A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A. & Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutricion Hospitalaria*. Volume 27, Issue 4, Pages 1141-1147.

Sarwer, D.B, Wadden, T.A. & Fabricatore, A.N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*. Volume 13, Issue 4, Pages 639-648.

Shaw, K.A., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2009). Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library* 1. Issue 2, Pages 1-75.

Shomaker, L.B. Tanofsky-Kraff, M., Matherne, C.E., Mehari, R.D., Olsen, C.H., Marwitz, S.E., Bakalar, J.L., Ranzenhofer, L.M., Kelly, N.R., Schvey, N.A., Burke, N.L., Cassidy, O., Brady, S.M., Dietz, L.J., Wilfley, D.E., Yanovski, S.Z., Yanovski, J.A. (2017). A randomized, comparative pilot trial of family-based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered-eating, and excess weight gain in at-risk preadolescents with loss-of-control-eating. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 50, Issue 9, Pages 1084-1094.

Statistik Austria (1999). Verteilung des Body-Mass-Index (BMI, WHO neu) in der Bevölkerung ab 20 Jahren 1999. Zugriff am 5.8.2018. Verfügbar unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi\\_body\\_mass\\_index/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html)

Statistik Austria (2014). Body-Mass-Index (BMI) nach WHO-Definition 2014. Zugriff am 5.8.2018. Verfügbar unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi\\_body\\_mass\\_index/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html)

Steyer, T.E. & Ables, A. (2009). Complementary and alternative therapies for weight loss. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. Volume 36, Issue 2, Pages 395-406.

Stier, W. (1999). *Empirische Forschungsmethoden*. 2. verbesserte Auflage. Berlin: Springer.

Stumm, G. & Pritz, A. (2008). *Wörterbuch der Psychotherapie*. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag.

Suter, P.M. (2008). *Checkliste Ernährung*. 3. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Sysko, R., Hildebrandt, T., Wilson, G.T., Wilfley, D.E. & Agras, W.S. (2010). Heterogeneity moderates treatment response among patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 78, Issue 5, Pages 681-690.

Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D.E., Young, J.F., Mufson, L., Yanovski, S.Z., Glasofer, D.R., Salaita, C.G. & Schvey, N.A. (2010). A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 43, Issue 8, Pages 701-706.

Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K. & Zipfel, S. (2011a). Psychotherapie und Adipositas. Strategien, Herausforderungen und Chancen. *Nervenarzt*. Volume 82, Issue 9, Pages: 1133-139.

Teufel, M., Schäffeler, N., de Zwaan, M., Graap, H., Zipfel, S. & Giel, K.E. (2011b). Internet use among patients with psychosomatic disorders: what are the health-related demands and needs? *Journal of Health Psychology*. Volume 16, Issue 7, Pages 1120-1126.

Thomas, D., Vydelingum, V. & Lawrence, J. (2011). E-mail contact as an effective strategy in the maintenance of weight loss in adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Volume 24, Issue 1, Pages 32-38.

Tindle, H.A., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., Kuller, L.H. (2010), Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *American Journal of Medicine*. Volume 123, Issue 11, Pages: 1036-1042.

Troop, N., Holbrey, A. & Treasure, J. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 24, Issue 2, Pages: 157-2166.

Viertler, B. (2016). *Depressionsbehandlung von älteren Menschen Rahmenbedingungen und logotherapeutische Ansätze. Eine Befragung unter Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen der Fachrichtung Existenzanalyse und Logotherapie*. Masterthesis, Donau-Universität, Krems.

Wabitsch, M. (2014). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“*. Martinsried: Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG) e.V.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. & Osman, S, (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 28, Issue 2, Pages: 235-241.

Wampold, B. & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate*. New York: Routledge.

Westenhöfer, J., Stunkard, A.J. & Pudel, V. (1999). Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*. Volume 26, Issue 1, Pages: 53-64.

Wiesner, S. (2005). *Vergleich von Gewichtsreduktion und Glucosestoffwechsel chirurgischer und konservativer Adipositas therapie bei Patienten mit Adipositas Grad III - Ergebnisse der prospektiv randomisierten CHARMANT-STUDIE*. Dissertation,

Universitätsmedizin Berlin, Berlin.

Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Douchis, J.Z., Frank, M.A., Wiseman, C.V. & Matt, G.E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*. Volume 59, Issue 8, Pages 713-721.

Wiltink, J., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R., Alt, C. & Beutel, M.E. (2007). Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 62, Issue 6, Pages 691-698.

Wing, R.R. & Phelan, 2. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*. Volume 82, Issue Suppl 1, Pages: 222-225.

Wirth, A. (2008). *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnose, Therapie*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer Medizin.

Wiser, S., Telch, C.F. (1999). Dialectical behaviour therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*. Volume 55, Issue 6, Pages 755-768.

Wöran, C. (2016). *Adipositas. Eine Herausforderung. Möglichkeiten und Grenzen der Psychodrama-Psychotherapie am Beispiel einer Klientin mit struktureller Störung*. Masterthesis, Donau-Universität, Krems.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *WHO Technical Report Series*. Number 894. Geneva: World Health Organization (WHO), Pages 1-253.

Wunderer, E., & Schnebel, A. (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

## **Tabellenverzeichnis**

TABELLE 1: WHO-GEWICHTSKLASSIFIKATION (WHO, 2000)	4
TABELLE 2: DIAGNOSESCHLÜSSEL FÜR ADIPOSITAS UND SONSTIGE ÜBERERNÄHRUNG DER ICD-10 (WHO, 1992)	5
TABELLE 3: PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN UND STRATEGIEN DER VERHALTENSTHERAPIE BEI ADIPOSITAS (NACH WIESNER, 2005; TEUFEL ET AL., 2011A; WABITSCH, 2014)	18
TABELLE 4: PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE UND ZIELGRÖßEN IN DER ADIPOSITASTHERAPIE – DERZEITIGER STAND (MODIFIZIERT NACH TEUFEL ET AL., 2011A)	21
TABELLE 5: STICHPROBENBESCHREIBUNG	52

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: MULTIFAKTORIELLES MODELL DER ADIPOSITAS (NACH LEGENBAUER UND VOCKS, 2014 UND RESMARK, 2015)	7
ABBILDUNG 2: GESCHLECHTSVERTEILUNG DER BEFRAGUNGSTEILNEHMER/BEFRAGUNGSTEILNEHMERINNEN	55
ABBILDUNG 3: ALTERSSTRUKTUR DER BEFRAGUNGSTEILNEHMER/BEFRAGUNGSTEILNEHMERINNEN	56
ABBILDUNG 4: BERUFSERFAHRUNG DER BEFRAGUNGSTEILNEHMER/BEFRAGUNGSTEILNEHMERINNEN	57
ABBILDUNG 5: EINSCHÄTZUNG DES EIGENEN INFORMATIONSSTANDES DER BEFRAGUNGSTEILNEHMER/BEFRAGUNGSTEILNEHMERINNEN	58
ABBILDUNG 6: ERFAHRUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE ADIPÖSER	59
ABBILDUNG 7: ERFAHRUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE ADIPÖSER IN ABHÄNGIGKEIT DER BERUFSERFAHRUNG	60
ABBILDUNG 8: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT VON PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	61
ABBILDUNG 9: EINSCHÄTZUNG DER EIGNUNG DER EIGENEN FACHRICHTUNG FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	62
ABBILDUNG 10: EINSCHÄTZUNG DER EIGNUNG DER EIGENEN FACHRICHTUNG FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS NACH GESCHLECHT	63
ABBILDUNG 11: EINSCHÄTZUNG DER EIGENEN METHODENKOMPETENZ FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	64
ABBILDUNG 12: EINSATZ VON METHODEN DER LOGOTHERAPIE FÜR DIE BEHANDLUNG VON ADIPOSITAS	65
ABBILDUNG 13: ANWENDUNG VON METHODEN ANDERER FACHRICHTUNGEN	66
ABBILDUNG 14: ANWENDUNG VON METHODEN ANDERER FACHRICHTUNGEN NACH ALTERSKATEGORIEN	66
ABBILDUNG 15: NENNUNG GEEIGNETER INTERVENTIONEN VON LOGOTHERAPEUTEN/LOGOTHERAPEUTINNEN	68
ABBILDUNG 16: NENNUNG GEEIGNETER INTERVENTIONEN VON VERHALTENSTHERAPEUTEN/VERHALTENSTHERAPEUTINNEN	69
ABBILDUNG 17: EINSCHÄTZUNG DER BEDEUTUNG DES MOTIVATIONSaufbaus FÜR EINE ERFOLGREICHE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	69
ABBILDUNG 18: EINSATZ VON EINSTELLUNGSMODULATION ZUR ERHÖHUNG DER MOTIVATION	70
ABBILDUNG 19: EINSATZ VON EINSTELLUNGSMODULATION ZUR ERHÖHUNG DER MOTIVATION NACH GESCHLECHT	71
ABBILDUNG 20: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT REALISTISCHER ZIELE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	72
ABBILDUNG 21: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT REALISTISCHER ZIELE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS NACH GESCHLECHT	73
ABBILDUNG 22: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT VON PSYCHOEDUKATION IN DER ERFOLGREICHEN THERAPIE BEI ADIPOSITAS	74
ABBILDUNG 23: BEDEUTUNG DER SINN- UND WERTTHEMATIK IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	75
ABBILDUNG 24: BEDEUTUNG DER SINN- UND WERTTHEMATIK IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS NACH ALTERSKATEGORIEN	75
ABBILDUNG 25: STELLENWERTES DER BEACHTUNG DER EIGENEN FREIHEIT UND EIGENVERANTWORTUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	76
ABBILDUNG 26: STELLENWERTES DER BEACHTUNG DER EIGENEN FREIHEIT UND EIGENVERANTWORTUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS NACH ALTERSKATEGORIEN	77
ABBILDUNG 27: EINBEZUG EXISTENZIELLER FRAGESTELLUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	78
ABBILDUNG 28: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT DER RÜCKGEWINNUNG DES URVERTRAUENS FÜR EINE ERFOLGREICHE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	79

ABBILDUNG 29: EINSCHÄTZUNG DER NOTWENDIGKEIT DER RÜCKGEWINNUNG DES URVERTRAUENS FÜR EINE ERFOLGREICHE PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS NACH ALTERSKATEGORIEN	80
ABBILDUNG 30: ANLEITUNG ZUR AUFZEICHNUNG DES ESS- UND BEWEGUNGSVERHALTENS ALS ELEMENTE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	81
ABBILDUNG 31: ANLEITUNG ZUR STRUKTURIERUNG DES ESSVERHALTENS UND ZUR KONTROLLE VON NAHRUNGSREIZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	82
ABBILDUNG 32: ARBEIT AM SELBST- UND KÖPERBILD ALS ESSENZIELLES ELEMENT IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	83
ABBILDUNG 33: VERWENDUNG SPEZIFISCHER ELEMENTE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS DER TEILNEHMENDEN LOGOTHERAPEUTEN/LOGOTHERAPEUTINNEN	84
ABBILDUNG 34: VERWENDUNG SPEZIFISCHER ELEMENTE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS DER TEILNEHMENDEN VERHALTENSTHERAPEUTEN/VERHALTENSTHERAPEUTINNEN	85
ABBILDUNG 35: EINBINDUNG DES SOZIALEN UMFELDS IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	86
ABBILDUNG 36: RÜCKFALLPROPHYLAXE ALS ESSENZIELLES ELEMENT IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS	87
ABBILDUNG 37: EINSCHÄTZUNG MÖGLICHER GRENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS DER TEILNEHMENDEN LOGOTHERAPEUTEN/LOGOTHERAPEUTINNEN	88
ABBILDUNG 38: EINSCHÄTZUNG MÖGLICHER GRENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS DER TEILNEHMENDEN VERHALTENSTHERAPEUTEN/VERHALTENSTHERAPEUTINNEN	88
ABBILDUNG 39: ANSICHT, DASS MIT PSYCHOTHERAPIE BEI ADIPOSITAS IMMER EINE GEWICHTSREDUKTION UND –STABILISIERUNG MÖGLICH SEI NACH ALTERSKATEGORIEN	89

# Anhang

## 1. Online-Fragebogen

Sehr geehrter Teilnehmer, sehr geehrte Teilnehmerin,  
vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Befragung zur psychotherapeutischen  
Behandlung bei Adipositas teilzunehmen!

Diese Studie wird im Rahmen des Psychotherapiestudiums an der Donau-Universität  
Krems durchgeführt.

Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Für das Ausfüllen werden ca. 10 Minuten benötigt.

Sollten die vorgegebenen Antwortkategorien für Sie nicht eindeutig sein, dann wählen  
Sie die Antwortmöglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Es gibt hier weder richtige noch falsche Antworten, denn von Interesse ist Ihre  
persönliche Einschätzung.

Bei Interesse an den Ergebnissen zu dieser Untersuchung besteht die Möglichkeit am  
Ende der Umfrage Ihre E-Mail-Adresse zu hinterlassen. Falls Sie Ihre E-Mail-Adresse  
nicht angeben möchten, jedoch an den Ergebnissen der Untersuchung interessiert  
sind, können Sie mir auch gerne eine formlose E-Mail an [elke\\_humer@hotmail.com](mailto:elke_humer@hotmail.com)  
senden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. Elke Humer

## a) Allgemeine/Soziodemographische Daten

### 1. Geschlecht:

- weiblich
- männlich

### 2. Alter:

- 25 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65
- 66+

### 3. Wie lange arbeiten Sie schon als Psychotherapeut/Psychotherapeutin?

- Psychotherapeut/Psychotherapeutin Ausbildung unter Supervision
- 0 – 5 Jahre
- 6 – 10 Jahre
- 11– 15 Jahre
- 16 – 20 Jahre
- 21+ Jahre

**b) Persönliche Einstellungen und Erfahrungen in der Psychotherapie  
Adipöser**

4. Ich fühle mich durch meine Grundausbildung als Psychotherapeut/  
Psychotherapeutin über das Thema Adipositas ausreichend informiert. *(nach  
Kleinsasser, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

5. Ich habe bereits Menschen mit Adipositas psychotherapeutisch behandelt

- ja
- nein

6. Erachten Sie Psychotherapie bei Adipositas für notwendig?

- ja, unbedingt
- eher schon
- eher nicht
- überhaupt nicht
- weiß nicht

**c) Persönliche Einschätzung des Potentials der Logotherapie und Existenzanalyse/Verhaltenstherapie in der Adipositasbehandlung**

7. Ist Ihrer Meinung nach die Existenzanalyse und Logotherapie/Verhaltenstherapie ein geeigneter Ansatz zur Behandlung von Adipositas?

- Logotherapie/Verhaltenstherapie ist als alleinige Therapiemethode vollkommen ausreichend
- Logotherapie/Verhaltenstherapie ist als alleinige Therapiemethode eher ausreichend
- Logotherapie/Verhaltenstherapie ist als alleinige Therapiemethode eher nicht ausreichend
- Logotherapie/Verhaltenstherapie sollte andere Therapiemethoden ergänzen
- Logotherapie/Verhaltenstherapie eignet sich nicht zur Therapie bei Adipositas.
- weiß nicht

8. Mit den logotherapeutischen/existenzanalytischen/verhaltens-therapeutischen Interventionen, die mir zur Verfügung stehen, fühle ich mich ausreichend gewappnet um Menschen mit Adipositas zu helfen. *(nach Kleinsasser, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

#### **d) Psychotherapeutische Methoden**

9. Welche Interventionen und Methoden der Logotherapie halten Sie für die Behandlung bei Adipositas geeignet? (Mehrfachantworten möglich) *(nach Deckart, 2008, Lukas 2011, 2014)*

- Paradoxe Intention
- Dereflexion
- Einstellungsmodulation
- Steigerung der Sinnwahrnehmung
- keine
- andere:

10. Wenden Sie auch Methoden aus anderen therapeutischen Schulen an?

- ja
- nein

11. Nennen Sie bitte Interventionen die Ihnen bei Adipositas besonders geeignet erschienen. *(nach Kleinsasser, 2017)*

- 1...
- 2...
- 3...

### e) Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Behandlung Adipöser

12. Der Aufbau von Motivation ist für eine erfolgreiche Therapie bei Adipositas entscheidend. *(nach Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

13. Zur Erhöhung der Motivation setze ich Methoden der Einstellungsmodulation ein (z.B. sokratischer Dialog um zu erkennen „wofür“ es sich lohnt langfristig abzunehmen). *(nach Kepplinger, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

14. Zu Therapiebeginn ist es wichtig realistische Ziele zu definieren. *(nach Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

15. Zu Therapiebeginn nimmt die Psychoedukation einen großen Stellenwert ein. Dazu zählt z.B. die Aufklärung über den Teufelskreis von Diäten und die Vermittlung eines normalen Essverhaltens. *(nach Teufel et al., 2011a)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

16. Der Sinn- und Wertethematik wird besondere Beachtung geschenkt. *(nach Kleinsasser, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

17. Das Ausschöpfen der eigenen Freiheit und die Übernahme der Eigenverantwortung nehmen einen großen Stellenwert während der Therapie ein. *(nach Lukas, 2011, 2014; Kleinsasser, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

18. Auf existenzielle Fragestellungen wird eingegangen. *(nach Kleinsasser, 2017)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

weiß nicht

19. Die Rückgewinnung des Urvertrauens ist wichtig um einen langfristigen Therapieerfolg zu ermöglichen. *(nach Lukas, 2011)*

stimme vollkommen zu

stimme eher zu

stimme eher nicht zu

stimme überhaupt nicht zu

weiß nicht

20. Die Klienten/Klientinnen werden zur Aufzeichnung des Ess- und Bewegungsverhaltens angeleitet um problematisches Verhalten, Auslöser und aufrechterhaltende Bedingungen identifizieren zu können. *(nach Teufel et al., 2011a)*

stimme vollkommen zu

stimme eher zu

stimme eher nicht zu

stimme überhaupt nicht zu

weiß nicht

21. Ich leite die Klienten/Klientinnen dazu an ihr Essverhalten zu strukturieren und Nahrungsreize zu kontrollieren (z.B. feste Essenszeiten einhalten, keine Bevorratung großer Nahrungsmittelmengen, kein Einkaufen im hungrigen Zustand, keine Aktivitäten wie Fernsehen neben dem Essen). *(nach Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)*

stimme vollkommen zu

stimme eher zu

stimme eher nicht zu

stimme überhaupt nicht zu

weiß nicht

22. Die Arbeit am Selbstbild/Körperbild ist ein wesentlicher Aspekt in der Therapie bei Adipösen. *(nach Teufel et al., 2011a)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

23. Finden folgende Elemente in ihrer Therapie Verwendung: *(nach Lukas, 2011; Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)*

	ja	nein	weiß nicht
Stressmanagement			
soziales Kompetenztraining			
Entspannungstraining			
suggestives Willenstraining			
Problemlösetraining			
Genusstraining			

24. Ich binde das soziale Umfeld (Partner, Familienangehörige, Freunde etc.) in die Therapie mit ein. *(nach Deckart, 2008, Kitzman-Ulrich et al., 2010, Teufel et al., 2011a)*

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

25. Der Umgang mit Rückfällen stellt einen essenziellen Bestandteil in der Endphase der Psychotherapie bei Adipositas dar. (nach Deckart 2008; Lukas, 2011; Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)

- stimme vollkommen zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- weiß nicht

26. Gibt es Ihrer Meinung nach auch Grenzen der Psychotherapie bei Adipositas? (Mehrfachantworten möglich) (nach Teufel et al., 2011a; Wabitsch, 2014)

- Ja, bei extremer Adipositas (BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>).
- Ja, beim Vorliegen körperlicher Komorbiditäten.
- Nein, mit Psychotherapie ist bei Adipösen immer eine Gewichtsreduktion und – stabilisierung möglich.
- weiß nicht
- andere:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Falls Sie an den Ergebnissen interessiert sind, besteht die Möglichkeit hier Ihre E-Mail-Adresse zu hinterlassen: .....

Falls Sie dies nicht möchten können Sie auch gerne eine formlose E-Mail an elke\_humer@hotmail.com senden.

Nach Abschluss der Untersuchung werden Sie dann über die Ergebnisse informiert.

**2. Originalantworten der Teilnehmer/Teilnehmerinnen in der Kategorie „andere“ auf die Frage zu Interventionen und Methoden der Logotherapie in der Psychotherapie bei Adipositas**

Nr.	Originalantwort
2	Sinnorientierter Dialog - Suche nach dem WOZU im Leben
6	system. Interventionstechniken
14	Verhaltenstherapie
18	Selbsttranszendenz
29	Einführung in die Anthropologie und davon ausgehend Haltung erarbeiten
37	Stellungnahme nach PEA, Formen des inneren Dialoges einüben
38	PEA
45	Logodrama, Familienbrett, sokrat. Diallog,

**3. Originalantworten der Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Fachrichtung Existenzanalyse und Logotherapie auf die offene Frage zu geeigneten Interventionen in der Psychotherapie bei Adipositas**

Nr.	Originalantwort	Zuordnung
1	Psychoanalytischer Ansatz	Psychoanalytische Ansätze
2	Als Tiefenpsychologin erachte ich die hintergründige Dynamik, unbewusste Abwehr- und Bewältigungsweisen, für überaus bedeutsam.	Psychoanalytische Ansätze
4	KIP; Hypno; EMDR	Psychoanalytische Ansätze, Traumatherapie
7	Schematherapeutische Interventionen	Verhaltenstherapie
8	Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapie
9	EMDR	Traumatherapie
11	Sinn und Aufgaben im Leben erzielen, ; sich in der Welt mehr einbringen, Selbstsicherheitstraining; Soziale Kompetenzen stärken; Suchtentwöhnungsstrategien	Logotherapie und Existenzanalyse, Verhaltenstherapie
12	1. KIP; 2. SYSTEMISCH PSY; 3. HYPNOTHERAPIE (M. Erikson)	Psychoanalytische Ansätze, Systemische Ansätze
13	Inhalte aus meiner Ausbildung und Praxiserfahrung als Diätologin	Sonstige
14	Mehr Kontakt zum Körper herstellen. Die Kompensation aufdecken, und Gegenmaßnahmen erarbeiten.; Eigenverantwortung erlebbar machen. Strategien entwickeln um, einen Fressanfall möglichst unbeschadet zu überstehen. Liste verfassen, was alles nicht eingekauft werden darf. Liste was alles nicht gegessen werden darf (auf keinen Fall).; Kochschulung - wie viel Essen Spaß machen kann und gesund ist. Notieren, was gegessen und getrunken wird (mit ca. Mengenangabe) um die Kalorienmenge sichtbar zu machen. Den Trick mit den "Füllstoff" verankern (zB. Fressanfall darf sein, wenn vorher ein Liter Wasser getrunken wird). Erarbeiten was noch "glücklich" macht. Focus darauf richten. Positive Ansätze verstärken, Lob, Selbstwert erhöhen, Dauerleistungstraining, Krafttraining und, wenn notwendig, Medikamente...	Verhaltenstherapie, Logotherapie und Existenzanalyse, Sonstige

17	Verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. DBT: Skillstraining bei Essanfällen	Verhaltenstherapie
18	Bewegung an der frischen Luft, insbesondere im Wald. ; Leidenschaft für ein Hobby (wieder)entdecken und dieses wieder regelmäßig ausüben.	Existenzanalyse und Logotherapie, Sonstige
19	alle körperorientierten Methoden, auch Körper-Traumatherapie	Sonstige, Traumatherapie
24	Aufstellung, Externalisierungsübungen, Meditation, Traumatherapeutische Interventionen	Systemische Ansätze, Traumatherapie, Sonstige
25	narrative Methode	Psychoanalytische Ansätze
28	Selbstfürsorge, hypnotherapeutische Elemente, Traumatherapie	Psychoanalytische Ansätze, Traumatherapie
29	Verhaltenstherapeutische Skills gepaart mit Sinnmotiv!	Verhaltenstherapie, Logotherapie und Existenzanalyse
30	Erarbeitung eines gesunden Selbstwertgefühls, Wertschätzung, Stärkung des authentischen Selbst der Person, ICH- Kompetenz, Sozial-Kompetenz, innere Teile-Arbeit, Erlernen von Selbstbehauptungsstrategien, Aufbau von befriedigenden Freizeitaktivitäten.	Verhaltenstherapie, Logotherapie und Existenzanalyse, psychoanalytische Ansätze
31	Ressourcen Arbeit, Psychoedukation, Traumarbeit, Traumatherapie	Psychoanalytische Ansätze, Traumatherapie, Verhaltenstherapie, Logotherapie und Existenzanalyse
32	Selbstwert und Identitätsstärkung; Kompetenzen zur "gesunden" Ernährung; Rituale	Verhaltenstherapie, Sonstige
33	- Strukturen vorgeben (Einhalten von Essenspläne, Bewegungspläne, die von entsprechenden Experten mit Klient ausgearbeitet wurden dokumentieren lassen und in Therapie besprechen was eingehalten wurde, was nicht und warum nicht; Rituale beim Essen); - sinnvollen Umgang mit Frustrationen/Kränkungen erlernen - Trotzmacht des Geistes ansprechen; - Sinnorientiertes Gespräch - Sinnperspektive erörtern - was soll von Ihrem Leben übrigbleiben? Was möchten Sie	Verhaltenstherapie, Logotherapie und Existenzanalyse

	erleben/tun, was durch Ihre Krankheit nicht/eingeschränkt möglich ist.; - Selbstwert stärken (Würde der Person, unabhängig von Gewicht/Aussehen); - Leistung würdigen, wenn Gewichtsabnahme erreicht wird	
35	Wertearbeit; Arbeit mit dem inneren Team; verhaltenstherapeutische Pläne; Erkennen von Stress-Auslösern – Psychoedukation	Logotherapie und Existenzanalyse, systemische Ansätze, Verhaltenstherapie
37	Systemische Figurenaufstellung; Inneres Team stellen, und das Gespräch mit diesem führen	Systemische Ansätze
38	verhaltensmedizinische und -therapeutische Interventionen	Verhaltenstherapie
39	klinische Hypnose-therapie	Psychoanalytische Ansätze
43	Verhaltenstherapie oder imaginative Formen wie KIP	Verhaltenstherapie, psychoanalytische Ansätze
44	Siehe oben	Logotherapie und Existenzanalyse
45	Selbstwert-steigernde Interventionen, gestützt von Steigerung der Sinnwahrnehmung,; Dereflexion, wenn es darum geht, Gedankenkreisen und Selbstabwertung zu durchbrechen,; Bewusstmachung von wirksamen Grundhaltungen eventuell durch Rollenspiele,; praxisnahe philosophische Reflexionen über grundsätzlichen Wert menschlichen Daseins anregen,; Relativierung gesellschaftlicher Normen eventuell über einen sokratischen Dialog	Logotherapie und Existenzanalyse
46	Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Psycho-Eduktion bzgl. Ganzheitlichkeit	Verhaltenstherapie
47	Verhaltenstherapeut. Massnahmen, Motivationstraining, Ernährungspsycholog. Beratung, etc	Verhaltenstherapie, Sonstige
48	inneres Kind	Psychoanalytische Ansätze
51	Gestalttherapie	Personenzentrierte Ansätze
52	Systemisch, verhaltenstherapeutisch, kunsttherapeutisch	Systemische Ansätze, Verhaltenstherapie, Sonstige

**4. Originalantworten der Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Fachrichtung Verhaltenstherapie auf die offene Frage zu geeigneten Interventionen in der Psychotherapie bei Adipositas**

<b>Nr.</b>	<b>Originalantwort</b>	<b>Zuordnung</b>
2	Schematherapie	Verhaltenstherapie
3	Emptionsregulation, Ernährungscoaching, Identität, soziales Kompetenztraining	Verhaltenstherapie, Sonstige
6	Das hängt davon ab was das eigentliche Problem ist	Sonstige
8	Transaktionsanalyse (HARRIS/BERNE); Provocative therapy (Frank FARRELLY); Hypnotherapie	Verhaltenstherapie, psychoanalytische Ansätze, Sonstige
11	Hypnose	Psychoanalytische Ansätze
13	Gestalttherapie, Tiefenpsychologie	Personenzentrierte Ansätze, Psychoanalytische Ansätze
14	Entspannung, Positive Psychologie Körperbild Arbeit	Verhaltenstherapie, Sonstige
20	Schematherapie	Verhaltenstherapie
23	vordergründig organische (medizinische) Abklärung und aufgrund deren Diagnose und VT Überlegung von Interventionen; ; Was sind die Gründe für die Zufuhr von zuviel Kalorien ? durch Verhaltensanalysen (SORCK / Mikroanalyse/Makroanalyse, Bedingungsmodell...)	Verhaltenstherapie, Sonstige
26	Schematherapie	Verhaltenstherapie
30	SORK-Modell, Biopsychosoziales Modell (Psychoedukation); ernährungspsychologische und ernährungsphysiologische Aspekte; Hypnotherapeutische Methoden; Bewegung	Verhaltenstherapie, psychoanalytische Ansätze, Sonstige
31	Information und Psychoedukation, Selbstbeobachtungsprotokoll, Zusammenhang zwischen Essen und Gefühlen, Notfalkärtchen bei Essanfällen, Bearbeitung belastender Lebensbedingungen, Stressbewältigung, Kognitive Umstrukturierung, Ressourcenstärkung, Selbstwertstärkung, Zielerreichung,....	Verhaltenstherapie
34	Aufstellungen (Familiensituationen), Gesprächstherapie (Rogers)	Systemische Ansätze, Personenzentrierte Ansätze
35	Körpertherapie, Traumatherapie, kreative Ausdrucksformen	Traumatherapie, Sonstige
37	Standardmethoden der VT; Hypnose	Verhaltenstherapie, psychoanalytische Ansätze

38	Genusstraining, Verhaltensanalyse, Reaktions- und Situationskontrolle, kognitive Therapie, soziales Kompetenztraining, Psychoedukation über Hunger/Sättigung/Ernährung, Emotionsregulation, Aktivitätsaufbau, Selbstwertstärkung	Verhaltenstherapie
39	Stärkung Selbstwert, Bewegung/Sport, Anti-Craving Skills, Ernährungsumstellung, Aufbau von Aktivitäten.	Verhaltenstherapie, Sonstige
40	das ist individuell ganz unterschiedlich, jede Therapieschule bietet gute Techniken zur Auseinandersetzung mit Gefühlen, Körperwahrnehmung und Kognitionen an.	Sonstige
42	Funktionalität des Essverhaltens ganz klar und konkret mit Klienten zu erarbeiten	Verhaltenstherapie
44	Hypnose; Medizinische Aspekte (Hormone, Botenstoffe, etc.)	Psychoanalytische Ansätze, Sonstige
45	Emotionsregulation, skills-training, körperwahrnehmung, euthyme Verfahren, .....	Verhaltenstherapie, Sonstige
46	Verhaltensanalysen, Essprotokolle, Biographiearbeit für funktionale Bedingungsmodelle...	Verhaltenstherapie
47	Realistische Zieldefinition, Selbstwerttraining, Ressourcen stärken/finden, Selbsthypnose, Tagesstruktur mit Bewegung, Tortendiagramm zu Tätigkeiten, Erfassen und Dokumentieren der täglichen Kalorienzufuhr, Erarbeiten eines modifizierten Essverhaltens, Erlernen von Hunger- und Sättigungsgefühl, Stressoren finden und damit umgehen, Verhaltensmuster erkennen und ändern, Erkennen von Gefühlen als Auslöser vor Essverhalten, Krafttraining in Gruppen, Ess- und Bewegungstagebuch, im Vorfeld Abklärung medizinischer Komponenten	Verhaltenstherapie, psychoanalytische Ansätze, Sonstige
48	Hypnotherapie	Psychoanalytische Ansätze

**5. Originalantworten der Logtherapeuten/Logotherapeutinnen in der Kategorie „andere“ auf die Frage zu Grenzen der Psychotherapie bei Adipositas**

Nr.	Originalantwort
2	fehlende Reflexionsbereitschaft
14	Es ist das möglich, was der Patient wirklich anstrebt. Der Leidensdruck ist das Maß...
17	Ärztliche Betreuung bei Komorbidität ist wichtig (bsp. Diabetes...)
19	zugrunde liegende Traumata
21	schwere Krankheiten
28	beim Vorliegen psychischer Komorbiditäten
43	Begleitende Therapie ist auch in Extremfällen wichtig und unterstützend für die Med Behandlung
47	fehlende Compliance
52	Es gibt in jeder Psychotherapie Grenzen

**6. Originalantworten der Verhaltenstherapeuten/Verhaltenstherapeutinnen in der Kategorie „andere“ auf die Frage zu Grenzen der Psychotherapie bei Adipositas**

<b>Nr.</b>	<b>Originalantwort</b>
2	Wenn körperliche Komobidität im Vordergrund ist (Diabetes z.B.)
6	das Therapieziel am Anfang unterscheidet sich davon, was im Laufe der Therapie passiert
30	Die alleinige PT ist NIEMALS ausreichend! Es müssen stets die drei Säulen der Behandlung eintreten: Ernährung, PT und Bewegung!
31	Sekundärer Krankheitsgewinn
35	Psychotherapie nur in Kombination mit anderen Zugängen effektiv (z.B. Physiotherapie, Ernährungswissenschaftlern,..)
37	andere psychische Störungen stehen im Vordergrund, Suizidalität
40	das ist individuell zu entscheiden
47	Behinderungen