

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten

# Die Arbeitsallianz in der ambulanten Ernährungsberatung

Eine Untersuchung bei adipösen Erwachsenen

MAS-Thesis Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und  
-therapie

Verfasserin: Michelle Widmer Müller

Eingereicht bei: Prof. Dr. Jeannette Brodbeck und Prof. Dr. Martina Hörmann

Bern, 04.12.2020

## Abstract

Ausgangslage: In der Psychotherapie hängt eine frühe therapeutische Allianz mit einem besseren Erfolg zusammen. In der Ernährungsberatung wurde dies bisher unzureichend erforscht. Diese Thesen befasst sich daher mit der Frage, ob eine bessere Arbeitsallianz zum Beratungsbeginn mit einem besseren Behandlungserfolg nach elf Monaten bei adipösen Erwachsenen in der ambulanten Ernährungsberatung zusammenhängt.

Methode: Mithilfe eines Online-Fragebogens (Working Alliance Inventory – short revised) wurden 27 adipöse Erwachsene während des Gewichtsreduktionsprogramms am Inselspital zur Wahrnehmung der Arbeitsallianz mit ihren Ernährungsberatern befragt. In dieser Pilotstudie wurden die Zusammenhänge zwischen der Arbeitsallianz und der Gewichtsreduktion, der Verbesserung der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit untersucht. Gleichzeitig wurde analysiert, ob das Alter, der initiale Body Mass Index oder die Teilnahmepräsenz mit der Arbeitsallianz zusammenhängen und ob Unterschiede in der Arbeitsallianz zwischen Männern und Frauen oder zwischen Personen mit oder ohne einer Binge Eating Störung auszumachen sind.

Ergebnisse: Eine bessere Arbeitsallianz und eine höhere Gewichtsreduktion ( $r_s = .38$ ,  $\rho = .038$ ), respektive eine höhere Behandlungszufriedenheit ( $r = .49$ ,  $\rho = .002$ ) hängen signifikant zusammen. Diese schien auch immer noch moderat mit einer stärkeren Verbesserung in der Lebensqualität zusammenzuhängen. Personen, welche eine bessere Arbeitsallianz wahrnehmen, zeigen gleichzeitig auch eine höhere Teilnahmepräsenz. Dagegen ergibt die Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter oder dem Body Mass Index. Auch aufgrund einer Binge Eating Störung ist kein Unterschied in der Arbeitsallianz erkennbar. Zwischen den Geschlechtern ist aber ein leichter Unterschied beobachtbar.

Schlussfolgerung: Wie in dieser Pilotstudie ersichtlich, hat eine frühe optimale Arbeitsallianz wahrscheinlich auch eine hohe Relevanz in der ambulanten Ernährungsberatung. Daher sollte die Arbeitsallianz sowohl in der Aus- und Weiterbildung, als auch im Praxisalltag der Ernährungsberatung an Bedeutung gewinnen. Die Arbeitsallianz im Bereich der ambulanten Ernährungsberatung mit Fokus auf Adipositas sollte in Zukunft weiter untersucht werden.

Schlüsselwörter: Adipositas, Binge Eating Störung, Arbeitsallianz, Ernährungsberatung, Behandlungserfolg, Gewichtsreduktion, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit

# Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	
Inhaltsverzeichnis.....	
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	
Abkürzungsverzeichnis.....	
Vorwort.....	
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Ernährungsberatung versus Ernährungstherapie.....	4
2.2 Adipositas.....	5
2.3 Binge Eating Störung.....	9
2.4 Therapeutische Allianz versus therapeutische Beziehung.....	12
2.5 Arbeitsbündnis versus therapeutische Allianz.....	14
2.6 Konzept der Allianz in der Psychotherapie.....	15
2.7 Arbeitsallianz nach Bordin.....	19
2.8 Herausforderung in der Allianz mit Adipösen oder BES Betroffenen.....	22
2.9 Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg.....	24
2.10 Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang.....	26
2.11 Empfehlungen zur Entwicklung einer Allianz mit Ratsuchenden.....	31
2.12 Allianzentwicklung mit Personen mit Adipositas oder einer BES.....	34
3 Forschungsfragen.....	36
4 Hypothesen.....	38
5 Methode.....	40
5.1 Forschungs-Design.....	40
5.2 Pilotstudie.....	40
5.2.1 Stichprobe.....	41
5.2.2 Observiertes Behandlungs-Setting.....	41
5.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	42
5.2.4 Datenerhebung und -aufbewahrung.....	44

5.2.5	Störfaktoren und deren Kontrollen .....	48
5.2.6	Statistisches Vorgehen .....	51
5.2.7	Ethik und Datenschutz .....	53
6	Ergebnisse .....	53
6.1	Beschreibung der Stichprobe .....	53
6.2	Ergebnisse der Hypothesen 1, 2, 3.....	57
6.3	Ergebnisse der Hypothesen 4, 5, 6.....	58
6.4	Ergebnisse der Hypothese 7 und der Geschlechtsunterschiede .....	59
6.5	Ergebnisse zur Scham.....	59
7	Hypothesenprüfung und Beantwortung der Forschungsfragen.....	60
8	Diskussion.....	62
8.1	Diskussion der Ergebnisse.....	62
8.2	Diskussion der Methodik.....	66
8.3	Limitationen .....	67
9	Schlussfolgerung.....	68
10	Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses.....	70
11	Literaturverzeichnis .....	71
12	Anhang .....	85
12.1	Zeitplan .....	85
12.2	Literaturrecherche.....	86
12.3	Fragebögen.....	87
12.3.1	SF-12 .....	87
12.3.2	WAI-SR .....	89
12.3.3	Subskala „Angst, sich zu öffnen“ der STA-R.....	90
12.4	Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden und die Allianz .....	91
12.5	Modell zum Umgang mit Brüchen in der Allianz.....	92
12.6	Übersicht bestehender Fragebögen zur Allianz oder Beziehung.....	93
12.7	Grafiken aus den statistischen Analysen mit SPSS.....	96
12.7.1	Histogramme .....	96

12.7.2	P-P Plots .....	99
12.7.3	Box-Plots.....	103
12.8	Eigene Tabellen zu den Ergebnissen dieser Pilotstudie .....	104
12.9	Eidesstattliche Erklärung.....	110

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

### **Abbildungen**

- Abb. 1: BMI-Kategorien gemäss der *World Health Organization* (2020, o.S.).
- Abb. 2: Diagnostische Kriterien der BES (in Anlehnung an: Falkai & Wittchen, 2015, S. 200).
- Abb. 3: Modell der Allianz in der Therapie (in: Horvath, 2000, S. 170).
- Abb. 4: Modell zum Umgang mit Brüchen in der Allianz (in: Muran et al., 2010, S. 325).
- Abb. 5: Histogramm zum Alter der Teilnehmenden.
- Abb. 6: Histogramm zum BMI der Teilnehmenden.
- Abb. 7: Histogramm zur Teilnahmepräsenz der Teilnehmenden.
- Abb. 8: Histogramm zur Gewichtsreduktion der Teilnehmenden.
- Abb. 9: Histogramm zur Verbesserung der Lebensqualität.
- Abb. 10: Histogramm zur Behandlungszufriedenheit mit der Ernährungsberatung.
- Abb. 11: Histogramm zur Arbeitsallianz der Teilnehmenden.
- Abb. 12: P-P Plot zum Alter der Teilnehmenden.
- Abb. 13: P-P Plot zum BMI der Teilnehmenden.
- Abb. 14: P-P Plot zur Teilnahmepräsenz der Teilnehmenden.
- Abb. 15: P-P Plot zur Gewichtsreduktion der Teilnehmenden.
- Abb. 16: P-P Plot zur Verbesserung der Lebensqualität.
- Abb. 17: P-P Plot zur Behandlungszufriedenheit mit der Ernährungsberatung.
- Abb. 18: P-P Plot zur Arbeitsallianz der Teilnehmenden.
- Abb. 19: Boxplot der Arbeitsallianz (mittels WAI-SR) nach Geschlecht.
- Abb. 20: Boxplot der Arbeitsallianz (mittels WAI-SR) von Personen mit oder ohne einer BES.
- Abb. 21: Boxplot der Dimension „Angst, sich zu öffnen“ der STA-R nach Geschlecht.

### **Tabellen**

- Tab. 1: Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden bezüglich der Allianz [Übersetzung durch die Verf.] (in: Sharpless et al., 2010, S. 343).
- Tab. 2: Eigene Übersicht der deutschsprachigen Fragebögen zur Allianz oder Beziehung.
- Tab. 3: Eigene Übersicht der fremdsprachigen Fragebögen zur Allianz oder Beziehung.
- Tab. 4: Alter und BMI der ein- und ausgeschlossenen Teilnehmenden im Vergleich.
- Tab. 5: Gewichtsreduktion und Teilnahme der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.
- Tab. 6: Verschiedene Merkmale der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.
- Tab. 7: Psychiatrische Begleiterkrankungen der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.
- Tab. 8: Alter, BMI und Teilnahmepräsenz der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 9: Arbeit und Bildung der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 10: Rauchverhalten der eingeschlossenen Teilnehmenden.

- Tab. 11: Behandlungsergebnisse der eingeschlossenen Personen nach elf Monaten.
- Tab. 12: Entwicklung der Adipositas der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 13: Vorgängige Behandlungsversuche der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 14: Begleiterkrankungen der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 15: Medikamente der eingeschlossenen Teilnehmenden.
- Tab. 16: Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und verschiedenen Therapieergebnissen.
- Tab. 17: Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter, BMI und der Teilnahme.

## **Abkürzungsverzeichnis**

BES – Binge Eating Störung

BMI – Body Mass Index

DSM-5 – Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen

GLP-1-Agonist – Glucagon-like peptide-1-Rezeptor-Agonist

KVT – Kognitive Verhaltenstherapie

LOCF – Last-Observation-Carried-Forward

SF-12 – Short Form-12 (Fragebogen)

SGLT2-Inhibitor – Sodium-Glucose-Co-Transporter-2-Inhibitor

STA-R – Skala therapeutische Allianz revised

SVDE – Schweizerischer Verband der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

WAI-SR – Working Alliance Inventory – short revised

## **Vorwort**

In Beratungen werden persönliche Inhalte und Themen von Ratsuchenden bearbeitet. Verschiedenste Charaktere mit verschiedensten Biografien und Anliegen treffen aufeinander und sollen eine zielführende Beratung bewerkstelligen. Diese Herausforderung zeigt sich ebenfalls in der Ernährungsberatung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas. Aufgrund der aktuellen Ausgangslage, geprägt von zunehmendem Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung sowie steigenden Kosten dadurch, sehe ich die Notwendigkeit, effektive Strategien für die Beratung von Personen mit Adipositas zu finden, falls von anderen Professionen stammend, adaptiert in der Ernährungsberatung zu evaluieren und je nach Relevanz einzusetzen. Ich suchte also nach jenen Einflussfaktoren, welche das Behandlungsergebnis der Ernährungsberatung verbessern können. So bin ich dabei auf das Konstrukt der Allianz gestossen.

Ich danke allen, die mich dabei unterstützt haben diese MAS-Thesis zu verfassen. Insbesondere meinen beiden Begleitenden, Prof. Dr. Jeannette Brodbeck und Prof. Dr. Martina Hörmann für die Ermutigung und Unterstützung zur Methode. Auch danke ich Anna-Barbara Sterchi sowie Livia Remund für die anregenden Gespräche beim Finden der Thematik. Für den Support zur Entstehung und Bewerkstelligung des Ethik-Antrages danke ich Dr. Andreas Melmer sowie Prof. Dr. med. Markus Laimer. Das grösste Dankeschön verdient jedoch mein wundervoller Partner, für die stets geduldige Unterstützung während der gesamten Entstehung dieser Arbeit.

# 1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas stellen eine globale gesundheitliche Herausforderung dar. In der Schweiz sind 31 % der Erwachsenen übergewichtig und weitere 13 % adipös (Bochud et al., 2017, S. 35). Während adipöse Männer gegenüber adipösen Frauen nur leicht dominieren, sind doppelt so viele Männer wie Frauen übergewichtig (ebd.). Bedingt durch die Zunahme von Übergewicht und Adipositas haben sich auch die Kosten, welche dadurch generiert werden, in den zehn Jahren zwischen 2002 bis 2012 in der Schweiz verdreifacht (Bundesamt für Gesundheit, 2019, S. 2). Übergewicht und Adipositas können ausserdem schwerwiegende, körperliche Erkrankungen, aber auch psychosoziale Folgen haben (Jensen et al., 2014, S. 104). Die veränderte Energiebilanz durch eine inadäquate Nahrungsaufnahme, mit oder ohne gleichzeitige Beteiligung der körperlichen Aktivität, ist stets eine zentrale Ursache (Avenell et al., 2004, S. 2). Die Basis jeder Adipositas Behandlung stellt deshalb die Lifestylemodifizierung dar (Jensen et al., 2014, S. 114; Yumuk et al., 2015, S. 407). Ernährungsberatung ist zur Verbesserung der Qualität der Ernährung sowie zur Gewichtsreduktion effektiv (Mitchell et al., 2017, S. 1960). Ernährungsberaterische Fachpersonen bedienen sich physiologischer und psychologischer Elemente (Diedrichsen, 1993, S. 23; Pudiel & Westenhöfer, 2003, S. 258; Rufener, 2016, S. 48). Sie praktizieren einen eklektischen Beratungsansatz, da sie verschiedene Methoden unterschiedlicher psychotherapeutischer Konzepte nutzen (Diedrichsen, 1993, S. 23; Rufener, 2016, S. 48).

Diverse Untersuchungen bestätigen, dass gute kommunikative Skills der ernährungsberaterischen Fachperson die Beratung relevant beeinflussen (Cant & Aroni, 2008; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014, S. 149–152; Hancock et al., 2012, S. 277–282; Sladdin et al., 2017, S. 465). Eine insuffiziente Kommunikation und ungenügende ernährungsberaterische Skills wurden sogar mit einem schlechteren Erfolg (Whitehead, 2015, S. 179), einem reduzierten Übereinkommen für Vereinbarungen (Parkin et al., 2014, S. 146–147) sowie einer niedrigeren Compliance assoziiert (Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014, S. 152). Daher erstaunt es nicht, dass ernährungsberaterische Fachpersonen nicht nur edukative, sondern auch therapeutische und beraterische Skills benötigen (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 138; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014, S. 152; Gesser-Edelsburg & Birman, 2018, S. 4). Somit scheint es von grosser Bedeutung zu sein, Wirkfaktoren der Ernährungsberatung auf den Behandlungserfolg bei Adipositas zu kennen, um diese frühzeitig anstreben zu können.

Lambert und Barley (2001, S. 358) schätzen die Wirkfaktoren auf den Therapieerfolg in der Psychotherapie wie folgt ein: 40 % durch Faktoren ausserhalb der Therapie, 30 % durch

unspezifische Wirkfaktoren, darunter gehören die therapeutische Beziehung, Empathie oder Herzlichkeit, 15 % durch Faktoren der Erwartungshaltung und 15 % durch Faktoren der therapeutischen Technik. Die therapeutische Allianz macht ca. 10 % des Therapieerfolges aus, was der grösste Anteil ist, wenn alle Faktoren isoliert betrachtet werden (ebd., S. 358). Auch bestätigen diverse Metaanalysen in der Psychotherapie, dass ein eindeutiger signifikanter Zusammenhang zwischen einer frühen sowie besseren therapeutischen Allianz und einem besseren Therapieerfolg besteht (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445). Ob eine frühe bessere Allianz auch in der Ernährungsberatung oder in der Ernährungsberatung bei Adipositas mit einem besseren Erfolg im Zusammenhang steht, ist bis heute unzureichend untersucht worden (Krukowski et al., 2019, S. 369). Lediglich eine überschaubare Anzahl von Arbeiten haben die Allianz überhaupt im Rahmen der Ernährungsberatung oder der Adipositas Behandlung untersucht (Krukowski et al., 2019, S. 368–372; Murray et al., 2019, S. 1–13; Nagy et al., 2018, S. 1–6; Sturgiss et al., 2016, S. 376–379). Bordin folgend kann angenommen werden, dass die therapeutische Allianz auch in andere Therapien, sowie andere Bereiche als der Psychotherapie, übertragen werden kann (Bordin, 1979, S. 252). Demnach ist es naheliegend, dass das Konzept der therapeutischen Allianz auch auf die Ernährungsberatung übertragen werden kann.

Die vorliegende Arbeit möchte folglich den Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg bei erwachsenen Personen mit Adipositas im Kontext der Ernährungsberatung untersuchen. Die zentrale Fragestellung lautet daher: Hängt eine bessere Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn (nach vier Beratungen) mit einer höheren Gewichtsreduktion, einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität oder einer höheren Behandlungszufriedenheit nach elf Monaten einer ambulanten Ernährungsberatung bei adipösen Erwachsenen zusammen?

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie können helfen, die Bedeutung der Allianz in der Ernährungsberatung zu evaluieren. Zeichnet sich die Allianz auch in der Ernährungsberatung für den Behandlungserfolg als entscheidend ab, sollte der Allianz in der Ernährungsberatung eine grössere Bedeutung zukommen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung oder der Supervision (Horvath et al., 2011, S. 15; Sharpless et al., 2010, S. 351). Ernährungsberaterische Fachkräfte könnten zudem instruiert werden, den Empfehlungen von Fachpersonen folgend (Flückiger et al., 2018, S. 333; Horvath et al., 2011, S. 15; Sharpless et al., 2010, S. 351), die Erfassung der Allianz in den Klinikalltag zu integrieren. Dies würde Thematisierungen mit den Betroffenen und dadurch Anpassungen der Vorgehensweisen in

der Beratung ermöglichen, wodurch möglicherweise Behandlungsabbrüchen vorgebeugt werden könnte (Boswell et al., 2015, S. 13; Norcross & Wampold, 2011, S. 101).

Um die Fragestellung zu beantworten, wurden bestehende Fragebögen zur Allianz gesichtet und ein Fragebogen sowie eine Subskala eines Fragebogens zur Erfassung der Allianz in den Prozessablauf der Ernährungsberatung am Inselspital implementiert. Schliesslich wurden Zusammenhänge zwischen der Allianz und den verschiedenen Behandlungsergebnissen, respektive den Merkmalen von Ratsuchenden sowie Unterschiede in der Allianz von Ratsuchenden mit oder ohne einer Binge Eating Störung (BES) untersucht.

Die schriftliche Arbeit beleuchtet im Folgenden zuerst zentrale Themen und Begriffe und gleichzeitig werden Begriffsdefinitionen und Eingrenzungen für diese Arbeit vorgenommen. Auf der Theorie basieren die Fragestellungen und Hypothesen. Im Methodenteil sind das Forschungs-Design und die Pilotstudie mit der Stichprobe, dem observierten Behandlungs-Setting, den Ein- und Ausschlusskriterien, der Datenerhebung und -aufbewahrung, den Störfaktoren, dem statistischen Vorgehen sowie den Aspekten der Ethik und des Datenschutzes beschrieben. Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse, die Prüfung der Hypothesen und eine Beantwortung der Forschungsfragen. Schliesslich werden die Ergebnisse und die Methode diskutiert und die Limitationen dieser Pilotstudie aufgezeigt. Die Schlussfolgerung fasst Relevantes für die Berufspraxis und die weiterführende Forschung zusammen und schafft einen Ausblick auf Empfehlungen, die aus dieser Untersuchung hervorgehen. Eine persönliche Reflexion bildet das Schlusswort dieser Arbeit.

Diese Thesis beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Arbeitsallianz, weshalb die Themen der Adipositas und der BES nur soweit, wie für das Verständnis nötig, vertieft werden. Die Thematisierung der verschiedenen Allianz Fragebögen sowie der dahinterliegenden Therapieausrichtungen begrenzt sich auf die Sichtung der Fragebögen, zur Auswahl eines geeigneten Fragebogens für diese Untersuchung.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Im Theorieteil dieser Arbeit werden erst die Begriffe Ernährungsberatung und Ernährungstherapie betrachtet. Eine Begriffsdefinition und Verwendung für diese Arbeit schliesst dieses Kap. ab. Eine Beschreibung der Adipositas und der BES erläutert deren Ursachen, Folgen, Ziele und Therapien. Den Hauptteil dieser Arbeit bildet die Differenzierung zwischen der therapeutischen Beziehung, der therapeutischen Allianz sowie der Arbeitsallianz nach Bordin. Auch hier werden Begriffsdefinitionen, aber auch Abgrenzungen für diese Arbeit vorgenommen. Anschliessend werden Besonderheiten im Bilden einer Allianz mit Personen

mit Adipositas und einer BES beschrieben. Auch wird der Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg und der Einfluss von wichtigen Faktoren auf die Allianz sowie den Allianz-Erfolg-Zusammenhang beleuchtet. Abschliessend werden allgemeine und besondere Aspekte zusammengefasst, welche Behandelnde beachten können, um mit Personen mit Adipositas oder mit einer BES stärkere Allianzen bilden zu können.

## 2.1 Ernährungsberatung versus Ernährungstherapie

Die schweizerische Ausbildungsstätte der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, die *Berner Fachhochschule Ernährung und Diätetik* verwendet wie der *Schweizerische Verband der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen* (SVDE) die Berufsbezeichnung Ernährungsberatung (Berner Fachhochschule, 2020, o.S.; Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen, 2020, o.S.).

Honigmann-Gianolli (2011, S. 15) definiert Ernährungsberatung wie folgt:

Die Ernährungsberatung ist eine personenzentrierte, professionelle Beratung, die sich auf Ernährungsthemen und Ernährungsprobleme bezieht und das Ziel hat, über Ernährungsverhaltensänderungen die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern und die Behandlung einer Krankheit oder das Leben mit einer Krankheit positiv zu unterstützen.

In der Schweiz erfolgt die Ernährungsberatung aufgrund einer Verordnung durch die Ärzteschaft bei ernährungsbedingten Erkrankungen (Rufener, 2016, S. 27). Die ausführenden Fachpersonen werden Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen genannt, im Nachbarland Österreich heissen diese jedoch Diätologen und Diätologinnen (ebd., S. 22). Die Ausbildungsstätte in Bern bezeichnet diese gleichzeitig auch als ernährungstherapeutische Fachpersonen (ebd.). Somit vermischt sie die Begriffe und die Thematik der Therapie mit der Beratung.

Im Nachbarland Deutschland wird Ernährungsberatung hingegen nur für Gesunde zur Primärprävention und Gesundheitsförderung angeboten (Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung, 2019, S. 6). Kranke erhalten bei ernährungsbedingten Erkrankungen oder krankheitsbedingten Ernährungsproblemen dagegen Ernährungstherapie (ebd., S. 8). Die Ernährungstherapie in Deutschland führen ausserdem Diätassistenten und Diätassistentinnen aus oder mit ähnlichen Qualifikationen auch Oecotrophologen und Oecotrophologinnen sowie Ernährungswissenschaftler und

Ernährungswissenschaftlerinnen (ebd.). Es fehlt somit eine einheitliche Berufsbezeichnung sowie eine Nutzung der Begriffe der Ernährungsberatung oder -therapie im deutschsprachigen Raum. Die Schwierigkeit der Trennung zwischen Beratung und Therapie zeigt sich auch im Bereich der Psychologie (Warschburger, 2009, S. 21). Die Psychotherapie unterscheidet sich von der Beratung vor allem aufgrund des rechtlich geschützten Titels und ist nur beim Bestehen von Problemen mit „Krankheitswert, d.h. Störungen indiziert“ (ebd., S. 22-23). Beratung darf hingegen nicht bei Störungen mit Krankheitswert angeboten werden (ebd., S. 24). Die frühere Unterscheidung zwischen Therapie und Beratung wird aber auch hinterfragt, da eine klare Trennung zwischen gesund oder krank oft unmöglich ist (Merkle & Knopf, 2005, S. 25; Pudel & Westenhöfer, 2003, S. 256).

Im englischsprachigen Raum wurden in der Vergangenheit die Bezeichnungen *Nutritionist* oder *Dietitian* verwendet und seit 2010 ist in den USA der gesetzlich geschützte Begriff *Registered Dietitian Nutritionist* erschienen (Marcason, 2015, S. 484). International wird allgemein der Begriff *Dietitian* oder *Clinical Dietitian* verwendet (International Confederation of Dietetic Associations, 2004, S. 3–4). *Clinical Dietitian* bezeichnet eine Fachperson, welche bezüglich klinischer Ernährung und Diätetik sowie für die Prävention und Therapie von Erkrankungen spezialisiert ist (ebd.).

In dieser Arbeit verwende ich die Berufsbezeichnung Ernährungsberatung gemäss dem SVDE und beziehe mich in der Bedeutung auf die Definition von Honigmann-Gianolli (2011, S. 15). Da die Bezeichnung Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen wenig praktikabel ist und ernährungstherapeutische Fachpersonen keine schlüssige Begriffsverwendung erlauben würde, adaptiere ich diesen Begriff zu ernährungsberaterischen Fachpersonen. Deshalb entscheide ich mich in dieser Arbeit für die Definitionen der Beratung, obschon die Ernährungsberatung in der Schweiz ihre Arbeit nicht nur zum Gesundheitserhalt, sondern auch bei ernährungsbedingten Erkrankungen, wie der Adipositas, ausführt.

## **2.2 Adipositas**

### **Definition**

Adipositas bedingt eine übermässige Fettmasse, welche zur Einschränkung der Gesundheit führen kann (Bischoff, 2018a, S. 16). Für eine im klinischen Alltag vereinfachte Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas werden statt der Körperfettbestimmungen der Body Mass Index (BMI) und die entsprechenden Kategorien genutzt (ebd.). Der BMI entspricht gemäss der *World Health Organization* (2020, o.S.) „a person’s weight in kilograms divided by the

square of the person's height in metres". Die Bedeutungen der BMI-Kategorien sind in der Abb. 1 dargestellt (ebd.). Somit ist eine Adipositas gegeben, wenn ein BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> erfüllt wird (ebd.).

BMI	Nutritional status
Below 18.5	Underweight
18.5-24.9	Normal weight
25.0-29.9	Pre-obesity
30.0-34.9	Obesity class I
35.0-39.9	Obesity class II
Above 40	Obesity class III

Abb. 1: BMI-Kategorien gemäss der *World Health Organization* (2020, o.S.).

### Ursachen und Folgen

Obschon angenommen wird, dass die Genetik bis zu 50 % der Varianz des Gewichts ausmachen kann (Blüher et al., 2013, S. 49), werden nebst diesem Faktor auch Faktoren der Umwelt, der Sozioökonomie und der Kultur für eine Adipositas verantwortlich gemacht (Bischoff, 2018c, S. 44). Eine positive Energiebilanz ist stets gleichzeitig vorhanden und kommt durch eine erhöhte Energiezufuhr über die Ernährung und/oder einen zu niedrigen Energieverbrauch zustande (ebd., S. 43). Dadurch können diverse Umstände zur Gewichtszunahme beitragen: Beispielsweise der Lebensstil, Medikamente, endokrine oder depressive Erkrankungen, Essstörungen, ein Rauchstopp, eine erhöhte oder verminderte Schlafdauer, eine verminderte körperliche Aktivität oder chronischer Stress (Durrer Schutz et al., 2019, S. 46).

Die körperlichen Folgen der Adipositas sind weitreichend. Durch die Fettablagerungen können Veränderungen an diversen Organsystemen, wie beispielsweise an der Leber, dem Herz oder dem Muskel entstehen. Auch die Gefässe, die Gelenke, der Magen-Darm-Trakt, die Darmflora, das Fettgewebe und der Fettstoffwechsel können maligne Veränderungen aufweisen und es können Folgeerkrankungen wie Diabetes und Fettstoffwechselstörungen, aber auch Herz-Kreislauf-, Tumor- und Gelenkerkrankungen resultieren (Bischoff, 2018b, S. 127–128).

Personen mit Adipositas leiden auch öfters an psychischen Erkrankungen wie depressiven Störungen, Angststörungen sowie somatoformen Störungen, infolge dessen die Lebensqualität reduziert sein kann (Baumeister & Härter, 2007, S. 1162). Ausserdem scheinen Personen mit Adipositas vermehrt gewichtsbezogenen Stigmatisierungen ausgesetzt zu sein,

welche zu psychischer Belastung führen können (Friedman et al., 2005, S. 910–912). Zunehmende Erfahrungen von Stigmatisierungen bezüglich dem Gewicht, verinnerlichte Stigmatisierungen oder auch Sorgen betreffend eigenem Körperbild fördern bei den Betroffenen wiederum den Wunsch nach einer grösseren Gewichtsreduktion (Jung et al., 2017, S. 147). Der Wunsch nach einer grösseren Gewichtsreduktion ist ebenfalls ausgeprägter, wenn Betroffene einen höheren BMI haben, versuchen ihr Gewicht zu reduzieren, weiblich oder jünger sind (ebd., S. 144-145). Friedman et al. (2005, S. 914) vermuten Stigmatisierungen als eine Ursache für gewichtsbezogene Scham. Personen mit Adipositas präsentieren entsprechend ausgeprägtere Schamgefühle als normal- oder übergewichtige Personen (Pila et al., 2016, S. 103). Gemäss Conradt (2008, S. 1131), bezugnehmend auf Lewis 1993, ist Scham „ein äusserst negativer emotionaler Zustand, welcher mit Gefühlen der Entblössung oder einer Wertlosigkeit einhergeht [Übersetzung durch die Verf.]“. Auf gewichtsbezogene Scham können Personen mit Adipositas mit vermehrter Selbstkritik, Problemvermeidung oder sogar einem sozialen Rückzug reagieren (ebd.). Eine Untersuchung mit übergewichtigen und adipösen, weiblichen Teilnehmenden eines Gewichtsreduktionsprogrammes bestätigt, dass Personen mit einem höheren BMI nebst mehr externalen Schamgefühlen auch unter mehr Selbstkritik, Unsicherheit sowie negativen und wenig positiven Emotionen bezüglich ihrem Gewicht litten (Duarte et al., 2017, S. 7).

### **Therapieziele**

Eine Adipositas Behandlung beabsichtigt eine Gewichtsabnahme und gleichzeitig eine Reduktion der Komorbiditäten und/oder der dafür bestehenden Risikofaktoren (Hauner et al., 2013, S. 267; Jensen et al., 2014, S. 113). Europäische Guidelines betonen jedoch, dass nicht nur die Gewichtsabnahme als Ziel fokussiert werden soll (Durrer Schutz et al., 2019, S. 50; Yumuk et al., 2015, S. 408). Auch die Verbesserung der Lebensqualität, der Gesundheit, des Selbstwerts und des Körperbilds stellen ebenbürtige Ziele dar (Durrer Schutz et al., 2019, S. 50–53; Yumuk et al., 2015, S. 408). Es betonen alle Fachpersonen, dass realistische und individuelle Ziele mit den Betroffenen vereinbart werden sollen (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 130; Hauner et al., 2013, S. 267; Jensen et al., 2014, S. 113). Dabei erwähnen Hauner et al. (2013, S. 268) als einzige, dass gelegentlich eine Gewichtsstabilisierung als erfolgreich betrachtet werden kann, da Personen mit Adipositas im Jahr durchschnittlich ½ bis 2 Kilogramm zunehmen können.

### **Therapie**

Zur Behandlung der Adipositas können Veränderungen in der Ernährung und/oder der Bewegung, die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), eine medikamentöse Therapie oder eine

bariatrische Behandlung zum Einsatz kommen (Jensen et al., 2014, S. 109; Yumuk et al., 2015, S. 407). Ernährungsberaterische Fachkräfte kombinieren in der Ernährungsberatung Elemente der Ernährung, der Bewegung und der Verhaltenstherapie (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 139).

### *Ernährungsberatung bei Adipositas*

Das zentralste Element der Ernährungsberatung in der Adipositas Behandlung für eine Gewichtsreduktion stellt die Instruktion der Kalorienreduktion über die Ernährung dar (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 131–135). Daher soll die ernährungsberaterische Fachkraft ein Defizit von 500–750 Kilokalorien pro Tag empfehlen (ebd., S. 131). Um sich die nötige Mengenreduktion vorstellen zu können, kann folgendes Beispiel genannt werden: 500 Kilokalorien entsprechen etwa einer Tafel Milkschokolade, drei Gläsern Vollmilch oder drei handflächengrossen und fingerbreiten Stück Ruchbrot (Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, 2019, o.S.). Das Kaloriendefizit für eine Gewichtsreduktion kann über verschiedene Strategien erfolgen und soll vor allem den Bedürfnissen sowie dem Metabolismus der Betroffenen angepasst werden (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 131–134; Jensen et al., 2014, S. 120–122).

Ernährungsberaterische Fachpersonen sollen Personen mit Adipositas zudem bei Bedarf unterstützen, wenn keine Kontraindikationen bestehen, ihre körperliche Aktivität schrittweise zu steigern (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 137). Eine körperliche Aktivität von mehr als zwei Stunden und 30 Minuten pro Woche kann einen Gewichtsverlust von 2 - 3 kg und eine Aktivität von mehr als drei Stunden und 45 Minuten pro Woche kann einen Verlust von 5 - 7.5 kg bewirken (Donnelly et al., 2009, S. 462).

### *Kognitive Verhaltenstherapie*

Fachleute empfehlen Elemente der KVT einzusetzen, wie beispielsweise die Selbstbeobachtung, die kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Gedanken oder die Stimuluskontrolle (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 138–139; Yumuk et al., 2015, S. 412). Komponenten der KVT können durch Fachpersonen der Psychotherapie, aber auch durch solche der Ernährungsberatung erfolgen (Yumuk et al., 2015, S. 412). Ernährungsberaterische Fachpersonen sollen gemäss der *Academy of Nutrition and Dietetics* (2016, S. 138–139) auch das Stressmanagement, eine Reduktion der Essgeschwindigkeit sowie Möglichkeiten zum Mahlzeitenersatz oder zur Kontrolle von Portionen thematisieren. Nebst der KVT sieht sie auch die Akzeptanz- und Commitment-Therapie oder die motivierende Gesprächsführung, wobei die motivierende Gesprächsführung keine eigenständige Therapierichtung, sondern eine spezifische Gesprächsmethode darstellt, als zielführend zur Verhaltensänderung (ebd.).

## Medikamentöse und operative Behandlung

Zur medikamentösen Therapie sind in der Schweiz Orlistat und seit 2020 Saxenda zugelassen (Bundesamt für Gesundheit, 2020, o.S.). Eine operative Behandlung kann ab einem BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> erfolgen, wenn nach zweijährigem konservativen Behandlungsversuch kein BMI < 35 kg/m<sup>2</sup> erreicht oder gehalten werden kann (Hauser et al., 2018, S. 7–8).

## 2.3 Binge Eating Störung

### Definition

Unter Teilnehmenden an Gewichtsreduktionsprogrammen sind gemäss de Zwaan (2002, S. 289) ca. 30 % und nach Marcus et al. (1985, S. 167) sogar bis zu 50 % von einer BES betroffen. Frauen scheinen doppelt bis dreifach so häufig betroffen zu sein wie Männer (Hudson et al., 2007, S. 4). Eine BES ist eine Essstörung und nach den diagnostischen Kriterien des aktuellen *Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen* (DSM-5®) (Falkai & Wittchen, 2015, S. 200) gegeben, wenn „im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten“ Essanfälle auftreten, welche eine erhebliche Belastung darstellen. Es müssen zudem weitere Kriterien erfüllt sein (siehe folgende Abb. 2).

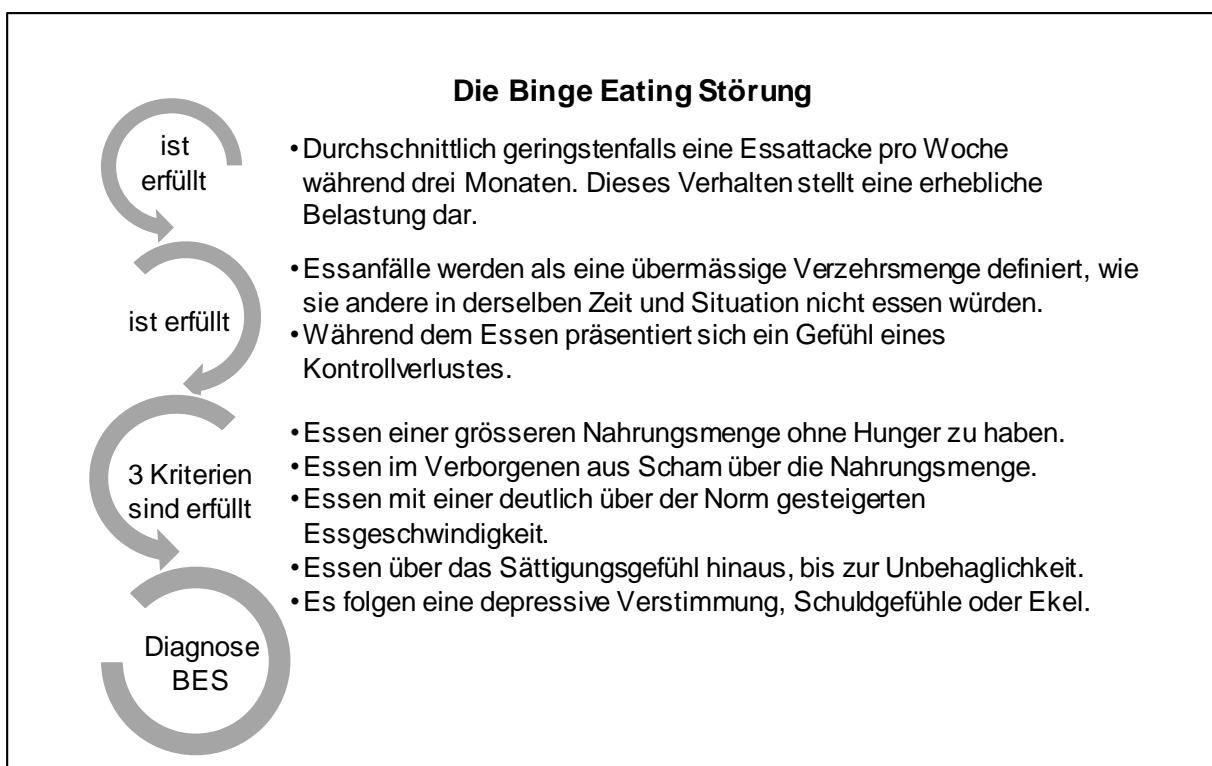


Abb. 2: Diagnostische Kriterien der BES (in Anlehnung an: Falkai & Wittchen, 2015, S. 200).

Die Essanfälle vermögen meist über eine Emotionsregulation und einen Spannungsabbau die Stimmungszustande zu verändern (Munsch et al., 2011, S. 16–17). Nebst einer ausgeprägteren Esspathologie zeigen sich Personen mit einer BES gegenüber Personen mit Adipositas ohne eine BES ausserdem deutlich stärker beeinträchtigt durch eine Körperbildstörung, eine allgemeine Psychopathologie und eine schlechtere Lebensqualität (Latner & Clyne, 2008, S. 10). Betroffene mit einer BES machen ihren Selbstwert, ähnlich wie Personen mit einer Bulimia Nervosa, also einer Ess- und Brechsucht, übermässig von ihrer Figur und ihrem Gewicht abhängig (ebd., S. 11). Verstärkte Gefühle der Hilflosigkeit und Unzulänglichkeit können den Selbstwert weiter reduzieren und infolgedessen können Betroffene eher zwischenmenschliche Konflikte erleben (Kenardy et al., 1996, S. 843). Eine BES kann sich im Vergleich zur alleinigen Adipositas ausserdem in einem höheren Schweregrad der Adipositas zeigen (Allison & Lundgren, 2006, S. 110).

### **Ursachen und Folgen**

Die Entstehung einer BES ist gemäss Munsch et al. (2011, S. 35) multifaktoriell bedingt. Somit ist die Entstehung ein Zusammenspiel aus „Faktoren, die das Risiko für allgemein psychische Störungen erhöhen, und andererseits Faktoren, die das Risiko für unkontrolliertes, emotionales Essverhalten bzw. Übergewicht und Adipositas erhöhen“ (ebd., S. 35-36). Faktoren, welche psychische Störungen bei BES Betroffenen fördern, untersuchten Fairburn et al. (1998, S. 431): Es sind Erfahrungen von „negativer Selbstbewertung; elterliche Depression (jemals); schädliche Kindheitserfahrungen (sexueller und körperlicher Missbrauch und eine Reihe elterlicher Probleme); wiederholter Exposition von negativen Bemerkungen durch Familienangehörige bezüglich der Körperform, dem Gewicht oder dem Essverhalten [Übersetzung durch die Verf.]“. Ausserdem begünstigt ein Perfektionismus hohe Anforderungen an das Selbst, wodurch eine psychische Belastung resultieren kann (Munsch et al., 2011, S. 38). Das unkontrollierte und emotionale Essverhalten kommt gemäss Munsch et al. (ebd., S. 35-39) einerseits durch prädisponierende Faktoren für Übergewicht und Adipositas in der Kindheit und andererseits durch gegenwärtige, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren zustande. Die Faktoren, welche Übergewicht oder Adipositas begünstigen, wurden im Kap. 2.2 genannt. Als gegenwärtige Auslöser von unkontrolliertem sowie emotionalem Essverhalten sehen Munsch et al. (ebd., S. 39-40) das Erleben von Stress und von negativen Affekten sowie einer defizitären Impuls- und Emotionsregulation. Ein ungünstiges Ess- und Ernährungsverhalten sowie Konditionierungseffekte können die Essanfälle aufrechterhalten (ebd., S. 39-41).

Die körperlichen Folgen der BES sind wegen des gleichzeitig auftretenden, oft zu hohen Körpergewichts, mit denjenigen der Adipositas vergleichbar (ebd., S. 16). Allerdings können

Personen mit einer BES häufiger als Personen mit Adipositas von zusätzlichen psychischen Störungen betroffen sein (Wonderlich et al., 2009, S. 691).

### **Therapieziele**

Die Ziele der Behandlung fokussieren einerseits auf das Management der Symptome, insbesondere die Essanfälle und die essstörungsspezifische Psychopathologie, andererseits auf die psychischen Beschwerden, wie beispielsweise die Selbstwert- und Schamproblematik und schliesslich auf die Affektregulation und die komorbiden psychischen Störungen (Hilbert et al., 2018, S. 252). Eine Gewichtsreduktion zu erzielen wird primär nicht empfohlen, auch wenn dies Betroffene wünschen (Hilbert et al., 2018, S. 253; Munsch et al., 2011, S. 58; National Institute for Health and Care Excellence, 2020, S. 4). Die Empfehlung beruht auf der Annahme, dass eine Energierestriktion Hunger und somit Essanfälle triggern kann (Munsch et al., 2011, S. 41). Munsch et al. (ebd., S. 59) sowie Treasure et al. (2010, S. 589) empfehlen jedoch, eine Stabilisation des Körpergewichts anzustreben.

### **Therapie**

Die BES wird gemäss den Empfehlungen der deutschen S3-Leitlinie *Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* primär mittels Psychotherapie, insbesondere der KVT oder der interpersonellen Psychotherapie behandelt (Hilbert et al., 2018, S. 262–263). Während manualisierte Selbsthilfeprogramme, basierend auf der KVT, befürwortet werden können, existiert weiterhin keine medikamentöse Therapie (ebd., S. 263). Eine Off-Label-Use Psychopharmakotherapie soll aufgrund der regen Nebenwirkungen nur erwogen werden, „wenn Psychotherapie abgelehnt wird oder nicht zum Erfolg führt“ (ebd., S. 263). Wie Hilbert et al. hier Erfolg definieren, bleibt unklar. Konservative Behandlungen zur Gewichtsreduktion sind insbesondere Betroffenen mit einer komorbiden Adipositas zu empfehlen oder Personen, bei welchen eine alleinige Psychotherapie unzureichend erscheint (ebd.).

Weder der Behandlungspfad *Managing eating disorders* des *National Institute for Health and Care Excellence* (2020, S. 1–14), respektive ihr Behandlungspfad *Eating disorders overview* (National Institute for Health and Care Excellence, 2017, S. 1–11), noch die deutsche S3-Leitlinie *Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, 2018, S. 1–341)* bezieht Stellung, welche Funktion die Ernährungsberatung im Kontext der BES hat. Dies resultiert wahrscheinlich aus der mangelhaften Evidenz in diesem Bereich. Eine Untersuchung von Hart et al. (2011, S. 149–151) bestätigt die mangelhafte Evidenz zur Effektivität von Ernährungsinterventionen bei Personen mit einer Essstörung. Mehrere ältere Quellen nennen

nur deren Wichtigkeit in der Behandlung einer Essstörung (Hepp & Milos, 2010, S. 838; Ozier & Henry, 2011, S. 1236; Thomas, 2000, S. 59). Die Untersuchung von Hart et al. (2011, S. 147–149) macht die Vielfalt der empfohlenen Interventionen von erfahrenen Ernährungsberatern in der Behandlung von Personen mit Essstörungen sichtbar. Sie führen mehr als 100 Interventionen oder Themen auf und nennen beispielsweise das Thematisieren der irrationalen und negativen Überzeugungen bezüglich des Essens, dem Gewicht oder der Figur sowie der Annahmen zur Regulation des Körpergewichts. Unter Verhaltensstrategien erwähnen sie beispielsweise das Einhalten von regelmässigen Mahlzeiten, ohne das Auslassen von Mahlzeiten nach einem Essanfall sowie von gesunden Bewältigungsstrategien zum Wiedererreichen der Kontrolle nach einem Essanfall. Unter der Kategorie *Nutrition Counseling, developing rapport & the therapeutic alliance* nennen sie beispielsweise: Eine unterstützende Beziehung einer konfrontierenden vorzuziehen, die Empfehlung mit den Ratsuchenden zusammenzuarbeiten und erreichbare Ziele zu vereinbaren (ebd., S. 147-148). Nicht zuletzt empfehlen sie, Ratsuchenden empathisch, warm, geduldig, zuversichtlich, neugierig und ermutigend zu begegnen (ebd.). Es ist an der Zeit zu klären, was denn nun die therapeutische Allianz ist.

## **2.4 Therapeutische Allianz versus therapeutische Beziehung**

Es soll zuerst geklärt werden, was den Unterschied zwischen der Allianz und der Beziehung erklärt. Wird dazu die therapeutische Allianz, respektive die therapeutische Beziehung betrachtet, fällt auf, dass unterschiedliche Annahmen bestehen. Gemäss Brockmann et al. (2011, S. 209), mit Bezugnahme auf Henry und Strupp 1994 sowie Hentschel 2005, kann der Begriff der therapeutischen Allianz synonym mit dem der therapeutischen Beziehung benutzt werden. Andere verstehen die therapeutische Allianz jedoch als einen Aspekt der therapeutischen Beziehung (Gelso, 2011, S. 5; Horvath et al., 2011, S. 9; Norcross & Wampold, 2011, S. 99). Auch Sachse (2016, S. 19–20) unterscheidet die 2 Konzepte und setzt die therapeutische Beziehung mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung gleich. Jedoch umfasst die therapeutische Allianz gemäss Sachse (ebd., S. 20) weit mehr als die Beziehung. Ihm zufolge beinhaltet die Allianz sowohl den Beitrag der Therapierenden, als auch der Ratsuchenden und wie die beiden Parteien gemeinsam funktionieren (ebd.). Die therapeutische Beziehung, respektive die Beziehungsgestaltung beinhaltet nach Sachse (ebd., S. 19) mit Bezug auf Watson und Greenberg 1994 nur die Beiträge, welche Therapierende zur Beziehung beitragen. Als therapeutische Beziehung definierten Gelso und Carter (1985, S. 159) „die Gefühle und Einstellungen, die Beratungsteilnehmende gegenseitig haben und die Art und Weise, wie diese ausgedrückt werden [Übersetzung durch die Verf.]“.

Gelso (2011, S. 5) erklärt den Unterschied zwischen der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Allianz vor allem darin, dass die Allianz sich statt auf Aspekte der Beziehung auf solche der Arbeit in der Psychotherapie bezieht. Während die therapeutische Beziehung eine persönliche Bindung beinhaltet, fokussiert die therapeutische Allianz auf die Arbeitsbindung, also die Verbundenheit der involvierten Personen bezüglich der Arbeit in der Therapie (ebd., S. 66).

Lambert und Barley (2001, S. 358) erklären das Dilemma der unterschiedlichen Annahmen:

In discussing client-therapist relationship factors, it is difficult to conceptually differentiate between therapist variables (e.g., interpersonal style, therapist attributes), facilitative conditions (empathy, warmth, congruence), and the therapeutic alliance. These concepts are not mutually exclusive or distinct, but are interdependent and overlapping.

Klar ist, dass sowohl die therapeutische Allianz als auch die therapeutische Beziehung theoretische Konstrukte sind (Martin et al., 2000, S. 438; Sachse, 2016, S. 10). In dieser Arbeit geht es um das Konstrukt der therapeutischen Allianz, weshalb dasjenige der therapeutischen Beziehung und ob die Allianz nun mehr oder weniger als die Beziehung ist, nicht weiter vertieft wird, da es der Autorin für diese Thesis irrelevant erscheint. Da sich die Konstrukte aber überschneiden können, ist es möglich, dass Aspekte der Beziehung thematisiert werden. Ist in dieser Arbeit von der therapeutischen Beziehungsgestaltung die Rede, so bezieht sich diese, nach dem Verständnis von Sachse (2016, S. 19), überwiegend auf den Beitrag der Behandelnden zur Beziehung. Die Bezeichnung therapeutische Beziehung basiert in dieser Arbeit auf der Definition von Gelso und Carter (1985, S. 159) und bezieht sich demnach auf die persönliche Interaktion und den Ausdruck von Gefühlen zwischen Ratsuchenden und Therapierenden. Dementsprechend unterscheiden sich in dieser Arbeit die therapeutische Beziehung und die therapeutische Beziehungsgestaltung von der therapeutischen Allianz.

Im Folgenden wird die Allianz im Kontext der Beratung betrachtet. Da dies viele Fragen offen lassen würde und ernährungsberaterische Fachpersonen sich psychologischer Konzepte und Theorien bedienen (Diedrichsen, 1993, S. 23; Rufener, 2016, S. 48), wurde zum besseren Verständnis die Allianz im Kontext der Psychotherapie gesichtet. Mitunter wird dabei das Konzept der Arbeitsallianz nach Bordin beleuchtet, da dieses in dieser Untersuchung die Basis des primären Fragebogens zur Erfassung der Allianz darstellt. Es werden anschliessend Besonderheiten in der Arbeitsallianz mit Personen mit Adipositas und einer BES beschrieben. Das darauffolgende Kap. beschreibt relevante Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang. Abschliessend werden allgemeine Aspekte und solche

zusammengefasst, welche Behandelnde beachten können, um mit Personen mit Adipositas oder einer BES eine stärkere Allianz bilden zu können.

## **2.5 Arbeitsbündnis versus therapeutische Allianz**

### **Die Definition der Allianz im Beratungskontext**

Wird die Allianz im Beratungskontext beleuchtet, so wird diese von verschiedenen Autorenschaften, welche im Beratungskontext Bücher verfasst haben, überhaupt nicht erst erwähnt (Behr et al., 2017; Gahleitner, 2019; Nußbeck, 2019; Schubert et al., 2019). Nestmann (2007, S. 793) äussert sich bezüglich der Allianz und spricht vom „beraterischen Arbeitsbündnis“. Als zentrale Aspekte eines beraterischen Arbeitsbündnis nennt Nestmann (ebd.) „das Bemühen um Verständnis des Klienten, das Bemühen um die Entwicklung einer konstruktiven Zusammenarbeit und das Bemühen, die jeweilige Beratungstheorie in einer realen Beratungspraxis den gegebenen Verhältnissen und den beteiligten Personen anzupassen“. Diese Aspekte führt er nicht weiter aus. Klar wird, dass die Aufgaben des Verstehens sowie der situativen Adaption des beraterischen Vorgehens den Beratenden zukommt (ebd.). Das Bilden einer nutzbringenden Kooperation scheint Bemühungen von beiden Parteien zu benötigen. Ob dem tatsächlich so ist, beschreibt Nestmann nicht. Für ein detaillierteres Verständnis wird auch hier die Allianz im Behandlungskontext der Psychotherapie gesichtet.

### **Die Definition der Allianz in der Psychotherapie**

Zur therapeutischen Allianz in der Psychotherapie erscheinen verschiedene Begriffe, beispielsweise „therapeutic alliance, helping alliance, working alliance“ oder auch „therapeutic bond“ (Martin et al., 2000, S. 438). Durch die Verfassende übersetzt: Therapeutische Allianz, helfende Allianz, Arbeitsallianz oder Arbeitsbündnis sowie therapeutische Bindung, respektive therapeutisches Bündnis. Die therapeutische Allianz in der Psychotherapie scheint je nach Psychotherapieschule im Begriff, der Definition, aber auch der zugrundeliegenden Theorie zu variieren (ebd.). Eine einheitliche Definition fehlt somit auch in diesem Kontext. Trotzdem versuchen sich Horvath und Bedi (2008, S. 288) in einer Definition und bezeichnen die Allianz als „die Qualität und die Stärke einer gemeinschaftlichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut in einer Therapie“. In Anbetracht der Erklärungen von Gelso (2011, S. 9) kann angenommen werden, dass Horvath und Bedi hier nicht die Beziehung im engsten Sinne meinen, sondern diese auf die Arbeit und daher auf die gemeinsame Zusammenarbeit beziehen. Dies bestätigen auch Horvath et al. (2011, S. 15), welche die Allianz als ein Mass bezeichnen, wie gut Therapierende und Ratsuchende in der Therapie zusammenarbeiten.

## 2.6 Konzept der Allianz in der Psychotherapie

Eine gute Allianz zwischen Ratsuchenden und Therapierenden begünstigt, dass Ratsuchende in der Therapie bleiben (Horvath et al., 2011, S. 15). Wie eine gute, eine schlechte, eine bessere oder schlechtere sowie eine stärkere oder schwächere Allianz definiert ist, wird von keiner Autorenschaft geklärt. Das Gefühl einer konstruktiven Zusammenarbeit ermöglicht Ratsuchenden, sich auf die Therapie einlassen zu können und ihre belastenden Themen zu bearbeiten (ebd.). Gemäss Horvath et al. (ebd.) entsteht die Allianz im Behandlungsprozess dadurch, wie Therapierende ihre Interventionen gestalten. Die therapeutische Allianz stellt somit keine einzelne Intervention dar, was auch das Modell von Horvath (2000, S. 170) in der folgenden Abb. 3 zeigt. Die Qualität der Allianz unterliegt zudem einer steten Veränderung, weshalb auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie mit zunehmenden Sitzungen an Qualität gewinnen muss (ebd., S. 168).

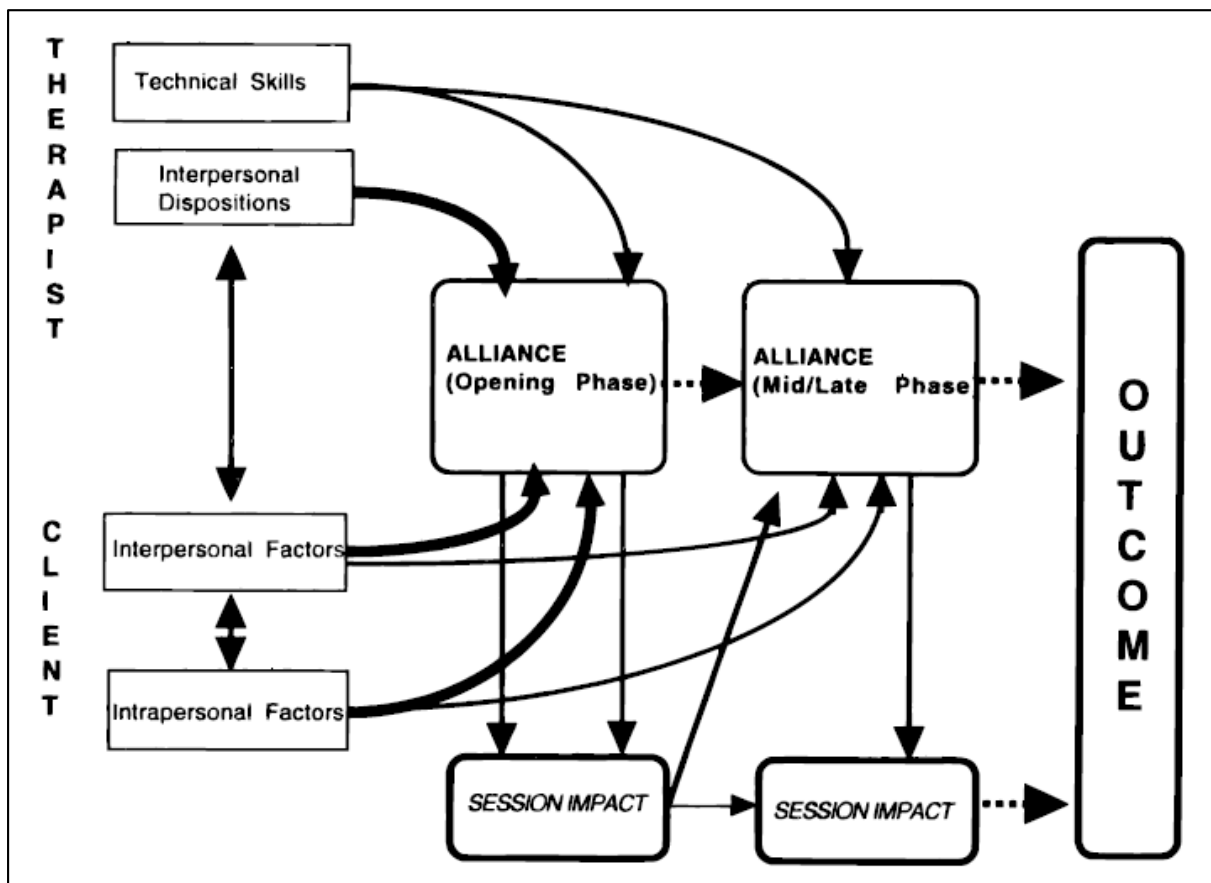


Abb. 3: Modell der Allianz in der Therapie (in: Horvath, 2000, S. 170).

Gemäss Horvath (ebd., S. 170) wirken sich verschiedene Faktoren, darunter solche von Behandelnden, aber auch von Ratsuchenden, auf die therapeutische Allianz aus. Anfangs der Therapie scheinen zwischenmenschliche Aspekte beider Parteien sowie intrapersonale

Faktoren der Ratsuchenden, darunter deren Problematiken, für die Allianzentwicklung relevanter als Interventionen der Behandelnden (ebd.). Horvath und Bedi (2008, S. 326) erklären, dass Techniken und Interventionen anfangs der Therapie nicht irrelevant sind, aber zuerst die Zusammenarbeit und das Vorgehen in der Therapie definiert werden muss, bevor zielgerichtete Interventionen zum Einsatz kommen.

### **Die Ratsuchenden**

Zwischenmenschliche Eigenschaften umfassen nach Horvath (2000, S. 170) beispielsweise soziale Fähigkeiten, Bindungsstile sowie Präferenzen für zwischenmenschliche Begegnungen. Beispielsweise können Ratsuchende mit einem sicheren Bindungsstil stärkere Allianzen mit ihren Therapierenden entwickeln, als Ratsuchende mit einem unsicheren Bindungsstil (Parish & Eagle, 2003, S. 278). Auch Ratsuchende mit positiven zwischenmenschlichen Beziehungen, respektive Objektbeziehungen, scheinen bessere Allianzen mit ihren Therapierenden realisieren zu können und Ratsuchende mit negativen zwischenmenschlichen Beziehungen oder Objektbeziehungen sogar schlechtere (Messer & Wolitzky, 2010, S. 113). Handelzalts et al. (2014, S. 160) bezeichnen Objektbeziehungen wegen der Abwesenheit einer einheitlichen Definition bezugsnehmend auf die Definitionen von Kernberg 1995, Westen 1991 sowie Greenberg und Mitchell 1983 als „die Darstellung eines Individuums von sich und anderen und den damit verbundenen Auswirkungen dieser Repräsentationen“. Also wie Personen sich und andere darstellen, wird aus früheren Beziehungen, beispielsweise zu den Eltern, gelernt und beeinflusst das spätere zwischenmenschliche Erleben (ebd., S. 160-161). Die Schwierigkeiten von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung aufgrund einiger hinderlicher zwischenmenschlicher Einstellungen oder Verhaltensweisen hinterlassen nicht nur Spuren in der Beziehungsgestaltung, sondern auch in der Allianzentwicklung (Bender, 2005, S. 74–81). Allgemein zeigen Personen, die über eine schlechtere Allianz mit ihren Therapierenden berichten, gleichzeitig mehr interpersonale Probleme (Beretta et al., 2005, S. 17–18). Diese fühlen sich den Therapierenden weniger verbunden, obschon sie Nähe wünschen (ebd.).

Von den intrapersonellen Aspekten können verschiedene Merkmale von Ratsuchenden direkt oder über zwischenmenschliche Aspekte die Allianz beeinflussen (Horvath, 2000, S. 170). Beispielsweise scheinen Ratsuchende mit einer stärkeren Eigenmotivation oder einer positiveren Erwartungshaltung bezüglich der Therapie stärkere Allianzen mit ihren Therapierenden entwickeln zu können (Messer & Wolitzky, 2010, S. 113). Ob die Ausprägung des Problems vor Behandlungsbeginn für die Allianz relevant ist, bleibt noch unklar (ebd., S. 112-113). Horvath und Bedi (2008, S. 313) schliessen wie Messer und Wolitzky (2010, S. 113)

trotz der kontroversen Ergebnisse auf keinen, respektive einen schwachen Zusammenhang zwischen der Symptomschwere vor Therapiebeginn und der therapeutischen Allianz. Horvath und Bedi (2008, S. 313–314) sehen jedoch die Möglichkeit, dass die Resultate verfälscht sind, da Ratsuchende mit stärkeren Störungen, schwächere Allianzen erfahren können und dadurch möglicherweise früher die Therapie abbrechen.

Es zeigt sich weiter, dass Ratsuchende, welche eine schlechtere Qualität einer Allianz wahrnehmen, ihre Behandelnden als nicht vertrauenswürdig, nicht hilfreich oder sogar verletzend erleben (ebd.). Auch wenn von den Ratsuchenden eine dominante oder feindselige Haltung ausgeht, können tiefere Allianzen resultieren (Muran et al., 1994, S. 187–188). Schliesslich scheint auch ein Perfektionismus Personen zu hindern, eine stärkere Allianz mit ihren Therapierenden entwickeln zu können, infolge dessen sogar das Therapieergebnis reduziert sein kann (Zuroff et al., 2000, S. 117–120).

Dahingegen gelingt es freundlichen und autoritätsgläubigen Ratsuchenden, bessere Allianzen mit ihren Behandelnden zu entwickeln (Muran et al., 1994, S. 187–188). Auch wenn Ratsuchende ihr Gegenüber als hilfreich und vertrauenswürdig wahrnehmen, können sie mit ihren Behandelnden scheinbar eine bessere Allianz entwickeln (Beretta et al., 2005, S. 16–18). Nicht zuletzt zeigen Ratsuchende, welche offen, extravertiert sowie gewissenhaft sind, dass sie bessere Allianzen mit Therapierenden entwickeln können (Coleman, 2006, S. 91).

### **Die Therapierenden**

Nebst den inter- und intrapersonalen Faktoren von Ratsuchenden, nehmen auch zwischenmenschliche Dispositionen und therapeutische Techniken von Therapierenden Einfluss auf die Allianzentwicklung (Horvath, 2000, S. 170). Gemäss Ackerman und Hilsenroth (2003, S. 28) können Therapierende, die „flexibel, erfahren, ehrlich, respektvoll, vertrauenswürdig, zuversichtlich, interessiert, aufmerksam, freundlich, warm und offen sind [Übersetzung durch die Verf.]“, stärkere Allianzen mit ihren Ratsuchenden entwickeln. Von den therapeutischen Techniken führen vor allem solche zu einer stärkeren Allianzentwicklung, welche zur „Exploration, Vertiefung, Reflexion sowie Unterstützung [Übersetzung durch die Verf.]“ beitragen (ebd.). Auch Methoden, die „erste Erfolge beachten, passende Interpretationen anbieten, den Ausdruck von Gemütsregungen erleichtern, bewegen, bestätigen, Verständnis aufbringen oder sich den Erfahrungen von Ratsuchenden widmen [Übersetzung durch die Verf.]“, scheinen bessere Allianzen hervorzubringen (ebd.).

Andererseits wurden negativere Allianzen beobachtet, wenn Therapierende persönliche Eigenschaften zeigen, welche sie „rigide, unsicher, ausbeuterisch, kritisch, distanziert, angespannt, reserviert oder unaufmerksam [Übersetzung durch die Verf.]“ verhalten lassen (Ackerman & Hilsenroth, 2001, S. 182). Ebenfalls scheinen folgende Verfahren des Gedeihens

der Allianz nicht zuträglich: „Überstrukturierung der Therapie, Versäumnis einer Therapiestruktur, unangemessene Selbstoffenbarung, Führungsübernahme, unnachgiebige Übertragungsinterpretationen, unangemessener Gebrauch von Stille und Verniedlichungen von Schwierigkeiten [Übersetzung durch die Verf.]“ (ebd.).

### **Die Dimensionen im Konzept der therapeutischen Allianz**

In der Allianz enthalten sehen Horvath und Bedi (2008, S. 288) drei Dimensionen, darunter eine „positive, affektive Bindung“ zwischen den Parteien, das „Gefühl der Partnerschaft“ sowie das gegenseitige Übereinkommen bezüglich der Ziele und der Vorgehensweise in der Therapie. Auch Martin et al. (2000, S. 438) erkennen trotz der vielen unterschiedlichen Allianzkonzepte dieselben drei zentralen Dimensionen mit Bezug auf die Konzepte von Bordin 1979, Gaston 1990, Horvath und Symonds 1991 sowie Saunders, Howard und Orlinsky 1989: „(a) the collaborative nature of the relationship, (b) the affective bond between patient and therapist, and (c) the patient's and therapist's ability to agree on treatment goals and tasks“ .

Eine positive, emotionale Bindung umfasst gemäss Horvath und Bedi (2008, S. 288) „gegenseitiges Vertrauen, Zuneigung, Respekt und Fürsorge“. Gelso (2011, S. 9) erklärt den Unterschied zur emotionalen Bindung in der therapeutischen Beziehung dadurch, dass Bond im Sinne der Allianz sich auf die Arbeit bezieht und deshalb einer „working Bond“, also einer Arbeitsbindung oder einem Arbeitsbündnis entspricht. Dabei kommen die involvierten Personen bezüglich der Arbeit, die in einer Therapie ansteht, zusammen (ebd.). Es können sich also beide Parteien gegenseitig vertrauen, dass die Beteiligten die nötigen Anstrengungen unternehmen und ihren Rollen nachkommen (ebd.). Wo Ratsuchende sich auf das Können und den Einsatz ihrer Therapierenden verlassen, vertrauen letztere auf die Bemühungen und auf das Können von ersteren, dass diese den für sie vorgesehenen Aufgaben nachgehen (ebd.). Die Bindung der therapeutischen Beziehung bezieht sich hingegen nicht auf die Arbeit, sondern auf die emotionale zwischenmenschliche Verbindung (ebd.). Neben der positiven, emotionalen Bindung, welche gemäss Gelso (ebd.) durch ein gegenseitiges Vertrauen entsteht, kommt gemäss Horvath und Bedi (2008, S. 288) das Gefühl einer Partnerschaft zustande, wenn beide Parteien ihre Verantwortlichkeiten schliesslich auch wahrnehmen. Von welchen Verantwortlichkeiten hier die Rede ist, wird nicht benannt. Sachse (2016, S. 13–14) spricht aber im Rahmen der therapeutischen Beziehung von Verantwortlichkeiten und zwar im Kontext von Expertisen und Rollen. Er ordnet den Ratsuchenden die Verantwortung zu, sich mitzuteilen, Aufgaben auszuführen und Veränderungen zu beginnen (ebd.). Den Therapierenden schreibt er die Aufgabe zu, den therapeutischen Prozess zu steuern (ebd.). Weiter umfasst die Allianz gemäss Horvath und Bedi (2008, S. 288) die Vereinbarung von

gemeinsam zugestimmten Zielen und von einer stimmigen Vorgehensweise in der Therapie, um die Ziele zu erreichen. Also sollen sich Therapierende und Ratsuchende darüber einig sein, auf welche Ziele hingearbeitet wird und wie diese erreicht werden sollen.

Verschiedene Fachpersonen (Flückiger et al., 2018, S. 317; Horvath et al., 2011, S. 10; Horvath & Bedi, 2008, S. 288) sind sich einig, dass die neueren Konzepte zur Allianz bewusste Aspekte beinhalten und nicht unbewusste, welche frühere Konzepte beinhalteten, wie beispielsweise die Übertragungen und Gegenübertragungen. Nichtsdestotrotz gehen Horvath und Bedi (2008, S. 288) von einer möglichen unbewussten Einwirkung auf die Allianz durch bereits gemachte Erfahrungen mit Beziehungen und aufgrund von persönlichen Merkmalen aus. Die Konzepte zur Allianz im Kontext der Therapie und der Beratung scheinen bis auf den Aspekt der Bindung vergleichbar (Horvath & Bedi, 2008, S. 288; Nestmann, 2007, S. 793). Statt der Bindung wird in der Definition von Nestmann (2007, S. 793) die empathische Haltung hervorgehoben. Wird Empathie dem Gegenüber gezeigt, kann dies jedoch zur Entwicklung einer Bindung beitragen (Horvath & Bedi, 2008, S. 319). Aufgrund der verschiedenen Definitionen und Theorien der verschiedenen Therapieschulen bestehen in der Folge verschiedene Fragebögen zur Erfassung der Allianz in der Psychotherapie (Horvath et al., 2011, S. 10). Deshalb wird im folgenden Kap. die Definition und zugrundeliegende Theorie des zentralen Fragebogens zur Erfassung der Allianz in dieser MAS-Thesis betrachtet: Die deutschsprachige Version des *Working Alliance Inventory – short revised* (WAI-SR) von Wilmers et al. (2008, S. 343–358). Das WAI-SR erfragt die Wahrnehmung der Ratsuchenden zu den drei Dimensionen der Allianz nach Bordin und setzt sich zusammen aus der Bindung („bond“) sowie den gemeinsam vereinbarten und akzeptierten Zielen („goals“) und der Vorgehensweise („tasks“) für die Therapie zwischen der therapeutischen Fachkraft und den Ratsuchenden (ebd., S. 347).

## **2.7 Arbeitsallianz nach Bordin**

Bordin (1979, S. 252) bezeichnet die Allianz als „Arbeitsallianz“, englisch „working alliance“. Dem Verständnis Bordin (ebd., S. 252-253) folgend, kommt die Arbeitsallianz in allen Psychotherapierichtungen und darüber hinaus in diversen anderen Kontexten als der Psychotherapie vor, beispielsweise auch zwischen Lehrpersonen und Lernenden. Die Stärke der Arbeitsallianz ergibt sich laut Bordin (ebd., S. 253) aus der Übereinstimmung zwischen der nötigen Arbeitsallianz und den persönlichen Merkmalen beider Parteien.

## **Bindung**

Als Grundlage der Arbeitsallianz sieht er die Dimension der Bindung, welche nach Bordin Vertrauen und Verpflichtungen beinhaltet (ebd., S. 254-255). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Bindung ebenfalls auf die Arbeit in der Therapie, also die Arbeitsbindung und nicht die zwischenmenschliche Bindung bezieht. Denn Gelso's (2011, S. 66) Annahme, wie in Kap. 2.4 beschrieben, dass sich die Bindung in der Allianz auf die Arbeitsbindung bezieht, wurde gestärkt durch eine persönliche Mitteilung Bordins. Bordin (1979, S. 254) geht davon aus, dass ein Fokussieren auf tiefgründigere Probleme von Betroffenen einem tieferen Vertrauen und deshalb einer innigeren Bindung bedarf (ebd.). Gleichzeitig sieht Bordin (ebd.) die Bindung mehr in ihrer Art und weniger in der Stärke variierend, basierend auf den verschiedenen Arten von Interventionen. So geht er davon aus, dass eine Konfrontation mit einem Protokoll des Problemverhaltens eine andere Art der Bindung ergibt, als wenn Therapierende beispielsweise eigene Gefühle für eine Problembearbeitung anbieten (ebd.). Die Bindung basiert aber nicht nur auf der Basis des gegenseitigen Vertrauens, sondern auch auf der Wahrnehmung der jeweiligen Verpflichtungen. Die Verpflichtungen können, wie die Ziele und die Methoden, entsprechend der Psychotherapieausrichtung differenzieren und bestehen teilweise mehr gegenüber den Therapierenden (ebd., S. 255). Andere Therapieausrichtungen wiederum nehmen die Ratsuchenden mehr in die Pflicht (ebd.). So wird beispielsweise in der personenzentrierten Therapie Ratsuchenden mehr Verantwortung gegeben als in der Verhaltenstherapie (ebd.). Bordin scheint hier im Rahmen von Verantwortung also weniger von grundlegenden Rollen und Expertisen der Ratsuchenden oder Therapierenden zu sprechen, sondern mehr von den Rollen, welche Ratsuchenden und Therapierenden entsprechend der Psychotherapieausrichtung in der Therapie zukommen.

## **Ziele**

Als weitere Dimension der Arbeitsallianz sieht er eine Übereinstimmung bezüglich der Ziele vor. Bordin (ebd., S. 253) geht davon aus, dass Ratsuchende bereits mit Zielvorstellungen in die Therapie kommen. Für eine gute Arbeitsallianz empfiehlt er daher, dass Therapierende den bestehenden Zielen der Ratsuchenden grosse Beachtung schenken und daraufbasierend gemeinsame Ziele finden (ebd.). Die Bereitschaft der Ratsuchenden für therapeutische Ziele kann ausserdem von deren Persönlichkeitscharakter, Aufnahmefähigkeit sowie dem sozialen Umfeld abhängig sein (ebd., S. 255-256). Diese Bedingungen wiederum beeinflussen, wie Ratsuchende bezüglich der Ziele in der Behandlung kollaborieren können (ebd., S. 256). Welchen Merkmalen der Persönlichkeit oder des Umfeldes besondere Beachtung zu schenken wäre, bleibt unklar. Bordin (ebd.) geht aber davon aus, dass es spezifische

Anpassungen einer Person benötigt, um therapeutische Ziele zu akzeptieren und die Verbindung zwischen den vereinbarten Vorgehensweisen und dem Erreichen der Ziele zu verstehen. Damit Ratsuchende einer gemeinschaftlichen Zusammenarbeit zustimmen können, müssen sie die Ziele und Methoden akzeptieren, so dass sie ihre eigene Wahrnehmung sichtbar machen und verändern können, womit sie auch erlauben, dass eine Auseinandersetzung mit ihren Problematiken und Sorgen stattfindet. (ebd.). Welche Ziele Therapierende definieren oder mit welchen Zielen von Ratsuchenden sie kollaborieren, variiert entsprechend der Ausrichtung der Psychotherapie (ebd., S. 253). Bordin (ebd., S. 255) geht davon aus, dass es relevant ist, dass Therapierende sich einerseits vorerst für die Probleme der Betroffenen interessieren und andererseits ein gewisses Wohlbefinden ermöglichen, bevor sie auf die Ziele zu sprechen kommen.

### **Vorgehensweise**

Für die Arbeitsallianz ist nebst der Bindung sowie der gemeinsamen Ziele ebenso eine Übereinstimmung bezüglich des therapeutischen Vorgehens notwendig (Bordin, 1979, S. 254). Das Vorgehen und demnach die Wahl der Methode und der Interventionen sind wie die Ziele von der Ausrichtung der Therapierenden abhängig (ebd.). Bordin ist aber überzeugt, dass die Wirksamkeit der Methode von den Fähigkeiten der Therapierenden abhängig ist. Das erklärt er dadurch, dass die Vorgehensweise den Bedürfnissen der Ratsuchenden entsprechen muss und dies dadurch gelingt, wenn die Ratsuchenden den Sinn der Herangehensweise nachvollziehen können und diese für die Bearbeitung der eigenen Schwierigkeiten und das Erlangen ihrer Wünsche als sinnvoll erachten (ebd.).

In dieser Arbeit verwende ich den Begriff der Arbeitsallianz gemäss der Definition der Allianz nach Bordin (1979, S. 252) und deshalb auch im Zusammenhang mit dem WAI-SR. Nebst dem WAI-SR wird zur Erfassung der Ausprägung der Scham zusätzlich die Dimension „Angst sich zu öffnen“ der *Skala therapeutische Allianz revised* (STA-R) verwendet, von Brockmann et al. (2011, S. 208–215). Brockmann et al. (ebd., S. 209) setzen den Begriff der „therapeutischen Beziehung“ mit dem der „therapeutischen Allianz“ gleich. Daher bezeichne ich in dieser Thesis die Dimension „Angst sich zu öffnen“ ebenfalls als einen Aspekt der therapeutischen Allianz. Bezieht sich die Dimension jedoch auf diese Untersuchung und somit den Kontext der Ernährungsberatung, so wird diese als beraterische Allianz bezeichnet. Bei einer nötigen Trennung der Allianz je nach Kontext, respektive der Therapie oder der Beratung, wird dies entsprechend gekennzeichnet. Der Begriff therapeutische Allianz bezeichnet dann die Allianz im Therapiekontext und die beraterische Allianz, die Allianz im Kontext der Beratung. Der Begriff Allianz wird in dieser Arbeit verwendet, wenn eine Trennung

zwischen Beratung und Therapie nicht notwendig erscheint oder wenn der Kontext im Text sonst benannt wird. Auch dieser Begriff bezieht sich jedoch stets auf den Behandlungskontext. Oft wird in der Literatur von der „therapeutischen Beziehung“ gesprochen, obschon Aspekte der Allianz beschrieben werden. Zur Transparenz wird dies ersichtlich gemacht. Im folgenden Kap. 2.8 werden mögliche Herausforderungen in der Entwicklung einer Allianz mit Personen mit Adipositas oder einer BES dargestellt.

## **2.8 Herausforderung in der Allianz mit Adipösen oder BES Betroffenen**

### **Herausforderungen mit Personen mit einer BES**

Der Allianz scheint sicherlich in der Behandlung von Essstörungen und somit auch einer BES eine relevante Bedeutung zuzukommen. Dies zeigt die S3-Leitlinie *Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*, worin das Kap. therapeutische Beziehung 14 Seiten umfasst (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, 2018, S. 49–62). Obschon von der therapeutischen Beziehung gesprochen wird, beschreiben Herpertz et al. (2018, S. 59) auch Aspekte der therapeutischen Allianz.

Erstens nennen Herpertz et al. (2018, S. 51) verschiedenste Herausforderungen in der therapeutischen Allianz, ausgehend von einer unterschiedlichen Therapiebereitschaft der Ratsuchenden. So beschreiben Herpertz et al. (ebd.) einerseits die Einflussnahme von möglichen ambivalenten Gefühlen von Betroffenen, bezüglich einer Essverhaltensveränderung, insbesondere gegenüber dem Aufheben eines restriktiven Essverhaltens zur Gewichtskontrolle. Jedoch sollen gerade Personen mit einer BES regelmässige Mahlzeiten empfohlen und daher diese auch als Ziel und Herangehensweise angestrebt werden (Hart et al., 2011, S. 148; Munsch et al., 2011, S. 59). Es soll dadurch der Hunger und infolgedessen sollen Essanfälle auf dieser Basis reduziert werden (Munsch et al., 2011, S. 41). Weiter können Betroffene mit einer BES, aus Scham gegenüber ihren Problemen, deren Bestehen oder Ausmass den Therapierenden vorenthalten (ebd., S. 51). Männer, welche eine Essstörung Frauen zuordnen, könnten im Extremfall sogar der Therapie fernbleiben (ebd.).

Zweitens vermuten Herpertz et al. (2018, S. 57) einen alleinigen Effekt auf die therapeutische Allianz, ausgehend vom ausgeprägten Körpergewicht, welches oft im Zusammenhang mit einer BES gesehen wird. Einerseits durch möglicherweise bestehende Vorurteile sowie Diskriminierungen gegenüber Personen mit Adipositas von Seiten der Behandelnden (ebd., S. 58). Gewichtsbezogene Stigmatisierungen sind auch unter ernährungsberaterischen Fachpersonen präsent, jedoch weniger als in der breiten Bevölkerung oder unter anderen

Gesundheitsfachpersonen (Jung et al., 2015, S. 7). Andererseits kann ausgehend vom ausgeprägten Körpergewicht auf die therapeutische Allianz ein Effekt angenommen werden, wenn die Parteien in der Therapie ein unterschiedliches Krankheitsverständnis haben oder die Krankheit auf eine alleinige Ursache zurückführen (Herpertz et al., 2018, S. 58). Dadurch kann Betroffenen Mut für eine Veränderung, die Verantwortung und in Folge die Selbstwirksamkeitserwartung genommen werden (ebd.).

Es kann drittens angenommen werden, dass die Bildung einer Allianz erschwert sein könnte, wenn Betroffene mit einer BES den Wunsch einer Gewichtsreduktion äussern, aber Behandelnde ihnen auf Empfehlung verschiedener Fachpersonen davon abraten (Hilbert et al., 2018, S. 253; Munsch et al., 2011, S. 58; National Institute for Health and Care Excellence, 2020, S. 4). Resultiert in Folge eine Unstimmigkeit bezüglich einer gemeinsamen Vereinbarung zu Zielen oder einer Vorgehensweise, stellt dies einen Allianzbruch dar (Muran et al., 2010, S. 322).

### **Herausforderungen mit Personen mit Adipositas**

Den Aussagen von Herpertz et al. (2018, S. 58) zufolge, kann, wie bereits erwähnt, von einer Einflussnahme auf die therapeutische Allianz durch die alleinige Adipositas ausgegangen werden. Auch Franke (2008, S. 992) nennt Herausforderungen in der Allianzentwicklung mit Personen mit Adipositas in der Therapie, obschon auch sie von der therapeutischen Beziehung spricht. Sie nennt ebenfalls die Schwierigkeit, falls Betroffene sehr wenig Motivation zur Problemveränderung oder zur Therapie aufweisen (ebd.). Franke (ebd.), beschreibt Personen mit Adipositas als „oft sehr angepasst, äussern verbal Kooperationsbereitschaft, entwickeln aber mit ungeheurer Kreativität Strategien, die den therapeutischen Plan unterlaufen“. Gemäss Franke bestehen somit die Herausforderungen bezüglich einer Allianzentwicklung in der Therapie von Personen mit Adipositas im Finden einer gemeinsamen Zusammenarbeit bei fehlender Motivation für eine Veränderung oder die Therapie überhaupt sowie im Finden einer Vorgehensweise, welche von Betroffenen umgesetzt wird (ebd.).

Es könnte weiter zutreffen, dass die Entwicklung einer Allianz mit Personen mit Adipositas erschwert sein könnte, da diese ausgeprägtere Schamgefühle als Normal- oder Übergewichtige präsentieren (Pila et al., 2016, S. 103). Aus Angst oder Scham können Betroffene Informationen in der Therapie oder Beratung zurückhalten, was wiederum die therapeutische Allianz beeinflussen kann (Brockmann et al., 2011, S. 212). Ausserdem könnten übereinstimmende Zielvorstellungen schwieriger zu erreichen sein. Besonders Adipöse mit einem höheren BMI, Frauen oder Jüngere wünschen eine höhere

Gewichtsreduktion, welche zunehmend vom eigenen Gewicht abweicht (Jung et al., 2017, S. 144–147). Dies betrifft auch Adipöse mit Erfahrungen von Stigmatisierungen bezüglich des Gewichts, verinnerlichte Stigmatisierungen oder auch Sorgen zum eigenen Körperbild (ebd.). Da Behandelnde jedoch realistische Gewichtsziele empfehlen sollen (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 130), ist eine Diskrepanz zwischen den Zielvorstellungen möglich. Das Vereinbaren von übereinkommenden Zielen zwischen Ratsuchenden und Therapierenden stellt aber ein Element der therapeutischen Allianz dar (Bordin, 1979, S. 253).

Im nachstehenden Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg beschrieben.

## **2.9 Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg**

### **Untersuchungen im Bereich der Psychotherapie**

Diverse Metaanalysen im Bereich der Psychotherapie zeigen wiederholt einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer frühen sowie besseren therapeutischen Allianz und einem besseren Therapieerfolg (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445). Der Allianz-Ergebnis-Zusammenhang in der Metaanalyse von Flückiger et al. (2018, S. 327) betrug  $r = .28$  (95 % CI [.256, .299],  $p < .0001$ ). Dies entspricht einer mittleren Effektstärke, wie sie auch schon Horvath und Symonds (1991, S. 141) sowie Horvath et al. (2011, S. 12) vor ihnen präsentierten. Ausserdem unterstützt die Metaanalyse von Flückiger et al. (2018, S. 329) die Annahme, dass die therapeutische Allianz das Therapieergebnis vorhersagt.

Die Metaanalyse von Flückiger et al. (2018, S. 327) zeigt mit Bezug auf die frühere Untersuchung von Graves et al. 2017 bei erwachsenen Personen mit einer Essstörung, demnach auch bei Erwachsenen mit einer BES, weniger starke Effekte zwischen der frühen therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg ( $r_{\text{adjusted}} = .15$ ,  $k = 11$ ). Die frühe therapeutische Allianz scheint nur bei jüngeren Personen mit einer Essstörung das Therapieergebnis, also die Symptomverbesserung, vorherzusagen (Graves et al., 2017, S. 334–336). Graves et al. (ebd., S. 325) erklären die Relevanz der therapeutischen Allianz bei Jüngeren mit Bezug auf Sperry et al. 2009 dadurch, dass Kinder und Jugendliche die Symptomatik der Essstörung gerne minimieren oder sogar ignorieren und auf Wunsch von Bezugspersonen unfreiwillig in die Behandlung geschickt werden. Deshalb scheint es bei Kindern und Jugendlichen besonders wichtig zu sein, der therapeutischen Allianz eine ausreichende Beachtung beizumessen (Shirk et al., 2011, S. 22). Die Untersuchung von

Graves et al. (2017, S. 330) zeigt, dass unabhängig der Essstörung vielmehr die frühe Symptomverbesserung eine bessere therapeutische Allianz vorhersagt. Deshalb kann bei älteren Personen mit einer Essstörung und Personen mit einer BES empfohlen werden, für eine bessere therapeutische Allianz und letztlich ein besseres Ergebnis, möglichst früh im Behandlungsprozess eine Verbesserung der Symptome anzustreben (ebd., S. 338). Dies scheint auch daher relevant, da Personen mit einer BES, welche eine schlechtere therapeutische Allianz erfahren, aufgrund einer Unzufriedenheit mit der Behandlung häufiger frühzeitig die Therapie abbrechen (Flückiger et al., 2011, S. 721). Wie Erwachsene mit einer BES zeigen auch Personen mit einer Substanzabhängigkeitsstörung reduzierte Allianz-Erfolg-Zusammenhänge (Flückiger et al., 2018, S. 327). Die Effekte von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung variieren stark zwischen den Studien (ebd.).

### **Untersuchungen in der Adipositas Behandlung**

Im Kontext der Adipositas Behandlung gibt es nur wenige Untersuchungen, welche erforscht haben, ob eine bessere Allianz ebenfalls zu einem besseren Behandlungsergebnis führen kann. Krukowski et al. (2019, S. 370–371) untersuchten nur die Dimension Bindung des WAI-SR in der Behandlung der Adipositas. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Bindung und einem Gewichtsverlust, respektive der Teilnahmepräsenz nach sechs Monaten (ebd., S. 371). Nach eineinhalb Jahren ist jedoch kein Zusammenhang mehr zum Gewichtsverlust zu erkennen (ebd.). Die Resultate weisen ausserdem auf keinen Unterschied in der Bindung bezüglich der Geschlechter hin (ebd., S. 370). Ältere Personen scheinen aber signifikant höhere Bindungswerte anzugeben (ebd., S. 371). Dieser Zusammenhang war aber nur schwach ausgeprägt ( $r = .11$ ,  $p = <.04$ ). Die Untersuchung zeigte ausserdem einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dimension Bindung der Allianz und der Teilnahmepräsenz nach sechs Monaten (ebd.). Die Analysen fanden jedoch im Rahmen eines verhaltenstherapie- und gruppenbasierten Online-Gewichtsreduktions-Programmes statt, weshalb diverse Fachpersonen einbezogen waren (Bsp. Fachpersonen der Psychologie, der Bewegung und der Gesundheitserziehung sowie ernährungsberaterische Fachpersonen M.Sc.) (ebd., S. 369). Es waren aber keine ernährungsberaterischen Fachpersonen B.Sc. involviert, welche in der Schweiz gegenüber solchen mit einem M.Sc. Abschluss stark überwiegen (Mahlstein & Weishaupt, 2018, S. 3).

Auch in einem sechsmonatigen Behandlungsangebot der Ärzteschaft ist ein signifikant positiver Zusammenhang gefunden worden (Sturgiss et al., 2016, S. 377–378). Hier aber zwischen der totalen Allianz, erfasst mittels WAI-SR und der Teilnahmepräsenz, also der Anzahl Termine, welche Betroffene wahrgenommen haben (ebd., S. 378). In dieser Pilotstudie wurde das WAI-SR, wie die anderen Parameter, nach sechs Monaten erhoben (ebd., S. 378).

Zwischen der Allianz und einzelnen Dimensionen der Funktionsfähigkeiten sowie einzelnen Dimensionen der Lebensqualität sind sowohl signifikante, aber auch keine Zusammenhänge ausgemacht worden (ebd.). Die Untersuchung ergab eine mittlere, aber nicht signifikante Beziehung zwischen dem Gewichtsverlust in Prozent und der totalen Allianz ( $r = .414$ ,  $\rho = .078$ ) (ebd.).

Schliesslich gingen Nagy et al. (2018, S. 2) in einer anderen Untersuchung im Bereich der Adipositas Behandlung von einem Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungsergebnis aus und untersuchten weiterführende Zusammenhänge. Die Ergebnisse zeigen jedoch weder einen Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Alter oder dem BMI, noch einen Unterschied in der Allianz bezüglich dem Geschlecht oder dem Beziehungsstatus (ebd., S. 3). Dahingegen stellen sie eine signifikant höhere Dimension übereinstimmende Zielvereinbarung des WAI-SR bei Personen fest, die das gesamte Programm abgeschlossen haben, gegenüber Personen, die das Programm unvollständig absolviert haben (ebd., S. 4). Erstaunlicherweise ist aber kein Unterschied zwischen den beiden Personengruppen zu erkennen bezüglich der totalen Allianz (ebd.). Weiter ergibt diese Untersuchung den Eindruck, dass die Bindung mit zunehmender Zeitdauer der Sitzung gestärkt wird (ebd., S. 3). Auch hier waren keine ernährungsberaterischen Fachpersonen B.Sc. involviert, sondern zwei Gesundheits-Coaches, die eine mit einem diätetischen und die andere mit einem psychotherapeutischen Hintergrund. Die Behandlung umfasste während einem Jahr vier Telefonberatungen von je ca. 15 Minuten (ebd., S. 2).

Im folgenden Kap. werden Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang diskutiert.

## **2.10 Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang**

Im Folgenden werden für diese Untersuchung relevante Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang beleuchtet. Die Informationen dienen späteren Entscheidungen im methodischen Vorgehen.

### **Die Fachpersonen**

Nach Hersoug et al. (2001, S. 210) kann angenommen werden, dass das Geschlecht der Therapierenden keinen Einfluss auf die Allianzentwicklung hat. Werner-Wilson et al. (2003, S. 387) zeigten hingegen, dass weibliche Therapierende stärkere Bindungen zu ihren

Ratsuchenden entwickeln können als Männer. Sie erklären dies damit, dass Männer zu Nachteilen der Bindung stärker auf die Problemlösung fokussieren als Frauen (ebd., S. 388). Flückiger et al. (2018, S. 322) kritisieren in ihrer Metaanalyse, dass es wenige Informationen zu den Therapierenden gibt, um deren Einfluss auf die Allianz oder den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang untersuchen zu können. Baldwin et al. (2007, S. 850) gehen davon aus, dass der Beitrag der behandelnden Fachkraft für die therapeutische Allianz entscheidender ist, als derjenige der Ratsuchenden. Dies bestätigt ihre Untersuchung, die gezeigt hat, dass einige psychotherapeutische Fachpersonen mit verschiedensten Ratsuchenden wiederholt stärkere therapeutische Allianzen bilden konnten als andere Fachpersonen und darüber hinaus auch bessere Erfolge erzielten (ebd., S. 848-849). Ratsuchende schienen auch kein besseres Ergebnis zu erlangen, wenn sie über eine bessere Allianz mit ihrer therapeutischen Fachkraft berichteten als andere Betroffene der gleichen Fachkraft (ebd.). Baldwin et al. (ebd., S. 849) schlussfolgern, mit Bezug auf Ackerman und Hilsenroth 2003 sowie Safran und Muran 1996, respektive 2000, dass die Unterschiede in der therapeutischen Allianz durch die Eigenschaften und Techniken der Therapierenden zustande kommen sowie durch deren Fähigkeiten, mit Brüchen in der Allianz umzugehen.

Da gemäss Baldwin et al. (ebd., S. 848-849) sowohl die Allianz, als auch das Behandlungsergebnis von den Fachpersonen abhängig zu sein scheint, könnte angenommen werden, dass folglich ein Fachpersonen-Wechsel die Allianz beeinflussen könnte, sollten sich die Qualitäten der Fachkräfte unterscheiden. Es scheint jedoch auch möglich, dass ein Fachpersonen-Wechsel direkt das Erleben von Ratsuchenden beeinflusst. Untersuchungen zufolge bevorzugen Ratsuchende gleiche Fachpersonen und können einen Wechsel sogar als Behandlungsrückschritt wahrnehmen (Biringier et al., 2017, S. 7). Zudem scheint ein Fachpersonen-Wechsel bei Ratsuchenden gelegentlich Gefühle der Angst, der Frustration und der Ablehnung zu hinterlassen (ebd.). Ausserdem scheint es Ratsuchende zu ermüden, Ausschnitte aus ihrem Leben wiederholt erzählen zu müssen (ebd.). Teilen sich Ratsuchende, beispielsweise aus Angst, in der Therapie weniger mit, kann dadurch die Zusammenarbeit und somit die Allianz beeinflusst werden (Brockmann et al., 2011, S. 212). Wenn sich Ratsuchende folglich auch noch zurückziehen, kann dies einen Bruch in der Allianz darstellen (Muran et al., 2010, S. 322).

### **Die Ratsuchenden**

Obschon gemäss Horvath (2000, S. 170) von einem Einfluss auf die Allianz durch die Ratsuchenden ausgegangen werden kann, widerlegen dies die Ergebnisse von Baldwin et al. (2007, S. 850), bei deren Untersuchung kein Einfluss durch die Ratsuchenden auf den

Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Therapieergebnis ausgemacht wurde. Baldwin et al. (ebd., S. 849) und Horvath et al. (2011, S. 15) zufolge, sind es vor allem die Therapierenden, welche die Qualität der Allianz ausmachen, nämlich dadurch, wie es ihnen gelingt, die gesamte Therapie und die darin enthaltenen Interventionen auf die Ratsuchenden auszurichten.

In Metaanalysen der Psychotherapie scheinen Einflussfaktoren der Ratsuchenden auf die Allianz oder den Allianz-Erfolg-Zusammenhang noch wenig untersucht worden zu sein. Dies bestätigen Flückiger et al. (2018, S. 332), welche in der letzten Metaanalyse zur therapeutischen Allianz kritisieren, dass Eigenschaften von Ratsuchenden wie beispielsweise das Alter, das Geschlecht, die Rasse, die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität in den Studien unzureichend beschrieben werden und daher auch nicht untersucht werden können. Horvath (2000, S. 172) geht davon aus, dass das Geschlecht beider Parteien keinen Einfluss auf die Allianz hat. Insbesondere, dass das Geschlecht der Ratsuchenden keinen Einfluss auf die Allianz zu haben scheint, zeigen zwei Untersuchungen in der Adipositas Behandlung, wovon eine Studie jedoch nur die Dimension Bindung und nicht die totale Allianz untersucht hat (Krukowski et al., 2019, S. 369; Nagy et al., 2018, S. 3). Den Ergebnissen von Nagy et al. (2018, S. 3) zufolge, hat auch das Alter, der BMI und der Beziehungsstatus der Ratsuchenden keinen Einfluss auf die Allianz. Im Unterschied dazu zeigt die Untersuchung von Krukowski et al. (2019, S. 371) einen Einfluss durch das Alter auf die Dimension Bindung.

### **Die Therapieart**

Die Metaanalyse von Flückiger et al. (2018, S. 327) zeigt keinen Unterschied im Allianz-Ergebnis-Zusammenhang zwischen den verschiedenen Therapiearten. Weder die kognitive Verhaltenstherapie, noch die psychologische Beratung, unspezifische oder eklektische Ansätze zeigten einen abweichenden Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Behandlungserfolg (ebd.). Auch andere Metaanalysen zeigen keinen abweichenden Effekt für die kognitive Verhaltenstherapie (Martin et al., 2000, S. 445; Norcross & Wampold, 2011, S. 14). In der Metaanalyse von Graves et al. (2017, S. 333) fiel der Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Erfolg für die kognitive Verhaltenstherapie sowie die Verhaltenstherapie zur Gewichtsabnahme bei Personen mit einer Essstörung jedoch tiefer aus, als gegenüber individuell ausgerichteten Therapien, familienbasierten Therapien, oder wenn mehrere Therapien gleichzeitig absolviert werden. Graves et al. (ebd., S. 337) haben dafür die Erklärung, dass nur bei bewusstem Nutzen der Allianz für Veränderung, diese einen bedeutsamen Teil zum Therapiefortschritt beisteuern kann.

### **Die Behandlungsdauer**

Die Allianz kann während der Therapie variieren, weshalb unterschiedliche Messzeitpunkte auch unterschiedliche Wahrnehmungen zur Allianz präsentieren können (Martin et al., 2000, S. 446). Eine längere Therapiedauer hat gemäss Horvath und Symonds (1991, S. 145) jedoch keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Erfolg ergeben. Auch die Untersuchung von Gold et al. (2015, S. 310–311) zeigte keinen Zusammenhang zwischen der Länge der Therapie oder der Anzahl Sitzungen und der therapeutischen Allianz. Dagegen zeigen Untersuchungen in der Behandlung der Adipositas inkonstante Ergebnisse zwischen der Allianz und der Behandlungsdauer. Während Krukowski et al. (2019, S. 371) einen Zusammenhang zwischen Bindung und der Teilnahmepräsenz ausmachen konnten, beobachteten auch Sturgiss et al. (2016, S. 378) einen Zusammenhang, aber zwischen der totalen Allianz und der Teilnahmepräsenz. Nagy et al. (2018, S. 4) stellten hingegen eine höhere übereinstimmende Zielvereinbarung fest, wenn Personen das gesamte Programm vollständig abgeschlossen haben, im Vergleich zu Personen mit unvollständiger Teilnahme. Erstaunlicherweise fanden sie aber keinen Unterschied in der totalen Allianz zwischen Teilnehmenden mit vollständiger oder unvollständiger Teilnahme (ebd.).

### **Die Art der Erfolgsmessung und die Bewertenden**

Gemäss Flückiger et al. (2018, S. 329) hängt die therapeutische Allianz und der Therapieerfolg zusammen, unabhängig, ob der Erfolg mit einer störungsspezifischen oder einer allgemeinen Messmethode zur psychischen Gesundheit erfasst wird. Von den eingeschlossenen Studien verwendete jedoch nur eine in der Therapie der Anorexia Nervosa das Gewicht als Erfolgsmessung (ebd., S. 321). Gemäss Hill und Lambert (2013, S. 199–200) mit Bezug auf Farnsworth et al. 2001 wurde das Gewicht aber auch in Studien der Psychotherapie, publiziert zwischen 1995 bis 2000 im *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, bereits bis zu 10 % als Erfolgsmessung genutzt. Auch die Befragung der Teilnehmenden zur Zufriedenheit mit der Behandlung, kann zur Erfassung des allgemeinen Behandlungserfolges dienen (Pascoe, 1983, S. 189). Untersuchungen bestätigen, dass eine bessere Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Behandlung auch mit einer besseren therapeutischen Allianz einhergeht (Kim et al., 2008, S. 87–88; Scherer et al., 2016, S. 40).

Aus welcher Perspektive der Erfolg bewertet wird, hat gemäss Flückiger et al. (2018, S. 329), Horvath und Bedi (2008, S. 309), Martin et al. (2000, S. 445) sowie Horvath et al. (2011, S. 144) keinen Einfluss auf den Allianz-Erfolg-Zusammenhang. Dies erstaunt besonders, da Forschende von einem sogenannten Halo-Effekt ausgehen (ebd.). Dabei wird erwartet, dass

höhere Allianz-Ergebnis-Zusammenhänge erreicht werden, wenn dieselben Personen die Allianz und das Ergebnis beurteilen (ebd.).

### **Die Bewertenden der Allianz**

Es ist zwischenzeitlich gut untersucht, dass unterschiedliche Bewertende die therapeutische Allianz verschieden wahrnehmen können (Nissen-Lie et al., 2015, S. 324). Daher bestehen zur Erfassung auch verschiedene Fragebögen, wie beispielsweise für Ratsuchende, Beobachtende und Therapierende (Horvath et al., 2011, S. 13; Martin et al., 2000, S. 444). Laut Flückiger et al. (2018, S. 328) gibt es noch eine vierte Perspektive, die von Familienangehörigen oder Partnern. Aus den Untersuchungen von Flückiger et al. (2018, S. 328) und Horvath und Symonds (1991, S. 114) geht hervor, dass die Wahrnehmungen der Allianz von Ratsuchenden den Erfolg am besten vorherzusagen scheinen. Die Ergebnisse von Horvath und Bedi (2008, S. 308) zeigen, dass Einschätzungen der Allianz durch Therapierende weniger mit dem Therapieergebnis zusammenhängen, als Einschätzungen durch Ratsuchende oder Beobachtende. Die Untersuchungen von Martin et al. (2000, S. 444) und Horvath et al. (2011, S. 14) zeigen hingegen keinen Einfluss durch die unterschiedlichen Bewertenden der Allianz auf den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang.

### **Der Fragebogen zur Erfassung der Allianz und der Messzeitpunkt**

Die Auswahl des Fragebogens zur Erfassung der Allianz scheint keine Einflussnahme zu haben, wie stark die Allianz und das Therapieergebnis zusammenhängen (Flückiger et al., 2018, S. 327–328; Horvath et al., 2011, S. 14; Martin et al., 2000, S. 445). Jedoch scheint der Messzeitpunkt entscheidend. Wird die Allianz näher zum Therapieende gemessen, hängen die Allianz und das Ergebnis stärker zusammen, als wenn die Allianz früh oder in der Therapiemitte gemessen wird (Flückiger et al., 2018, S. 328; Horvath et al., 2011, S. 14; Horvath & Bedi, 2008, S. 311; Horvath & Symonds, 1991, S. 145). Horvath und Bedi (2008, S. 311) nehmen an, dass die Problembearbeitung in der Therapiemitte den Effekt zwischen der therapeutischen Allianz und dem Ergebnis reduziert und der Erfolg gegen Therapieende den Effekt erhöht.

Nach der Beschreibung der vielfältigen Einflussfaktoren auf die Allianz und den Allianz-Erfolg-Zusammenhang folgt nun als Abschluss des theoretischen Hintergrundes eine Übersicht, was Behandelnde zur Entwicklung einer Allianz allgemein und insbesondere bei Personen mit Adipositas und solchen mit einer BES beachten können.

## **2.11 Empfehlungen zur Entwicklung einer Allianz mit Ratsuchenden**

Behandelnde können gemäss Horvath et al. (2011, S. 15) und Flückiger et al. (2018, S. 333) mit Bezug auf verschiedene Autorenschaften Grundlegendes beachten, um mit deren Behandlungsaufsuchenden bessere Allianzen entstehen lassen zu können. Oder wie Horvath et al. (2011, S. 15) beschreiben, um eine „good enough“, also eine ausreichende Allianz zu erreichen. Es bleibt auch hier unklar, was eine solche ausmacht und wann diese erreicht ist. Während Flückiger et al. (2018, S. 333) grundsätzlich die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Allianz in der Behandlung empfehlen, plädieren Horvath et al. (2011, S. 15) dafür, diese auch früh in der Behandlung anzustreben.

### **Entwicklung einer Bindung**

Zur Allianzentwicklung soll eine warme, emotionale oder eine gemeinschaftliche Bindung zu den Ratsuchenden aufgebaut werden (Flückiger et al., 2018, S. 333). Zur Stärkung einer Bindung sprechen Crits-Christoph et al. (2010, S. 309–310) verschiedene Empfehlungen aus. Erstens empfehlen sie zur Entwicklung einer gemeinschaftlichen Kooperation die empathische Haltung der Therapierenden und die Verbalisierung der Zusammenarbeit beispielsweise durch die Wortwahl „wir“ (ebd.). Beispielsweise: „Ich dachte, wir könnten schauen, wie weit Sie sich bezüglich der Erfüllung Ihrer Ziele sehen?“. Mithilfe von Empathie bringen Therapierende Ratsuchenden Verständnis für ihre Problematiken entgegen (ebd.). Zweitens empfehlen Crits-Christoph et al. verbale Bestätigungen, die Ratsuchende wissen lassen, dass Therapierende zuhören oder auch Zusammenfassungen zur Überprüfung und zum Verständnis des Gehörten (ebd.). Beide Aspekte tragen zu einer besseren Bindung bei. Drittens empfehlen sie zur Stärkung der Bindung eine gegenseitige Zustimmung, welche gemäss ihnen definiert wird durch „Fürsorge, Respekt, Akzeptanz, Wärme und positive Wertschätzung [Übersetzung durch die Verf.]“ (ebd., S. 310). Folgende verbale und nonverbale Möglichkeiten der Kommunikation raten Crits-Christoph et al. (ebd.) zur Verbesserung der gegenseitigen Zustimmung: Ein Lächeln, eine nach vorne gelehnte Haltung, Interesse und Respekt bekundende Mimik sowie das Hervorheben von positiven Eigenschaften und Veränderungen.

### **Übereinstimmung in den Zielen und der Vorgehensweise**

Sowohl Horvath et al. (2011, S. 15) als auch Flückiger et al. (2018, S. 333) empfehlen das Übereinkommen bezüglich der Ziele und der Vorgehensweisen mit den Ratsuchenden früh im Behandlungsverlauf. Eine Übereinstimmung soll aber nicht nur durch das Billigen der Ziele oder der Vorgehensweisen zustande kommen (ebd.). Bei Differenzen sollen gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen ausgemacht werden (ebd.). Einmal festgelegte Ziele und Vorgehensweisen sollen von den Therapierenden später wieder überprüft werden (Crits-

Christoph et al., 2010, S. 308). Besonders regelmässig sollen diese bei Personen thematisiert werden, die eine brüchige Allianz zeigen (Sharpless et al., 2010, S. 351).

Das Übereinkommen kann auch verbalisiert werden (ebd.). Behandelnde sollen ausserdem ihre Methodenwahl früh im Behandlungsverlauf den Ratsuchenden, je nach deren Bedürfnissen, Erwartungen und Fähigkeiten anpassen (Horvath et al., 2011, S. 15). Werden therapeutische Interventionen von Behandelnden angemessen an die Ressourcen von Ratsuchenden adaptiert, fördert dies die Entstehung einer guten Allianz (ebd.). Flückiger et al. (2018, S. 333) empfehlen ausserdem, individuell auf die Problematiken und Vorlieben der Ratsuchenden einzugehen und zugleich an deren Motivationsbereitschaft und Stadium der Veränderungsbereitschaft anzuknüpfen (ebd.). Einige therapeutische Techniken können zur Entwicklung einer Allianz angepriesen und andere wegen einem nachteiligen Effekt vermieden werden (siehe die Ergebnisse von Ackerman und Hilsenroth (2001, S. 182, 2003, S. 28) in Kap. 2.6. Es kann ebenfalls helfen, Formulierungen und Fachausdrücke kundenspezifisch anzupassen und die verbale Kommunikation kongruent mit der nonverbalen zu gestalten (Flückiger et al., 2018, S. 333).

### **Erfassung und Thematisierung der Arbeitsallianz in der Praxis**

Wie Horvath et al. (2011, S. 15) empfehlen auch Flückiger et al. (2018, S. 333), die Wahrnehmung von Ratsuchenden bezüglich der Allianz zu erheben. Dies, um ungünstige Entwicklungen frühzeitig, vor einem Behandlungsabbruch, wahrnehmen und beheben zu können (ebd.). Auch Sharpless et al. (2010, S. 351) empfehlen regelmässige Erhebungen, besonders bei Personen, welche Hinweise liefern für Schwierigkeiten starke Allianzen entwickeln zu können. Hinweise dafür sind beispielsweise „Feindseligkeit, Distanziertheit, Vermeidung, Angst, Angst vor Nähe, unsicherer Bindungsstil, DSM Cluster A oder B Persönlichkeitsstörung, exzessive Freundlichkeit oder eine schlechte Objektbeziehung [Übersetzung durch die Verf.]“ (ebd., S. 343). Die Tabelle von Sharpless et al. (ebd., S. 343) zur Übersicht von allianzfördernden sowie -reduzierenden Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden wurde von der Verfasserin übersetzt und befindet sich als Tab. 1 im Anhang 12.4.

Erfasste Allianzen sollen vorsichtig interpretiert werden (Flückiger et al., 2018, S. 333). Differenzen zwischen Wahrnehmungen der Ratsuchenden und solcher der Therapierenden können natürlicherweise bestehen (ebd.). Eine Thematisierung kann aber helfen, relevante Differenzen anzugehen (ebd.). Werden Brüche in der Allianz erkannt, sollten diese rasch behoben werden (ebd.). Gemäss Muran et al. (2010, S. 322) sind Anzeichen für Brüche, wenn sich Ratsuchende zurückziehen oder konfrontativ zeigen. Ein Rückzug zeigt sich eher in Form von „Stille, minimalen Antworten, Themenwechsel, abstrakten Gesprächen oder Erzählungen

von Geschichten [Übersetzung durch die Verf.]“ (ebd.). Ebenfalls ein Rückzug, jedoch von sich selbst, ist es, wenn Ratsuchende in der Therapie „sich widerwillig oder allzu bereitwillig mit Therapeuten einverstanden erklären [Übersetzung durch die Verf.]“ oder „etwas mit grosser Angst oder Zynismus tun [Übersetzung durch die Verf.]“ (ebd.). Zeichen für Brüche in der Allianz durch Konfrontationen sind, wenn Ratsuchende Ärger oder Unzufriedenheit bezüglich Therapierenden oder Aspekten der Therapie oder auch eine übermässige Freundlichkeit zeigen sowie wenn sie vom Thema ablenken (ebd.). Negative Empfindungen von Ratsuchenden bezüglich der Therapie oder der therapeutischen Beziehung sind völlig normal, werden aber häufiger verschwiegen (Safran et al., 2008, S. 735–736). Nehmen Therapierende Brüche wahr, kann es für die Allianz förderlich sein, dass sie sich für deren Ursachen interessieren (ebd.). Bei feindseligen oder negativen Verhaltensweisen von Ratsuchenden sollen diese von Therapierenden weder internalisiert noch ignoriert werden (Horvath et al., 2011, S. 15). Mittels einer offenen Haltung kann auf Brüche, beispielsweise bei Kritik von Ratsuchenden, angemessen reagiert werden (Safran et al., 2008, S. 735–736). Eine feindselige oder abwehrende Reaktion von Therapierenden ist zu vermeiden (ebd.). Sharpless et al. (2010, S. 351) empfehlen schliesslich, dass Therapierende ein Manual zum Umgang mit Brüchen kennen sollen (siehe das Modell in Abb. 4 im Anhang 12.5).

### **Aus- und Weiterbildung zur Allianzentwicklung**

Es wird empfohlen, bei Evaluationen therapeutischer Skills, beispielsweise von Studierenden oder Therapierenden, die Fähigkeiten zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Allianzen besonders zu beachten (Sharpless et al., 2010, S. 351). Gemäss dem Rat von Horvath et al. (2011, S. 15) sollen Behandelnde wie in anderen Aspekten geschult werden, Allianzen entwickeln zu können. Nebst dem Studium relevanter Literatur kann die Supervision mit zusätzlichen Materialien zur Schulung beitragen, wie beispielsweise von Modellen mittels Videobeispielen, Rollenspielen oder virtuellen Technologien (ebd.). Sharpless et al. (2010, S. 349) sind zuversichtlich, dass mit viel Wille und enger Begleitung einer Supervision sogar eher starre Persönlichkeitsmerkmale von Therapierenden, zu allianzfördernden Eigenschaften entwickelt werden können (siehe dazu die Ergebnisse von Ackerman und Hilsenroth (2001, S. 182, 2003, S. 28) in Kap. 2.6). Um Brüche in der Allianz erkennen und auflösen zu können, sollen Therapierende besonders Fertigkeiten trainieren, welche das Ich-Bewusstsein, die Affektregulation und die zwischenmenschliche Sensibilität stärken können (Muran et al., 2010, S. 330). Dazu dienen Trainingsmanuale, Arbeiten mit Videoanalysen und Schulungen, welche das Bewusstsein sowie die Achtsamkeit stärken (ebd., S. 335-336).

## **2.12 Allianzentwicklung mit Personen mit Adipositas oder einer BES**

### **Entwicklung einer Allianz mit Personen mit Adipositas**

Zur Gestaltung einer Allianz mit Personen mit Adipositas fehlt es leider an vielseitiger und differenzierter Literatur. Es ist anzunehmen, dass dies dadurch resultiert, da Adipositas keine psychische Störung gemäss DSM-5<sup>®</sup> darstellt (Falkai & Wittchen, 2015, 1–467).

Einige wenige Aspekte zur Allianzentwicklung mit Personen mit Adipositas in der Psychotherapie spricht Franke (2008, S. 992–993) an, jedoch auch unter dem Thema der therapeutischen Beziehung. Sie empfiehlt, an gemeinsamen Vereinbarungen festzuhalten, da sich Personen mit Adipositas, ihrer Meinung nach, gerne therapeutischen Abmachungen entziehen (ebd., S. 992). Therapierende sollen dies jedoch nicht über Strafen, Kontrollen oder erzieherisches Verhalten bewerkstelligen. Wie dies stattdessen aussehen soll, bleibt leider unklar (ebd.). Franke (ebd.) nennt jedoch, dass Therapierende gegenüber Personen mit Adipositas verständnisvoll, akzeptierend und transparent agieren sollen. Möglicherweise können diese Eigenschaften auch helfen, um an gemeinsam vereinbarten Abmachungen festzuhalten. So könnte möglicherweise Verständnis von Seite der Behandelnden den Ratsuchenden entgegen gebracht werden für nicht eingehaltene Vereinbarungen und gleichzeitig würden die Wünsche von Behandelnden, diese Vereinbarungen nochmals thematisieren zu wollen, transparent gemacht. Für Erfolgserlebnisse und zur Motivation regt Franke (ebd., S. 993) ausserdem zu sehr kleinen und realistischen Therapiezielen an.

Den Annahmen von Gelso (2011, S. 67) folgend, kann angenommen werden, dass beim Anstreben einer starken therapeutischen Beziehung auch die Entwicklung einer starken therapeutischen Allianz unterstützt wird. Dies, da eine starke Beziehung ein Fundament schaffen kann, welches Ratsuchende ermutigen kann, andere Verhaltensweisen sowie Anleitungen und Aufgabenstellungen von Therapierenden auszuprobieren. Sachse (2016, S. 31) scheint dies dadurch zu bestärken, da laut ihm beziehungsgestaltende Aspekte den Zweck verfolgen, das Vertrauen von Ratsuchenden beispielsweise in die Kompetenz des Therapierenden zu stärken. Werden Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung mit Personen mit Adipositas betrachtet, so sehen Teufel und Zipfel (2013, S. 313, 2018, S. 221–222) die Beziehungsgestaltung gemäss Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick vor. Mit Bezug auf Miller und Rollnick 2012, 2015 betonen Teufel und Zipfel (2018, S. 221–222) die partnerschaftliche Beziehung, basierend auf Empathie sowie Wertschätzung und erstaunlicherweise, eigenen Zielen.

Nicht nur Franke (2008, S. 992–993), sondern auch Herpertz et al. (2018, S. 57–58) sprechen Empfehlungen aus für die Entwicklung einer Allianz mit Personen mit Adipositas, aber auch sie nennen diese unter dem Thema der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Da sie von einem Effekt durch das stark erhöhte Körpergewicht selbst ausgehen, gelten ihre Empfehlungen aber nicht nur für die Allianzentwicklung mit Personen mit einer BES, sondern auch für Personen mit Adipositas (ebd.):

Für die Allianzentwicklung mit Personen mit Adipositas mit oder ohne einer BES empfehlen Herpertz et al. (ebd., S. 58), gemeinsam mit den Ratsuchenden die Möglichkeiten für eine Gewichtsabnahme bzw. -stabilisierung zu evaluieren. Bisherige Erfahrungen bezüglich Gewichtsreduktionen, eine mögliche Genetik, die Dauer der Adipositas sowie die aktuelle Situation und weitere relevante Faktoren sollen dabei berücksichtigt werden (ebd.). Die Favorisierung einer Gewichtsstabilisierung gegenüber einer Gewichtsabnahme bei den Therapierenden, kann die Selbstwirksamkeit von Ratsuchenden steigern (ebd.). Es sollen weiter multimodale Erklärungsmodelle zum Krankheitsverständnis den monokausalen vorgezogen werden, um Betroffenen Mut zu machen und ihnen Verantwortung zu übergeben, wodurch sie in Folge eine erhöhte Selbstwirksamkeit erleben können (ebd.). Besondere Vorsicht scheint geboten, wenn das Krankheitsverständnis zwischen den Parteien differenziert (ebd.). Zur Verbesserung des Selbstwerterlebens kann ausserdem eine ressourcenorientierte Herangehensweise praktiziert werden (ebd., S. 57).

Durrer Schutz et al. (2019, S. 43) empfehlen, Diskriminierungen zu vermeiden und für deren Umsetzung beispielsweise eine empathische Haltung ohne Vorurteile. Auch sie plädieren dafür, von einem multimodalen Erklärungsmodell auszugehen und zusätzlich das Thema nicht der alleinigen Kontrolle der Ratsuchenden zuzuschreiben (ebd.). Ausserdem sollen sich Behandelnde bewusst sein, dass Betroffene aufgrund ihres Körpergewichts bereits negative Erfahrungen gemacht haben könnten (ebd.).

### **Allianzentwicklung mit Personen mit einer BES**

Schliesslich sprechen Herpertz et al. (2018, S. 51–60) die folgenden Empfehlungen allgemein für die Allianzentwicklung mit Personen mit einer Essstörung und so auch mit Personen mit einer BES aus:

Bei einer ambivalenten Behandlungsmotivation sollen erste Gespräche zur Klärung der Ambivalenz genutzt werden, wobei den Problematiken der Betroffenen verständnisvoll, unvoreingenommen und nicht tadelnd begegnet werden soll (ebd., S. 51). Mittels Interventionen der motivierenden Gesprächsführung, in Anlehnung an Miller und Rollnick 1991, soll die Motivation gefördert und ein Unterschied im Ambivalenz-Konflikt erzeugt werden (ebd., S. 53-54). Während der Ambivalenz verständnisvoll begegnet wird, kann nebenbei

motivierendes Wissen zur Verhaltensänderung platziert werden (ebd., S. 54). Also kann beispielsweise Personen mit einer BES die beiläufige Information gegeben werden, dass regelmässige Mahlzeiten helfen können Essanfällen vorzubeugen oder sogar zu reduzieren. Therapierende sollen dabei nicht zu überwachenden Erziehungspersonen werden (ebd.). Zur Förderung der Therapiemotivation können Therapierende Informationen zum Krankheitsbild geben und gleichzeitig das Behandlungsvorgehen begründen (ebd., S. 51-52). Das Vorgehen soll schliesslich aber mit den Betroffenen gemeinsam vereinbart werden und diese sollen über ihre unerlässliche Mitarbeit informiert werden (ebd., S. 54). Die Motivation von Betroffenen kann ausserdem gesteigert werden, wenn diese das verwendete Erklärungsmodell der Essstörung sowie das Behandlungsvorgehen verstehen und die eigene Situation dazu in Beziehung setzen können (ebd., S. 56). Sollten therapeutische Aufgaben für Ratsuchende mühsam erscheinen, kann es hilfreich sein, dahinterliegende Absichten zu erklären und gleichzeitig die Aufgabe der Eigenverantwortung Ratsuchenden zu überlassen. Hier ist es relevant, dass Behandelnde diese verantwortungsabgebende Haltung verinnerlicht haben, um diese kongruent vermitteln zu können (ebd., S. 57).

Das Entpathologisieren von Emotionen, Gedanken oder Verhaltensweisen, wie beispielsweise der Essanfälle, kann bewirken, dass Betroffene offener über Themen berichten, die aufgrund einer möglichen Belastung Schuld- oder Schamgefühle auslösen können (ebd., S. 55). So können Therapierende Essanfälle etwa als weitverbreiteten Problemlöser oder als Ablenkung deklarieren. Verwenden Therapierende passende Beispiele können Betroffene den Therapierenden wiederum Fachkompetenz zuschreiben (ebd.).

Im folgenden Kap. werden nun die Forschungsfragen und Hypothesen vorgestellt, welche aus dem nun betrachteten Wissen zur Theorie der Allianz hervorgingen.

### **3 Forschungsfragen**

#### **Primäre Forschungsfrage**

Die primäre Fragestellung dieser Arbeit ergibt sich aus der ungenügenden Datenlage in der Ernährungsberatung, woraus nicht ersichtlich wird, ob eine frühe bessere Arbeitsallianz auch in der Ernährungsberatung mit einem besseren Erfolg der Beratung in Verbindung gebracht werden kann. In der Psychotherapie konnten diverse Metaanalysen wiederholt bestätigen, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen einer frühen besseren therapeutischen Allianz und einem besseren Therapieergebnis (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445). Bordin (1979, S. 252) folgend kann angenommen werden, dass

sein Konzept der Arbeitsallianz auch in die Ernährungsberatung übertragen werden kann. Die einzige Untersuchung überhaupt mit ernährungsberaterischen Fachpersonen, welche den Zusammenhang zwischen der Allianzdimension, Bindung und dem Erfolg bei Personen mit Adipositas untersuchte, fand, nebst diversen anderen Fachpersonen, jedoch mit ernährungsberaterischen Fachpersonen M.Sc. statt sowie in einem Online-Gruppenprogramm (Krukowski et al., 2019, S. 369). Dabei hing die frühe Bindung mit der Gewichtsreduktion nach sechs Monaten zusammen (ebd., S. 371). Dieser Zusammenhang bestand nach eineinhalb Jahren nicht mehr (ebd.). Diese Ergebnisse sind nur schwer auf die Ernährungsberatung zu beziehen, denn es wurden weder nur ernährungsberaterische Fachpersonen, noch solche mit B.Sc. oder eine Behandlung im Einzel-Setting untersucht.

Da das WAI-SR von Wilmers et al. (2008, S. 347) auf dem schulenübergreifenden Allianzkonzept von Bordin beruht, kann angenommen werden, dass es ebenfalls zur Erfassung der Arbeitsallianz in der Ernährungsberatung dienen kann. Es soll nach der dritten Sitzung erfasst werden (ebd., S. 354). Als relevante Ergebnisse der Adipositas Behandlung erscheint nebst der Gewichtsreduktion die Steigerung der Lebensqualität (Hauner et al., 2000, S. 4). Als allgemeiner Behandlungserfolg kann zudem die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Behandlung erfasst werden (Pascoe, 1983, S. 189). Gemäss Flückiger et al. (2018, S. 329) ist, unabhängig der Messmethode der Erfolge, ein Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg auszumachen. Somit ergab sich die primäre Forschungsfrage dieser Untersuchung:

Hängt eine bessere Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn (nach vier Beratungen) mit einer höheren Gewichtsreduktion, einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität oder einer höheren Behandlungszufriedenheit nach elf Monaten einer ambulanten Ernährungsberatung bei adipösen Erwachsenen zusammen?

### **Vertiefungsfragen**

Bei der Bearbeitung der Theorie zeichneten sich weitere Fragen ab. Horvath (2000, S. 172) und zwei Untersuchungen in der Adipositas Behandlung zeigen dieselbe Richtung, dass das Geschlecht der Ratsuchenden keinen Einfluss auf die Allianz haben soll (Krukowski et al., 2019, S. 369; Nagy et al., 2018, S. 3). Den Ergebnissen von Nagy et al. (2018, S. 3) folgend, soll auch das Alter und der BMI der Ratsuchenden die Allianz nicht beeinflussen. Dahingegen zeigt jedoch die Untersuchung von Krukowski et al. (2019, S. 371) einen schwachen, aber signifikanten Einfluss durch das Alter auf die Bindung. Wie die Resultate zum Alter, sind auch diejenigen zur Teilnahmepräsenz und deren Zusammenhang zur Allianz kontrovers. Eine

längere Therapiedauer hatte in der Psychotherapie gemäss Horvath und Symonds (1991, S. 145) keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Erfolg und auch die Untersuchung von Gold et al. (2015, S. 311) zeigte keinen Zusammenhang zwischen der Therapielänge oder der Anzahl Sitzungen und der therapeutischen Allianz. Untersuchungen im Bereich der Adipositas Behandlungen ergaben gemischte Ergebnisse. Krukowski et al. (2019, S. 371) fanden einen positiven signifikanten Zusammenhang zwischen der Dimension Bindung der Allianz und der Teilnahmepräsenz nach sechs Monaten. Ebenso erging es Sturgiss et al. (2016, S. 377–378), welche einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem WAI-SR und der Teilnahmepräsenz ausmachten (ebd., S. 378). Auch Nagy et al. (2018, S. 4) fanden einen signifikanten Unterschied in der Dimension übereinstimmender Ziele, wenn ein Programm vollständig oder unvollständig absolviert wurde. Erstaunlicherweise war aber kein signifikanter Unterschied zu erkennen, wenn statt der Ziele die totale Allianz betrachtet wurde (ebd.). Somit ergibt sich folgende weiterführende Frage:

Hängt die Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn (nach vier Beratungen) mit Merkmalen von adipösen Erwachsenen (bezüglich Alter und BMI) oder deren Teilnahmepräsenz zusammen?

Ausserdem haben Flückiger et al. (2018, S. 327) und Graves et al. (2017, S. 335) beschrieben, dass insbesondere bei Erwachsenen mit einer BES die therapeutische Allianz weniger mit dem Erfolg zusammenhing. Da der Autorin keine Studien bekannt sind, welche untersuchten, ob Personen mit einer BES weniger gute Allianzen bilden können als andere, resultiert die Frage:

Gibt es Unterschiede in der Arbeitsallianz bei adipösen Personen mit und ohne einer BES?

Folgend sind die Hypothesen aufgeführt, welche aus der Theorie hergeleitet wurden und zur Beantwortung der Fragestellungen dienen.

## **4 Hypothesen**

Die Hypothesen für diese Untersuchung beziehen sich auf die ambulante Ernährungsberatung bei erwachsenen Personen mit Adipositas. Sie resultieren aus der Datenlage der Adipositas Behandlung und der Psychotherapie. Die Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn bezieht sich in dieser Untersuchung auf den Zeitpunkt nach vier Beratungen, respektive nach vier Monaten, ermittelt durch den WAI-SR. Die ersten drei Hypothesen beantworten die primäre

Forschungsfrage. Die Hypothesen 1 bis 3 wurden gerichtet formuliert, da Untersuchungen in der Psychotherapie wiederholt bestätigten, dass ein eindeutiger signifikanter Zusammenhang besteht zwischen einer frühen besseren therapeutischen Allianz und einem besseren Therapieergebnis (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445). Ausserdem scheint die therapeutische Allianz mit dem Therapieerfolg zusammenzuhängen, unabhängig der Messmethoden des Erfolgs (Flückiger et al., 2018, S. 329). Die Ergebnisse von Krukowski et al. (2019, S. 369) werden hier nicht berücksichtigt, da die Untersuchung statt der totalen Allianz nur die Bindung, statt dem Einzel- ein Gruppen-Setting und statt ernährungsberaterischen Fachpersonen B.Sc. diverse Fachpersonen und solche mit M.Sc. erforschte.

Hypothese 1, H1: Eine bessere Arbeitsallianz hängt mit einer höheren Gewichtsreduktion nach elf Monaten zusammen.

Hypothese 2, H1: Eine bessere Arbeitsallianz hängt mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität nach elf Monaten zusammen.

Hypothese 3, H1: Eine bessere Arbeitsallianz hängt mit einer höheren Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung nach elf Monaten zusammen.

Zur Beantwortung der Vertiefungsfragen wurden die Hypothesen 4 bis 7 aufgestellt. Die Hypothesen zum Alter, BMI, zur Teilnahmepräsenz und BES wurden ungerichtet formuliert. Dies, da bisherige Literatur zum BMI oder der BES keine Richtungsangabe zulässt und bezüglich dem Alter und der Teilnahmepräsenz eine kontroverse Datenlage besteht (Gold et al., 2015, S. 311; Graves et al., 2017, S. 335; Horvath & Symonds, 1991, S. 145; Krukowski et al., 2019, S. 371; Nagy et al., 2018, S. 3–4).

Hypothese 4, H1: Die Arbeitsallianz und das Alter sind voneinander abhängig.

Hypothese 5, H1: Die Arbeitsallianz und der initiale BMI sind voneinander abhängig.

Hypothese 6, H1: Die Arbeitsallianz und die Teilnahmepräsenz sind voneinander abhängig.

Hypothese 7, H1: Die Arbeitsallianz von adipösen Personen mit oder ohne einer BES differiert.

Nach der Herleitung und Darstellung der Fragestellungen und Hypothesen folgt nun die detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens.

## **5 Methode**

Im methodischen Teil dieser Arbeit wird zuerst das Forschungs-Design zur Beantwortung der Fragestellung dargestellt. Folgend wird die Pilotstudie beschrieben. Zu Beginn die Stichprobe und das Behandlungs-Setting, namentlich das Berner Adipositas Einzelprogramm am Inselspital sowie die darin enthaltene Ernährungsberatung, da die Daten aus diesem Setting stammen. Es folgt eine Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien, der Datenerhebung und -aufbewahrung, der Fragebögen, der Störfaktoren und dem statistischen Vorgehen dieser Pilotstudie. Die Aspekte der Ethik und des Datenschutzes bilden den Abschluss der Methodik.

### **5.1 Forschungs-Design**

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein quantitatives Forschungs-Design verwendet, da Zusammenhänge und Unterschiede mittels statistischen Analysen betrachtet wurden (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016, S. 52). Entsprechend wurden Hypothesen generiert, welche zur Beantwortung der Fragen überprüft werden konnten (ebd.).

Die Basis für die Analysen zur Hypothesentestung bilden quantitative Daten (Ritschl, Ritschl et al., 2016, S. 119) von Teilnehmenden des Berner Adipositas Einzelprogramms am Inselspital, welche für eine bestehende Registerstudie (Ethik Project-ID 2018-00774) erfasst werden. Das Adipositas Einzelprogramm beinhaltet hauptsächlich Ernährungsberatung, weshalb es für diese Untersuchung geeignet ist. Da eine Randomisierung oder Kontrollgruppe fehlt, werden erste Effekte im Rahmen einer Pilotstudie untersucht (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016, S. 59). Die Studie hat auch nicht ausreichend Power, da gemäss Hedderich und Sachs (2016, S. 743) für die Schätzung eines Korrelationskoeffizienten von etwa  $r = .30$  auf dem 5 %-Niveau mit einer Power von 80 %, 85 Teilnehmende benötigt würden. Mit 27 Teilnehmenden ist die Power der Untersuchung folglich zu gering.

### **5.2 Pilotstudie**

Für diese Pilotstudie wurden die Teilnehmenden des Adipositas Einzelprogramms eingeschlossen, welche im Berner Adipositas Register aufgeführt sind und ab September 2018 gestartet und bis Ende Juli 2020 die Behandlung durch die Ernährungsberatung abgeschlossen haben. Im Folgenden ist die Pilotstudie detailliert beschrieben.

### **5.2.1 Stichprobe**

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Teilnehmenden des Berner Adipositas Einzelprogrammes am Inselspital. In das Einzelprogramm werden Interessierte mit einem BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  und einem Mindestalter  $\geq 18$  Jahre eingeschlossen. Frauen in einer bekannten Schwangerschaft sowie Personen mit einer schweren Psychose oder einem schweren Alkoholabusus werden nicht zum Programm zugelassen. Besteht ein Wunsch nach einer operativen Behandlung werden die Personen der entsprechenden Abteilung zugewiesen. Interessierte müssen ausserdem über ausreichend Deutschkenntnisse und kognitive Fähigkeiten verfügen und gewillt sein, ein Jahr lang regelmässige Termine wahrzunehmen. Ob dies gegeben ist, entscheiden die Fachpersonen Psychotherapie im Erstgespräch (siehe dazu das nachkommende Kap. Adipositas Einzelprogramm Inselspital).

### **5.2.2 Observiertes Behandlungs-Setting**

Das Adipositas Einzelprogramm am Inselspital und die darin enthaltene Ernährungsberatung wird folglich vorgestellt.

#### **Adipositas Einzelprogramm Inselspital**

Das Adipositas Einzelprogramm am Inselspital Bern besteht seit 2003. Interessierte werden von Fachpersonen der Ärzteschaft zugewiesen. Alle Teilnehmenden erhalten mit Eintritt eine standardisierte Labor- und Eintrittsuntersuchung. In einer anschliessenden medizinischen Konsultation werden medizinische Diagnosen und die Medikamente erhoben sowie die Ergebnisse der Untersuchungen durch Fachpersonen der Ärzteschaft rückgemeldet.

Nach der medizinischen Konsultation findet ein Indikationsgespräch bei einem Fachpsychologen oder einer Fachpsychologin für Psychotherapie FSP statt. Diese Fachperson überprüft, ob sich Interessierte bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien für das Adipositas Einzelprogramm eignen. Sie erfassen zudem das psychische Befinden, die psychischen Diagnosen sowie deren Therapie und prüfen standardisiert mittels dem diagnostischen Interview bei psychischen Störungen von Margraf et al. (2017, S. 143) das Vorliegen einer BES. Sie informieren Interessierte über den Behandlungsvertrag und dass schriftliche Online-Befragungen im Verlauf stattfinden. Gemeinsam mit den Betroffenen, entscheiden sie, ob das Einzelprogramm für diese eine geeignete Behandlung darstellt.

Das Adipositas Einzelprogramm dauert 14 Monate. Geplant sind 13 Termine zu je ca. 45 Minuten bei einer ernährungsberaterischen Fachperson im Abstand von einem Monat. Im Monat 6 findet ein Zwischengespräch bei dem Fachpsychologen oder der Fachpsychologin für Psychotherapie statt, zur Evaluation des Behandlungsverlaufs und zur Aufgleisung von

zusätzlichen Behandlungsangeboten bei Bedarf. Im Monat 13 findet erneut eine Untersuchung und eine medizinische Konsultation statt. Im Monat 14 erfolgt ein Abschlussgespräch mit der zuständigen ernährungsberaterischen sowie psychotherapeutischen Fachperson zur Evaluation und zum Abschluss des Programmes. Das weitere Prozedere wird dabei individuell mit den Betroffenen festgelegt.

Fakultativ können Teilnehmende, zusätzlich zur Ernährungsberatung, im Einzel-Setting die Körperwahrnehmungs- oder Psychotherapie und seit Mai 2019 die Bewegungstherapie in Gruppen im Inselfospital besuchen. Die Bewegungstherapie beinhaltet 1 - 3 Mal wöchentlich ein Training von max. 55 Minuten, also insgesamt ca. 55 - 165 Minuten pro Woche. Die Körperwahrnehmungs- und Psychotherapie findet je nach Bedarf statt.

### **Ernährungsberatung im Adipositas Einzelprogramm**

Die Ernährungsberatung im Einzelprogramm ist nicht manualisiert. Ein Standard orientiert über Ziele, Schwerpunkte und Inhalte sowie Beratungsansätze der Ernährungsberatung bei Adipositas. Das zentrale Element der Ernährungsberatung ist die Energiereduktion, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass Interessierte stets diesbezüglich informiert werden. Diesem Ziel folgend, werden bei Bedarf auch die Bewegung sowie emotionale Aspekte des Essverhaltens thematisiert und situativ fakultative Therapieangebote empfohlen.

Die Beratungen werden von vier ernährungsberaterischen Fachpersonen mit B.Sc. Abschluss durchgeführt. Sie sind weiblich, zwischen 31 und 47 Jahre alt und besitzen zwischen viereinhalb bis 24 Jahren Berufserfahrung. Von den vier Fachpersonen haben drei Personen umfangreichere Weiterbildungen im Bereich der Beratung und Kommunikation absolviert. Namentlich der personenzentrierten Beratung, der Verhaltenstherapie oder der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeitberatung. Von diesen drei Personen haben wiederum zwei zusätzlich eintägige oder kürzere Weiterbildungen in diesem Bereich besucht.

### **5.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

#### **Die Einschlusskriterien**

Die Einschlusskriterien ergaben sich einerseits aus den Einschlusskriterien des Adipositas Einzelprogrammes wie beispielsweise zum BMI, Alter und zu den Deutschkenntnissen. Andererseits, da Personen dem *General Consent* zugestimmt und ihn unterzeichnet haben müssen, gemäss Ethikvorgaben. Deutschkenntnisse sind auch für diese Pilotstudie, zur Beantwortung der Fragebögen, relevant.

- Teilnahme am Berner Adipositas-Register (Ethik-ID 2018-00774)
- *General Consent* zugestimmt und unterzeichnet
- BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Deutschkenntnisse

### Die Ausschlusskriterien

Wie die Einschlusskriterien ergeben sich auch die Ausschlusskriterien einerseits durch die Kriterien des Einzelprogramms und andererseits durch die Kriterien dieser Pilotstudie. Ausschlusskriterien für das Adipositas Einzelprogramm:

- Ungenügende Deutschkenntnisse
- Eine bekannte Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Indikationsgespräches
- Ein bariatrisches Verfahren
- Eine Erkrankung an einer schweren Psychose oder einem schweren Alkoholabusus, die eine Schulung von Inhalten verunmöglicht

Ausschlusskriterien für diese Pilotstudie wegen fehlenden Daten oder möglichen Effekte auf den Behandlungserfolg oder den Zusammenhang zwischen der Allianz und dem Erfolg:

- Ablehnung oder nicht erteilter *General Consent* (n = 10)
- Abwesenheit einer Mailadresse (n = 1)
- Ungenügende Deutschkenntnisse zur Beantwortung der Fragebögen (n = 1)
- Schwere Substanzabhängigkeitsstörung oder Borderline-Persönlichkeitsstörung wegen möglichen inkonsistenten Allianz-Erfolg Effekten (Flückiger et al., 2018, S. 327) (n = 1)
- Teilnahme an internen, fakultativen Therapieangeboten werden wegen möglichen Effekten auf den Erfolg wie folgt ausgeschlossen:
  - Psychotherapie: Teilnehmende, welche zusätzlich mehr als fünf Psychotherapiesitzungen zu je ca. einer Stunde wahrgenommen haben (n = 1). Dies, da ca. 75 % der Ratsuchenden mehr als 50 Psychotherapiesitzungen benötigen, um die jeweiligen Erfolgskriterien mehrheitlich zu erzielen und weniger als 20 Sitzungen bei ca. 50 % der Ratsuchenden keinen erheblichen Nutzen brachten, können bereits ab sieben Psychotherapiesitzungen wesentliche Verbesserungen beobachtet werden (Lambert, 2013, S. 188).
  - Körperwahrnehmungstherapie: Teilnehmende, welche mehr als sechs Sitzungen zu je ca. einer Stunde wahrgenommen haben (n = 2). Dies, da um Achtsamkeit zu entwickeln, eine regelmässige Praxis notwendig ist (Grossman et al., 2004, S. 36). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktions-Programme können mit einem Aufwand von 2.5 Stunden während 8-10 Wochen die Lebensqualität verbessern (ebd., S. 38-39). Ausserdem scheint die achtsamkeitsbasierte Meditation nach 6-16 Wochen zu mind. 2 Stunden das *Binge Eating* und ein emotionales Essverhalten reduzieren zu können

(Katterman et al., 2014, S. 200–202). Obschon kurzfristig keine signifikante Gewichtsreduktion erzielt wurden, können achtsamkeitsbasierte Trainings für die Gewichtskontrolle hilfreich sein (ebd., S. 203).

- Bewegungstherapie: Da ernährungsberaterische Fachpersonen körperliche Aktivität empfehlen und Personen mit Adipositas dazu motivieren sollen (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 137), werden nur die Teilnehmenden ausgeschlossen, welche von anderen Therapierenden zur Bewegungstherapie im Insepsital motiviert wurden (n = 1).

## 5.2.4 Datenerhebung und -aufbewahrung

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die Daten dieser Pilotstudie im Klinikalltag erhoben wurden. Es kann zwischen Daten unterschieden werden, die im klinischen Alltag und solchen, welche mittels schriftlichen Online-Fragebögen erhoben wurden.

### Daten aus dem klinischen Alltag

Daten, welche im Klinikalltag erhoben wurden, sind im I-pdos, dem informatikgestützten Patientendossier des Insepsitals notiert. Beispielsweise die Diagnosen, darunter auch die BES oder die Medikamente, welche durch das medizinische und psychologische Fachpersonal bei Eintritt im Gespräch ermittelt wurden. Während die Grösse via *High Accuracy Ultrasonic Sensors* (Seca GmbH & Co. KG, Hamburg, Germany) vom Pflegepersonal bei der Eintrittsuntersuchung erfasst wurde, ermittelten die ernährungsberaterischen Fachpersonen das Gewicht in jeder Ernährungsberatung, mittels Seca Personenwaagen (Seca GmbH & Co. KG, Hamburg, Germany). Die Gewichtsmessungen geben gleichzeitig die Beratungsfrequenz wieder. Eine Study Nurse übertrug schliesslich bei Ein- und Austritt die Daten vom I-pdos in die Datenbank.

### Fragebögen

Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, Online-Fragebögen zu Beginn, nach vier und elf Monaten der Behandlung zu beantworten. Diese wurden von einer Study Nurse per Mail aus der Redcap® Datenbank versendet. Darunter waren die Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität und der Allianz sowie die Frage zur Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung. Während die Lebensqualität zu Beginn (t0), im Monat vier (t1) und Monat elf (t2) erfragt wurde, gaben Teilnehmende zur Allianz im Monat vier und zur Zufriedenheit im Monat elf Auskunft. Zu Beginn wurden die Teilnehmenden zusätzlich zu ihren Angaben zum Alter, Geschlecht, Zivilstand, höchsten Bildungsabschluss, Rauchverhalten sowie zu ihren bisherigen

Therapieversuchen bezüglich ihrer Adipositas mittels Ernährungsberatung, Psychotherapie, Medikamenten oder Diäten erfragt. Die Antworten gingen direkt in die Redcap® Datenbank ein.

Im Folgenden sind nun die Erfassungsinstrumente für die Lebensqualität, die Allianz und die Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung ausführlich beschrieben.

### **Fragebogen zur Lebensqualität**

Die Lebensqualität wurde mit der Kurzform des validierten *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) von Morfeld et al. (2011, S. 92), der deutschsprachigen *Short Form-12* (SF-12), erfasst. Die SF-12 ist unabhängig vom BMI einsetzbar (Wee et al., 2008, S. 3). Der SF-12 Fragebogen erfasst einerseits die körperliche Gesundheit mit den Dimensionen „körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ in den letzten vier Wochen (Morfeld et al., 2011, S. 12). Andererseits wird die psychische Gesundheit der letzten vier Wochen mit den Dimensionen „soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden und Vitalität“ ermittelt (ebd.).

Um deren Inhalt zu illustrieren, sind im Folgenden die Fragen zu zwei Dimensionen aus dem SF-12 Fragebogen dargestellt. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang 12.3.1 einzusehen. Beispielsweise besteht zur Erfassung der körperlichen Funktionsfähigkeit die Frage: „Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?“ und erfragt dies bezüglich „mittlere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen“ und bezüglich „mehrere Treppenabsätze steigen“ (ebd., S. 98-99). Die körperliche Rollenfunktion wird beispielsweise mit der Frage erfasst: „Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?“ und erfragt die Ausprägung bezüglich: „Ich habe weniger geschafft als ich wollte“ und „ich konnte nur bestimmte Dinge tun“ (ebd.).

Die Antwortmöglichkeiten variieren zwischen einem Ja oder Nein sowie einer 3-, 5- oder 6-stufigen Likert-Skala (ebd.). Die Auswertung ist entsprechend aufwändig. Die Fragen 1, 8, 9 und 10 wurden zuerst umgepolt (ebd., S. 93). Anschliessend wurden mittels Dummy-Variablen nicht angewählte Antworten mit «0» oder angewählte Antworten mit «1» gewertet (ebd.). Daraufhin müssen die Dummy-Variablen mit Regressionskoeffizienten aus der amerikanischen Normstichprobe gewichtet und die körperlichen sowie psychischen Ergebnisse einzeln summiert werden (ebd.). Als letzter Schritt müssen die zwei Summenskalen psychische und körperliche Gesundheit anhand der amerikanischen Normstichprobe standardisiert werden (ebd., S. 95). Dazu wurden die zwei Summenskalen je

mit einer entsprechenden Konstante addiert (ebd.). Die Standardisierung an die amerikanische Normstichprobe sowie die Verwendung deren Regressionskoeffizienten erlaubt eine Standardisierung der Auswertung, wodurch die Reliabilität und Validität gesichert ist (ebd., S. 93). Daher wurden die letzten beiden Schritte auch in dieser Pilotstudie durchgeführt. Für diese Pilotstudie wurden die psychische und körperliche Summenskala schliesslich addiert, um mit einem Wert den Zusammenhang zur Arbeitsallianz untersuchen zu können. Höhere Werte präsentieren eine höhere Lebensqualität (ebd.).

### **Fragebögen zur Allianz**

Zur Auswahl eines geeigneten Fragebogens zur Erfassung der therapeutischen Allianz fand eine Durchsicht der vorhandenen Fragebögen im Bereich der Psychotherapie statt. Als Basis diente die Übersichtsarbeit von Hentschel (2005, S. 309) sowie die von Hank und Krampen (2005, S. 1–24). Zusätzlich fand eine freie Suche im Internet statt, wobei drei weitere Fragebögen, der Fragebogen therapeutische Beziehung, die STA-R sowie der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000 gefunden wurden (siehe zur Übersicht aller ermittelten Fragebögen die eigens erstellte Tab. 2 und Tab. 3 im Anhang 12.6). Mittels Ausschlussverfahren wurden die Fragebögen ausgeschlossen, welche nur Perspektiven für Beobachter oder Therapierende beinhalteten, nicht eklektisch orientiert oder nur fremdsprachig waren. Auch sogenannte Stundenbogen, welche nur einzelne Sitzungen widerspiegeln und daher punktuelle Eindrücke vermittelten, wurden ausgeschlossen. Von den noch übrig gebliebenen sechs Fragebögen wurden drei aufgrund ihrer Länge ( $\geq 40$  bis 93 Items) ausgeschlossen. So verblieben das WAI-SR, der *Helping Alliance Questionnaire* sowie die STA-R. Aufgrund seiner guten Reliabilität und Validität, der weitverbreiteten Nutzung sowie der eklektischen Ausrichtung (Wilmers et al., 2008, 347-352) wurde zur Erfassung der Allianz das WAI-SR als sinnvoll erachtet. Die Dimension „Angst sich zu öffnen“ aus der STA-R wurde zur Erfassung der Einflussnahme der Scham ausgewählt. Bei der Überarbeitung der Datenerfassung der Adipositas Programme 2018 wurden die Fragebögen zur Erfassung der Allianz in die Umfrage und somit in das Adipositas Einzelprogramm integriert.

Das deutschsprachige WAI-SR von Wilmers et al. (2008, S. 351–352) besitzt eine gute interne Konsistenz (Cronbachs Alpha .90) sowie Validität und beinhaltet zwölf Fragen. Es erfasst die therapeutische Allianz mittels dreier Subskalen: Einerseits zur Bindung, andererseits zur kongruenten Zielvorstellung und drittens zur Übereinstimmung bezüglich der Aufgaben, also hinsichtlich der vereinbarten Vorgehensweisen (ebd., S. 354). Für die Beantwortung der Fragen steht eine 5-stufige Likert-Skala von «1» («selten») bis «5» («immer») zur Verfügung und die Fragen sind einheitlich ausgerichtet (ebd., S. 348). Die Wahrnehmung einer besseren

therapeutischen Allianz ergibt höhere Werte (ebd., S. 355). Die Aussagen „mein/e Therapeut/in und ich achten einander“ sowie „ich spüre, dass mein/e Therapeut/in auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheisst“ dienen nebst anderen Aussagen zur Bewertung der Dimension Bindung (ebd., S. 355). Zur Einschätzung der Dimension Ziele und Arbeitsweise werden beispielsweise die Aussagen bewertet: „Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären“, respektive „ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten“ (ebd.). Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang 12.3.2.

Die Scham und deren mögliche Einflussnahme auf die Allianz wird durch die Dimension die „Angst, sich zu öffnen“ des Fragebogens STA-R von Brockmann et al. (2011, S. 211) erfasst. Sie erfragt „die Zurückhaltung eigener Gedanken und Gefühle des Patienten gegenüber dem Therapeuten aus Gründen der Angst und der Scham“ (ebd., S. 212). Die Dimension umfasst fünf Fragen und weist ebenfalls eine gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha .848) (ebd., S. 211). Auch hier besteht eine 5-stufige Likert-Skala, jedoch von «0» («trifft nicht zu») bis «4» («trifft völlig zu») (ebd., S. 210). Für die Auswertung müssen die Werte umgepolt werden, so dass höhere Werte eine bessere therapeutische Allianz repräsentieren (ebd., S. 212). Zur Bewertung bestehen beispielsweise die Aussagen „es ist mir zu peinlich, meiner/m Therapeutin/en von manchen Gedanken und Gefühlen zu erzählen“ und „ich spreche nicht über bestimmte Gefühle, weil ich Angst davor habe, was mein/e Therapeut/in über mich denkt“ (ebd., S. 211). Der gesamte Fragebogen ist im Anhang 12.3.3.

Das WAI-SR und die STA-R werden entsprechend der Verwendung von Wilmers et al. (2008, S. 349) und Brockmann et al. (2011, S. 210) nach drei Sitzungen und somit in dieser Untersuchung nach vier Monaten der Behandlung, also nach vier Beratungen erhoben. Dies entspricht der frühen therapeutischen Allianz, da sie während der Sitzung eins bis fünf erfasst wird und nicht zur Therapiemitte, also ab der sechsten Sitzung (Flückiger et al., 2018, S. 328).

### **Frage zur Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung**

Die Befragung zur Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung erfolgt via Beantwortung der Frage „wie beurteilen Sie die ernährungsberaterische Begleitung?“ auf einer 6-stufigen Likert-Skala von «0» («sehr negativ») bis «5» («sehr positiv») nach elf Monaten. Diese stammt aus einer Reihe von Fragen zur Evaluation der Adipositas Programme, welche aber nicht auf einem validierten Fragebogen basiert.

Lebow (1983, S. 212) definiert Zufriedenheit der Ratsuchenden wie folgt:

Within the narrow definition, I include all inquiries into the extent to which services gratify the client's wants, wishes, or desires for treatment. Included here are inquiries into both the felt adequacy of treatment and of the surrounding milieu; specific aspects may include reactions to the quality of care, to its helpfulness, its cost and continuity, the availability and accessibility of the practitioner, and the reaction to supporting services.

### **5.2.5 Störfaktoren und deren Kontrollen**

Im Folgenden werden mögliche Störfaktoren auf die Allianz oder den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang sowie die jeweiligen Behandlungserfolge beschrieben und wie mit diesen in der Pilotstudie umgegangen wurde.

#### **Störfaktoren auf die Allianz, den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang und deren Kontrollen**

Mit der Sichtung der Literatur, dargestellt im Kap. 2.10, konnten verschiedene Faktoren, welche auf die Arbeitsallianz oder die Allianz-Erfolg-Korrelation einen Einfluss haben können, ausfindig gemacht werden. Erwachsene Personen mit einer BES können reduzierte Allianz-Ergebnis-Zusammenhänge aufweisen (Graves et al., 2017, S. 335), weshalb die BES bei den entsprechenden Analysen in dieser Pilotstudie berücksichtigt wurde (siehe dazu das nachfolgende Kap. 5.2.6). Personen mit einer Substanzabhängigkeitsstörung oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden aufgrund von inkonstanten Zusammenhängen zwischen der Allianz und dem Erfolg ausgeschlossen (Flückiger et al., 2018, S. 327). Da die Wahrnehmungsperspektive von Ratsuchenden zur Allianz den Erfolg am besten vorherzusagen scheint (Flückiger et al., 2018, S. 328; Horvath & Symonds, 1991, S. 114), wurde diese Perspektive zur Allianz erfassung eingeführt. Damit nicht höhere Korrelationen durch Messungen zu Therapieende erfolgen (Flückiger et al., 2018, S. 328), wurde die Arbeitsallianz gemäss den Empfehlungen der Entwicklungspersonen früh in der Behandlung gemessen. Inwiefern sich die unterschiedlichen Fähigkeiten der verschiedenen Fachkräfte zur Allianzentwicklung auswirken, wurde in dieser Pilotstudie nicht untersucht und stellt eine Limitation der Studie dar. Ein Wechsel der Beratenden wurde kontrolliert und hat lediglich einmal stattgefunden, weshalb dadurch von keinem relevanten Einfluss ausgegangen wurde.

#### **Störfaktoren auf die Lebensqualität**

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann durch eine Gewichtsreduktion und daher am meisten durch ein bariatrisches Verfahren (Kolotkin & Andersen, 2017, S. 282–283), aber auch durch den BMI selbst (Kolotkin et al., 2002, S. 754) beeinflusst werden. Unabhängig vom BMI kann eine Depression oder eine Therapie mit Antidepressiva (Papakostas et al., 2004, S. 14),

eine Essstörung (Schlottbohm & Tagay, 2015, S. 165) sowie die körperliche Aktivität die Lebensqualität verändern (Herman et al., 2012, S. 633). Bei Personen mit Adipositas scheint die körperliche Mobilität durch das Alter, das Geschlecht, die Gehgeschwindigkeit, die Stabilität, die Körperkontrolle, die Schmerzen, die neurokognitiven Funktionen, die Knochenstruktur und die Umweltfaktoren beeinträchtigt werden zu können, was sich wiederum auf die Lebensqualität auswirken kann (Forhan & Gill, 2013, S. 131–134).

Da in dieser Pilotstudie nur die Verbesserung der Lebensqualität während der einjährigen Behandlung betrachtet wurde, wurde angenommen, dass sich selten bis langsam veränderbare Einflussfaktoren, wie beispielsweise das Alter, das Geschlecht und die Knochenstruktur wenig relevant erscheinen. Ein bariatrisches Verfahren als Ursache für Veränderungen in der Lebensqualität kann, wie bereits erklärt wurde, ausgeschlossen werden, da es eine Kontraindikation für das Programm darstellt. Veränderungen im Gewicht, respektive BMI, in der Essstörung sowie der körperlichen Aktivität und Mobilität (resultierend aus verschiedenen Faktoren wie der Gehgeschwindigkeit, der Stabilität, der Körperkontrolle, der Schmerzen und der neurokognitiven Funktionen) können bestenfalls durch die Behandlung resultieren oder wären sogar wünschenswert. Natürlich können auch andere Umstände, wie beispielsweise Schmerzen oder Umweltfaktoren, nebst der Behandlung zu Veränderungen in der Lebensqualität führen, was in Erwägung gezogen werden muss, da diese Gründe für Veränderungen nicht erfasst wurden. Mögliche Einflüsse durch eine bestehende Depression oder relevante Medikamente wurden erfasst und sind in der Stichprobenbeschreibung dargestellt. Somit wurden sie je nach Relevanz als Einflussfaktoren in der Diskussion erörtert.

### **Störfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung**

Die Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung kann möglicherweise vom Alter und Geschlecht der Teilnehmenden (Pascoe, 1983, S. 197), dem Bildungsstand der Teilnehmenden (Sitzia & Wood, 1997, S. 1835–1836), aber wahrscheinlicher von der interpersonellen Fähigkeit der ernährungsberaterischen Fachperson zuzuhören, aufmerksam und verständnisvoll zu sein, aber auch der Präsentationsfähigkeit freundlich, höflich und zuvorkommend zu sein (Vivanti et al., 2007, S. 44–46), beeinflusst werden. Nebst den interpersonellen Fähigkeiten scheinen aber auch die fachspezifischen Kompetenzen der ernährungsberaterischen Fachperson stark zur Zufriedenheit beizutragen (Kerssens & van Yperen, 1996, S. 221; Pascoe, 1983, S. 202–203). Ein höherer Gewichtsverlust muss nicht per se mit einer höheren Zufriedenheit von Ratsuchenden mit der Ernährungsberatung assoziiert sein (Burrows et al., 2013, S. 425). Aus Untersuchungen im Gesundheitswesen ist bekannt, dass auch die Umgebung, die

Verfügbarkeit und die Kontinuität des Angebots relevante Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit von Ratsuchenden sein können (Sitzia & Wood, 1997, S. 1837).

Die Fähigkeiten und Expertise der Fachpersonen sollen, wie die Umgebung, die Verfügbarkeit und die Kontinuität der Behandlung, durch die Befragung „wie beurteilen Sie die ernährungsberaterische Begleitung?“ erfasst werden. Ob Ratsuchende dies tatsächlich beurteilt haben, bleibt unklar, da es kein standardisierter Fragebogen ist, der zur Erfassung der Zufriedenheit verwendet wurde. Die wichtigsten Störfaktoren wie das Alter, das Geschlecht und der Bildungsstand wurden in dieser Pilotstudie aber erfasst und bei der Beschreibung der Stichprobe dargestellt sowie je nach Relevanz diskutiert.

### **Störfaktoren auf das Gewicht**

Eine Gewichtsveränderung könnte nicht nur durch die gewünschten Veränderungen im Ernährungs- oder Bewegungsverhalten erfolgt sein, sondern auch durch andere, nicht durch die Behandlung resultierende, Faktoren. So kann ein bariatrisches Verfahren (Jensen et al., 2014, S. 125) oder eine Schwangerschaft zu Gewichtsveränderungen führen (Durrer Schutz et al., 2019, S. 46). Ein bariatrisches Verfahren sowie eine Schwangerschaft kann ausgeschlossen werden, da es eine Kontraindikation für das Einzelprogramm darstellt und zu keinem Einschluss oder einem Dropout geführt hätte.

Auch endokrine Erkrankungen, eine Depression oder eine Psychose (Durrer Schutz et al., 2019, S. 46) sowie das Rauchen und ein Rauchstopp (Audrain-McGovern & Benowitz, 2011, S. 166), aber auch diverse Medikamente wie beispielsweise Orlistat, Thyroxin, Glukokortikoide, Betablocker, Diuretika, Insulin bei Betroffenen mit Diabetes Mellitus Typ 2, Sulfonylharnstoffe, Glitazone, Glucagon-like peptide-1-Rezeptor-Agonist (GLP-1-Agonist), Natrium-Glucose-Co-Transporter-2-Inhibitor (SGLT2-Inhibitor), Gestagene, Testosteron, Wachstumshormone, humanes Choriongonadotropin, Neuroleptika, Lithium, Valproinsäure, trizyklische Antidepressiva, Amphetamine können eine Gewichtsveränderung bewirken (Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. et al., 2014, S. 36, 63–64). Die Medikamente, die Erkrankungen sowie das Rauchverhalten wurden in dieser Pilotstudie bei Eintritt erfasst und in der Beschreibung der Stichprobe aufgeführt. Somit werden deren störbare Einflüsse, je nach Relevanz diskutiert.

Weiter können eine Essstörung, eine erhöhte oder verminderte Schlafdauer, chronischer Stress oder Veränderungen in der Umgebung, im Beruf, in psychosozialen Faktoren oder im geringen Selbstwertgefühl Gewichtsveränderungen bewirken (Durrer Schutz et al., 2019, S. 46). Gewichtsveränderungen durch Verbesserungen oben genannter Faktoren wären aber

wünschenswerterweise durch die Behandlung zustande gekommen, weshalb sie in dieser Pilotstudie nicht kontrolliert wurden.

### **5.2.6 Statistisches Vorgehen**

Im Zeitraum von Sept. 2018 bis Ende Juli 2020 nahmen 57 Personen an der Ernährungsberatung im Rahmen des einjährigen Adipositas Einzelprogramms im Insepspital teil. Von diesen 57 erfüllten 40 Teilnehmende die Einschlusskriterien (siehe das Kap. 5.2.3). 17 Personen mussten ausgeschlossen werden, da sie die Ausschlusskriterien erfüllten. Von den 40 Personen wurden weitere 13, wegen fehlenden Fragebögen bei Eintritt oder nach vier Monaten, vollständig von den Hauptanalysen ausgeschlossen. Aufgrund der fehlenden Fragebögen lagen keine Ausgangsdaten zur Lebensqualität oder zur Arbeitsallianz vor. Für die Hauptanalysen waren schliesslich die Daten von 27 Teilnehmenden verfügbar, welche mittels Intention-to-treat-Analyse analysiert wurden.

### **Interpretation der Ergebnisse**

Da die Power dieser Pilotstudie zu gering sein könnte (siehe für die Angabe zur Power das Kap. 5.1), wurden nicht zwingend signifikante Ergebnisse erwartet (Hedderich & Sachs, 2016, S. 429). Bei der Interpretation der Ergebnisse wurden die Effektstärken folglich mehr gewichtet als die Signifikanzen. Signifikante Ergebnisse waren gegeben, wenn der  $p$ -Wert, für die zweiseitigen Tests, respektive die einseitigen Tests der gerichteten Hypothesen 1 bis 3, unter 0.05 lag. Gemäss Cohen (1992, S. 157) wurde die Effektstärke einer Korrelation von .10 als schwacher, .30 als mittlerer und .50 als grosser Effekt betrachtet. Die Datenauswertung fand mittels IBM SPSS Statistics Version 25 statt.

### **Umgang mit fehlenden Daten**

Von den 27 Teilnehmenden fehlten bei vier Personen Angaben im Monat elf (t<sub>2</sub>) wegen einer fehlenden oder mangelhaften Beantwortung der Fragebögen bei Programmende. Zwei Personen hatten keine Fragebögen beantwortet und es fehlten die Daten zum SF-12 Fragebogen. Diese wurden trotzdem in die Analysen eingeschlossen. Die fehlenden Werte wurden mittels der Methode Last-Observation-Carried-Forward (LOCF) ersetzt, da davon ausgegangen wurde, dass sich deren Werte seit der letzten Erfassung nicht verändert haben (Wood et al., 2004, S. 369). Bei zwei weiteren Personen fehlten zum gleichen Zeitpunkt 1, respektive zwei einzelne Antworten im SF-12 Fragebogen. Auch diese wurden mittels LOCF ersetzt. Von den vier Personen, deren Werte mittels LOCF ersetzt wurden, war nur bei einer, wegen einem Programmabbruch, ein Grund bekannt. Diese Person gab als Grund „private

Probleme“ an. Von zwei Teilnehmenden fehlten im Monat elf Angaben zur Behandlungszufriedenheit. Für die Analysen zur Zufriedenheit wurden die zwei Fälle mit den fehlenden Daten paarweise ausgeschlossen (Weigl, 2016, S. 177–178). Von acht Personen fehlte eine Gewichtsangabe im Monat elf, weshalb von vier Personen die Gewichtsangabe von Monat zehn übernommen wurde. Vier Personen hatten keine Angabe zum Gewicht zum Zeitpunkt von Monat zehn oder elf, weshalb auch diese für die Analysen bezüglich Gewichtsreduktion paarweise ausgeschlossen wurden.

### **Die statistischen Verfahren**

Für die Auswahl der statistischen Verfahren wurden die zentralen Variablen zuerst auf ihre Normalverteilung mittels Histogramm und P-P Plot überprüft (Field, 2018, S. 243) (siehe die Abb. 5-11 und 12-18 im Anhang 12.7.1 und 12.7.2). Gemäss der grafischen Darstellung in den Histogrammen wurden die Daten, bis auf die des WAI-SR, wegen auffälliger Kurtosis oder Schiefe, als nicht normalverteilt betrachtet (ebd., S. 243-245). Da auch die Residuen, bis auf die des SF-12, in den entsprechenden Histogrammen ebenfalls nicht normalverteilt erschienen, wurden keine Regressionen berechnet.

Zur Beantwortung der Hypothesen 1 bis 6 wurden Korrelationen berechnet. Wegen fehlender Normalverteilung der Daten wurden nicht-parametrische Tests gewählt. Da nicht-parametrische Tests verwendet wurden, war es unnötig, Ausreisser zu behandeln (ebd., S. 351). Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen dem WAI-SR und der Behandlungszufriedenheit wurde von den nicht-parametrischen Tests, wegen vielen gebundenen Rängen, Kendall's tau verwendet (ebd., S. 353). Die restlichen Korrelationen wurden mit einer Spearman-Korrelation berechnet, da Kendall's tau nicht nötig erschien, wegen übermässig gebundenen Rängen (ebd.). Da bei der BES primär eine Gewichtsstabilisierung und keine Gewichtsreduktion angestrebt wird (Munsch et al., 2011, S. 59; Treasure et al., 2010, S. 589), wurden die Korrelationen zwischen dem WAI-SR und der Gewichtsreduktion, auch ohne die 3 Personen mit einer BES berechnet und die Ergebnisse mittels  $R_s^2$  verglichen (Field, 2018, S. 363). Für die Analysierung der Unterschiede im WAI-SR zwischen Personen mit oder ohne einer BES sowie zwischen den Geschlechtern, wurde ebenfalls wegen einer fehlenden Normalverteilung, in den getrennten Stichproben, ein nicht-parametrischer Test gewählt (ebd., S. 283). Der Test Kolmogorov-Smirnov Z wurde zur Untersuchung der Unterschiede gewählt, da er bei sehr kleinen Gruppen, weniger als 25 Personen pro Gruppe, von Vorteil ist (ebd., S. 292). Es wurden anschliessend die Effektstärken berechnet (ebd., S. 295). Schliesslich wurde die Ausprägung der Scham mittels

Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung aus der Summe der Antworten der fünf Items der Dimension „Angst, sich zu öffnen“ der STA-R angegeben.

### **5.2.7 Ethik und Datenschutz**

Die kantonale Ethikkommission Bern hat mit ihrer Antwort zum Ethik-Antrag für das Register AdiBern 2018-00774 2018 mitgeteilt, dass das Adipositas Register nicht unter das Humanforschungsgesetz falle. Daher dürfen Fragebögen im Rahmen der Routine des Adipositas Programmes anonymisiert erhoben werden, solange Teilnehmende den *General Consent* unterzeichnet haben. Zukünftige Projekte mit einer konkreten Forschungsfrage und konkreten Analysen, welche aus den Daten des Registers hervorgehen, müssen erneut bei der Ethikkommission eingereicht werden. Daher wurde ein Ethik-Antrag für diese Pilotstudie eingereicht. Die Ethikkommission Bern bewilligte den Antrag am 04.09.2020.

Die Teilnehmenden wurden bei ihrer Befragung informiert, dass sie im Verlauf ihrer Therapie eine Rückmeldung aus ihren Antworten erhalten werden. Bei der Befragung zur Arbeitsallianz wurden sie darauf hingewiesen, dass die Antworten anonym behandelt wurden und daher ehrliche Antworten erwünscht waren. Dies erfolgte gemäss den Empfehlungen der Autorenschaften, um sozial erwünschte Antworten zu umgehen (Brockmann et al., 2011, S. 212; Wilmers et al., 2008, S. 353) und somit das Risiko für einen Antwortbias zu reduzieren (Weigl, 2016, S. 178). Die Wahrnehmungen der Teilnehmenden bezüglich der Arbeitsallianz wurden den ernährungsberaterischen Fachpersonen nicht rückgemeldet und waren für diese auch nicht einsehbar. Die Fachpersonen wurden auch nicht über die Pilotstudie informiert, so dass sie mit unveränderten Voraussetzungen arbeiteten. Während dem Untersuchungszeitrahmen befanden sich keine Teilnehmenden bei der Verfassenden in Behandlung.

## **6 Ergebnisse**

### **6.1 Beschreibung der Stichprobe**

Von September 2018 bis Juli 2020 haben insgesamt 57 Personen mit dem Adipositas Einzelprogramm gestartet. Davon konnten 17 aufgrund der Ausschlusskriterien (siehe das Kap. 5.2.3) und 13 Teilnehmende aufgrund von fehlenden Fragebögen bei Eintritt oder nach vier Monaten nicht in die Hauptanalysen eingeschlossen werden. Es wurde zuerst überprüft, ob ausgeschlossene Teilnehmende sich, aufgrund von fehlenden Fragebögen, von untersuchten Teilnehmenden unterschieden (siehe Tab. 4 und 5 im Anhang 12.8). Das Alter, der BMI und die absolvierten Anzahl Beratungen der 27 eingeschlossenen Teilnehmenden und 13 ausgeschlossenen Personen waren in etwa vergleichbar. Personen, die auf die

Fragebögen geantwortet haben, zeigten eine leicht grössere Gewichtsreduktion in Kilogramm (Mdn = 1.80, IQR = 4), als Teilnehmende, welche wegen fehlenden Fragebögen ausgeschlossen werden mussten (Mdn = 0.10, IQR = 7). Hier wurde die Gewichtsreduktion von der ersten Ernährungsberatung zur letzten absolvierten Sitzung berechnet.

Beim Vergleich, ob sich die ein- und ausgeschlossenen Teilnehmenden in ihren Merkmalen bezüglich Geschlecht, Bildungsniveau, Arbeitspensum oder der Erfahrungen mit Ernährungsberatung vor Eintritt unterschieden, waren die Ergebnisse auffälliger (siehe Tab. 6 im Anhang 12.8). Ungefähr dreimal so viele Frauen wurden in die Analysen eingeschlossen, wie ausgeschlossen werden mussten. Bei den Männern hingegen, wurden ähnlich viele ein- wie ausgeschlossen. Demnach haben Männer die Fragebögen häufiger nicht beantwortet, Frauen die Fragebogen häufiger beantwortet oder beides trifft zu. Weiter fällt auf, dass Personen, die 100 % gearbeitet haben, häufiger die Fragebögen nicht ausgefüllt haben, als Teilnehmende, welche 90 % oder weniger arbeiteten. Schliesslich wurden auch Personen, die bereits vorgängig Ernährungsberatung hatten, häufiger aufgrund von fehlenden Fragebögen ausgeschlossen, als solche ohne vorgängige Ernährungsberatung. Das Bildungsniveau verhielt sich eher unauffällig. Bei den Begleiterkrankungen wurden die Unterschiede in den psychiatrischen Diagnosen untersucht (siehe Tab. 7 im Anhang 12.8). Auffällig war, dass im Verhältnis Personen ohne eine BES die Fragebogen häufiger ausgefüllt haben, als dies bei Personen mit einer BES der Fall war. Auch Personen mit einer depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer Angststörung haben im Verhältnis etwas weniger geantwortet, als Personen ohne eine solche psychische Erkrankung.

### **Die Stichprobe dieser Pilotstudie**

Die eingeschlossenen Teilnehmenden, umfassten schliesslich 27 Personen. Davon waren 20 weiblich und 7 männlich. Sie waren Mitte 30 (Mdn = 35, IQR = 24) und präsentierten eine Adipositas Grad II (Mdn = 37, IQR = 9). Von den geplanten 13 Beratungen absolvierten sie ca.  $\frac{3}{4}$  der Beratungen (Mdn = 10, IQR = 4). Weder das Alter, der BMI, noch die Teilnahmepräsenz unterschieden sich auffällig zwischen Männern und Frauen (siehe folgende Tab. 8.).

Bezüglich der Berufstätigkeit gaben 2 der 27 Teilnehmenden an, nicht berufstätig zu sein und die Mehrheit (66.6 %) der Berufstätigen arbeitete 70 % oder mehr. Knapp 80 % gaben an, ein Bildungsniveau auf mindestens Sekundarstufe II zu haben (siehe Tab. 9 im Anhang 12.8). Ungefähr  $\frac{1}{4}$  (26 %) der Teilnehmenden erwähnten weiter, zu rauchen und 3 Personen gaben an, das Rauchen sistiert zu haben. Nur bei einer Person war der Rauchstopp im letzten Jahr (siehe Tab. 10 im Anhang 12.8).

<b>Alter, BMI und Teilnahmepräsenz der Teilnehmenden</b>				
		Alter	BMI	absolvierte Beratungen
Männlich	Median	36	37.48	10
	N	7	7	7
	Interquartilsabstand	27	9	3
	Minimum	21	30	8
	Maximum	56	54	12
Weiblich	Median	33	36.39	9
	N	20	20	20
	Interquartilsabstand	25	7	5
	Minimum	18	29	5
	Maximum	69	47	13
Insgesamt	Median	35	36.95	10
	N	27	27	27
	Interquartilsabstand	24	9	4
	Minimum	18	29	5
	Maximum	69	54	13

Tab. 8: Alter, BMI und Teilnahmepräsenz der eingeschlossenen Teilnehmenden.

Die durchschnittliche Arbeitsallianz im WAI-SR betrug  $Mdn = 50$ ,  $IQR = 12$ , wobei der mögliche Wertebereich zwischen 12 und 60 lag. Männer gaben gegenüber Frauen im WAI-SR etwas höhere Werte an (Männer:  $Mdn = 53$ ,  $IQR = 13$ ; Frauen:  $Mdn = 46$ ,  $IQR = 13$ ) (siehe Abb. 19 im Anhang 12.7.3).

### **Behandlungsergebnisse der Stichprobe**

Die Behandlungsergebnisse sind in der folgenden Tab. 11 aufgeführt. Die Teilnehmenden nahmen ca. 2 kg an Gewicht ab ( $Mdn = 2.20$ ,  $IQR = 5$ ). Männer reduzierten ihr Körpergewicht dabei mehr als Frauen (Männer:  $Mdn = 3.10$ ,  $IQR = 10$ ; Frauen:  $Mdn = 1.08$ ,  $IQR = 4$ ). Die Verbesserung der Lebensqualität im SF-12 betrug  $Mdn = 0.46$ ,  $IQR = 13$ . Männer hatten dabei eine leicht stärkere Verbesserung im SF-12 als Frauen, wobei die Angaben der Frauen stärker variierten (Männer:  $Mdn = 2.27$ ,  $IQR = 5$ ; Frauen:  $Mdn = 0.35$ ,  $IQR = 19$ ). Schliesslich beurteilten die Teilnehmenden die Begleitung durch die Ernährungsberatung als «positiv» ( $Mdn = 4$ ,  $IQR = 1$ ). Die Skala reichte von «0» (sehr negativ) bis «5» (sehr positiv). Männer waren etwas zufriedener als Frauen (Männer:  $Mdn = 5$ ,  $IQR = 1$ ; Frauen:  $Mdn = 4$ ,  $IQR = 1$ ).

<b>Behandlungsergebnisse der Teilnehmenden nach elf Monaten</b>				
		Gewichtsreduktion*	Verbesserung SF-12	Behandlungszufriedenheit <sup>#</sup>
Männlich	Median	3.10	2.27	5
	N	7	7	7
	Interquartilsabstand	10	5	1
	Minimum	-3	-15	4
	Maximum	16	31	5
Weiblich	Median	1.08	0.35	4
	N	16	20	18
	Interquartilsabstand	4	19	1
	Minimum	-4	-22	3
	Maximum	22	21	5
Insgesamt	Median	2.20	0.46	4
	N	23	27	25
	Interquartilsabstand	5	13	1
	Minimum	-4	-22	3
	Maximum	22	31	5

\* Positive Werte entsprechen einer Gewichtsreduktion (kg), <sup>#</sup> Skala «0» (sehr negativ) bis «5» (sehr positiv)

Tab. 11: Behandlungsergebnisse der eingeschlossenen Personen nach elf Monaten.

### **Entwicklung und bisherige Behandlungsversuche bezüglich der Adipositas**

Von den 27 Teilnehmenden berichteten 56 % über Übergewicht im Kindes- oder Jugendalter. Zum Zeitpunkt des Programmeintritts erreichte knapp die Hälfte (48 %) der Teilnehmenden ihr bisheriges Maximalgewicht. Weiter nahm mindestens die Hälfte (52 %) zwischen der im Programm stattgefundenen Eintrittsuntersuchung und der ersten Ernährungsberatung mehr als 2 kg zu. Weitere 37 % konnten in diesem Zeitraum ihr Gewicht halten und 11 % hatten bereits mindestens 2 kg abgenommen (siehe Tab. 12 im Anhang 12.8).

Von den 27 Teilnehmenden teilten 56 % mit, bereits Ernährungsberatung absolviert zu haben. Die Mehrheit war vor mehr als 2 Jahren in der Ernährungsberatung und besuchte in diesem Rahmen bis zu 5 oder 10 Beratungen. Zur Gewichtsreduktion in der Vergangenheit versuchten von den 27 Teilnehmenden 19 Personen (70 %) eine Diät, 7 Personen (26 %) eine medikamentöse Behandlung und 2 Personen (7 %) eine Psychotherapie, bevor sie zur Behandlung ihrer Adipositas ans Inselspital gelangten (siehe Tab. 13 im Anhang 12.8).

## **Begleiterkrankungen und Medikamentengruppen**

Von den 27 Personen hatten 7 Personen (17.5 %) eine Schilddrüsenerkrankung. 5 der 7 Erkrankungen wurden vor April 2018 entdeckt und nur 2 nach August 2018, also kurz vor der Stichprobenerhebung. Gleich häufig wie die Schilddrüsenerkrankungen bestanden unter den Teilnehmenden Gelenksbeschwerden (17.5 %), obschon nur eine Person (2.5 %) eine Arthrose hatte. Weitere 6 Personen präsentierten eine Dyslipidämie und je 3 Personen eine Lebererkrankung, ein Schlafapnoe Syndrom oder eine Hyperurikämie. Von den psychologischen Störungen war die BES (7.5 %) gleichermassen vertreten wie die depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung (7.5 %). Ein Diabetes Mellitus Typ II, eine maligne Erkrankung, ein Reflux und eine Angststörung zeigten sich nur je bei einer Person (2.5 %) (siehe Tab. 14 im Anhang 12.8).

Von den Medikamentengruppen waren Gestagene und Levothyroxin am meisten vertreten. Am zweithäufigsten wurde Betablocker und Antidepressiva eingenommen. Vereinzelt wurden Biguanide, Liraglutide, Gliptine, Glukokortikoide, trizyklische Antidepressiva oder Gliflozine genommen. Total waren je 10 Medikamentengruppen mit eher gewichtssteigernder und eher gewichtsreduzierender Wirkung präsent (siehe Tab. 15 im Anhang 12.8).

## **6.2 Ergebnisse der Hypothesen 1, 2, 3**

Es ist davon auszugehen, dass die Pilotstudie, aufgrund ihrer zu kleinen Stichprobe, möglicherweise keine signifikanten Ergebnissen aufzudecken vermag (Hedderich & Sachs, 2016, S. 429). Daher wurden bei der Interpretation der Ergebnisse die Effektstärken mehr gewichtet als die Signifikanzen.

Zwischen der Arbeitsallianz und der Gewichtsreduktion bestand eine mittlere, positive, statistisch signifikante Beziehung:  $r_s = .38$ ,  $p = .038$  (einseitig). Eine bessere Arbeitsallianz scheint daher mit einer grösseren Gewichtsreduktion zusammenzuhängen. Es waren 14,8 % der Varianz in der Gewichtsreduktion durch Varianzen in der Arbeitsallianz zu erklären. Wenn die Beziehung ohne die drei Personen mit einer BES betrachtet wurde, war ebenfalls eine mittlere, positive, statistisch signifikante Beziehung zu beobachten:  $r_s = .42$ ,  $p = .034$  (einseitig). Die Effektstärke nahm dabei leicht zu. Wurden die drei Personen mit einer BES ausgeschlossen, ergab sich eine Varianz in der Gewichtsreduktion von 17.6 %, welche durch Varianzen in der Arbeitsallianz erklärt werden konnten. Die Ergebnisse der Hypothesen 1, 2 und 3 sind in der folgenden Tab. 16 zusammengefasst.

## Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und den Therapieergebnissen

	Arbeitsallianz (WAI-SR)	
	Spearman Korrelation	$\rho$ -Wert (einseitig)
Gewichtsreduktion	.38*	.038*
Gewichtsreduktion ohne BES	.42*	.034*
Lebensqualität (SF-12)	.23	.124
Behandlungszufriedenheit	.49*#	.002*

\*  $\rho < .05$  (einseitig), # Kendall's tau

Tab. 16: Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und verschiedenen Therapieergebnissen.

Zwischen der Arbeitsallianz und der Verbesserung in der Lebensqualität konnte ein eher mittlerer, positiver, aber nicht signifikanter Zusammenhang ausgemacht werden:  $r_s = .23$ ,  $\rho = .124$  (einseitig). Eine bessere Arbeitsallianz und eine stärkere Verbesserung in der Lebensqualität scheinen daher eher moderat in Beziehung zu stehen.

Diesen Ergebnissen entgegen, war zwischen der Arbeitsallianz und der Behandlungszufriedenheit eine starke, positive und sogar statistisch signifikante Beziehung zu beobachten:  $\tau = .49$ ,  $\rho = .002$  (einseitig). Da die Korrelation nach Kendall's  $\tau$  kleiner ist als die nach Spearman (Strahan, 1982, S. 764), wurde hier keine Umrechnung von  $\tau$  in  $r_s$  für die Interpretation der Werte vorgenommen, da diese somit nur grösser wären und daher immer noch einer starken Korrelationen entsprechen würde. Es kann folglich angenommen werden, dass eine bessere Arbeitsallianz wahrscheinlich mit einer höheren Behandlungszufriedenheit zusammenhängt.

### 6.3 Ergebnisse der Hypothesen 4, 5, 6

Zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter bestand kein Zusammenhang, welcher sich auch als nicht signifikant herausstellte:  $r_s = .09$ ,  $\rho = .647$  (zweiseitig). Demnach kann eher keine Beziehung zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter angenommen werden.

Zwischen dem BMI und der Arbeitsallianz fand sich sogar eine negative, schwache, aber auch nicht signifikante Beziehung:  $r_s = -.13$ ,  $\rho = .510$  (zweiseitig). Demnach besteht die schwache

Beziehung, aber eher wie erwartet, zwischen einer besseren Arbeitsallianz und einem tiefen BMI, respektive zwischen einem höheren BMI und einer tieferen Arbeitsallianz.

Es fand sich letztlich ein mittlerer, positiver und nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und der Teilnahmepräsenz:  $r_s = .29$ ,  $\rho = .150$  (zweiseitig). Demnach lässt sich eher eine Beziehung zwischen der Teilnahmepräsenz und der Arbeitsallianz vermuten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tab. 17 zusammengefasst.

### Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter, BMI und der Teilnahme

	Arbeitsallianz (WAI-SR)	
	Spearman Korrelation	$\rho$ -Wert (zweiseitig)
Alter	.09	.647
BMI	- .13	.510
Teilnahmepräsenz	.29	.150

\*  $\rho < .05$  (zweiseitig)

Tab. 17: Korrelationen zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter, BMI und der Teilnahme.

## 6.4 Ergebnisse der Hypothese 7 und der Geschlechtsunterschiede

Die Arbeitsallianz von Personen mit einer BES ( $Mdn = 51.00$ ) und ohne eine BES ( $Mdn = 49.00$ ) unterschied sich nur schwach und nicht signifikant:  $D(27) = 0.680$ ,  $\rho = .744$  (zweiseitig),  $r = .13$ . Daher waren in der Arbeitsallianz aufgrund einer BES nur schwache und daher vernachlässigbare Unterschiede auszumachen. Die Werte von Personen mit einer BES waren dabei leicht höher als die Werte der Personen ohne eine BES (siehe Abb. 20 im Anhang 12.7.3). Zwischen der Arbeitsallianz von Männern ( $Mdn = 53.00$ ) und Frauen ( $Mdn = 46.50$ ) konnte ein eher mittlerer und nicht signifikanter Unterschied ausgemacht werden:  $D(27) = 1.139$ ,  $\rho = .15$  (zweiseitig),  $r = .22$ . Aufgrund der Geschlechter waren somit eher moderate Unterschiede in der Arbeitsallianz zu beobachten (siehe Abb. 19 im Anhang 12.7.3).

## 6.5 Ergebnisse zur Scham

Für die Dimension „Angst, sich zu öffnen“ betrug der mögliche Wertebereich zwischen 0 bis 20. Höhere Werte bedeuteten eine bessere beraterische Allianz und weniger „Angst, sich zu

öffnen“. Die „Angst, sich zu öffnen“, schien durchschnittlich eher weniger ausgeprägt gewesen zu sein ( $M = 16$ ,  $SD = 3.74$ ,  $Min = 8$ ,  $Max = 20$ ). Besonders Frauen gaben aber gegenüber Männern eher tiefere Werte an (Frauen:  $M = 15.5$ ,  $SD = 3.95$ ,  $Min = 8$ ,  $Max = 20$ ; Männer:  $M = 17.7$ ,  $SD = 2.63$ ,  $Min = 13$ ,  $Max = 20$ ). Demnach zeigten sich Frauen eher in der Offenheit gegenüber Beratenden gehemmt zu sein und äusserten somit auch etwas häufiger schlechtere beraterische Allianzen wahrzunehmen (siehe die folgende Abb. 21).

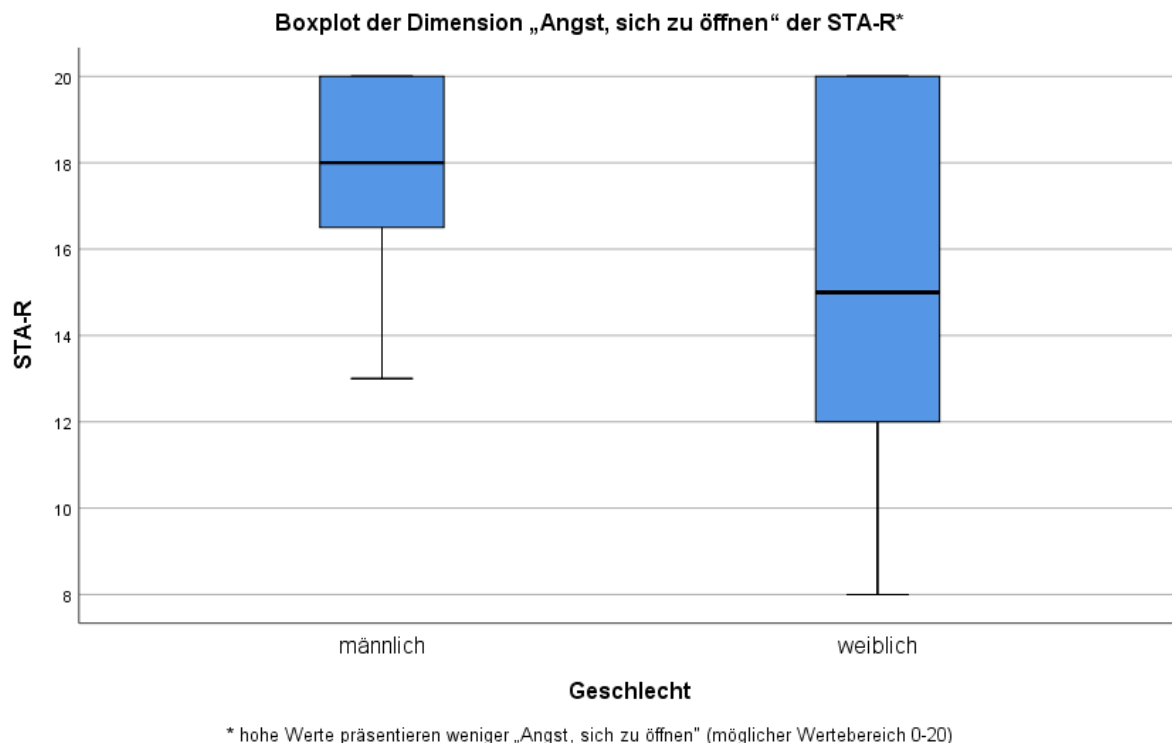


Abb. 21: Boxplot der Dimension „Angst, sich zu öffnen“ der STA-R nach Geschlecht.

Nach der Darstellung der Ergebnisse, werden nun, basierend auf diesen, die Nullhypothesen getestet. Die verbleibenden Hypothesen ermöglichen im darauffolgenden Kap. die Beantwortung der Fragestellungen.

## 7 Hypothesenprüfung und Beantwortung der Forschungsfragen

Zur Prüfung der Hypothesen und Beantwortung der Forschungsfragen wurden die Effektstärken und Signifikanzen betrachtet (Hedderich & Sachs, 2016, S. 735). Angenommenen oder verworfenen Hypothesen sind mit Vorbehalt Glaube zu schenken, da die Stichprobe möglicherweise zu klein war, um signifikante Ergebnisse zu erhalten (ebd., S. 429).

## **Prüfung der Hypothesen**

Hypothese 1: Die signifikanten Ergebnisse stützen die Nullhypothese eher nicht, weshalb diese abgelehnt wurde. Die Alternativhypothese, dass eine bessere Arbeitsallianz mit einer höheren Gewichtsreduktion nach elf Monaten zusammenhängt, wurde daher angenommen.

Hypothese 2: Die Nullhypothese, dass eine bessere Arbeitsallianz nicht mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität nach elf Monaten zusammenhängt, wurde durch die nicht signifikanten Ergebnisse eher gestützt und folglich, möglicherweise irrtümlich, beibehalten.

Hypothese 3: Die signifikanten Ergebnisse stützen die Nullhypothese eher nicht. Somit wurde die Alternativhypothese, dass eine bessere Arbeitsallianz mit einer höheren Zufriedenheit mit der Ernährungsberatung nach elf Monaten zusammenhängt, angenommen.

Hypothese 4: Die Nullhypothese, dass die Arbeitsallianz und das Alter nicht voneinander abhängig sind, wurde durch die Ergebnisse eher gestützt und daher beibehalten.

Hypothese 5: Ebenfalls wurde die Nullhypothese, dass die Arbeitsallianz und der initiale BMI voneinander unabhängig sind, durch die Ergebnisse eher gestützt und somit beibehalten.

Hypothese 6: Auch die Nullhypothese, dass die Arbeitsallianz und die Teilnahmepräsenz voneinander unabhängig sind, wurde wegen fehlender Signifikanz beibehalten. Möglicherweise auch hier irrtümlich, da ein relevanter Zusammenhang vorhanden schien.

Hypothese 7: Den Ergebnissen nach, muss die Nullhypothese, dass die Arbeitsallianz von Personen mit oder ohne einer BES nicht differiert, beibehalten werden, obschon hier wahrscheinlich zu wenig Personen untersucht wurden.

## **Beantwortung der Forschungsfragen**

Die zentrale Fragestellung dieser Thesis „hängt eine bessere Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn (nach vier Beratungen) mit einer höheren Gewichtsreduktion, einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität oder einer höheren Behandlungszufriedenheit nach elf Monaten einer ambulanten Ernährungsberatung bei adipösen Erwachsenen zusammen?“ kann wie folgt beantwortet werden: Eine bessere Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn hängt wahrscheinlich mit einer höheren Gewichtsreduktion, respektive einer höheren Behandlungszufriedenheit und wahrscheinlich sogar mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität nach elf Monaten einer ambulanten Ernährungsberatung bei adipösen Erwachsenen, zusammen. Die weiterführende Fragestellung, „hängt die Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn (nach vier Beratungen) mit Merkmalen von adipösen Erwachsenen (bezüglich Alter und BMI) oder deren Teilnahmepräsenz zusammen?“ kann wie folgt beantwortet werden: Die Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn hängt eher nicht mit dem Alter oder dem BMI von adipösen Erwachsenen zusammen, aber wahrscheinlich mit ihrer Teilnahmepräsenz. Die Frage „gibt es Unterschiede in der Arbeitsallianz bei Personen mit und

ohne einer BES?“ ist eher mit nein zu beantworten, obschon diese Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe mit Vorsicht zu beurteilen sind.

Im nachstehenden Kap. werden die Ergebnisse dieser Pilotstudie mit der bisherigen Datenlage abgeglichen, die Methodik wird diskutiert und es werden die Limitationen aufgezeigt.

## **8 Diskussion**

### **8.1 Diskussion der Ergebnisse**

Diese Pilotstudie untersuchte, ob die Arbeitsallianz, wie in der Psychotherapie (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445) auch in der Ernährungsberatung mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängt. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie ergaben, dass eine zu Beratungsbeginn bessere Arbeitsallianz und eine nach elf Monaten höhere Gewichtsreduktion, respektive eine höhere Behandlungszufriedenheit in der ambulanten Ernährungsberatung im Rahmen des Adipositas Einzelprogrammes, signifikant zusammenhängen. Die frühe Arbeitsallianz schien etwas weniger, aber auch immer noch moderat mit einer stärkeren Verbesserung in der Lebensqualität nach elf Monaten der Behandlung zusammenzuhängen. Personen, welche eine bessere Arbeitsallianz wahrnahmen, zeigten gleichzeitig auch eine höhere Teilnahmepräsenz. Dagegen ergab die Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter oder dem BMI. Während aufgrund einer BES kein Unterschied beobachtbar war, zeichnete sich zwischen den Geschlechtern ein leichter Unterschied ab.

#### **Die Zusammenhänge zwischen der Allianz und den Behandlungsergebnissen**

Der wahrscheinlich positive, signifikante Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und der Gewichtsreduktion geht mit bisherigen Ergebnissen aus der Psychotherapie einher (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141). Das Ergebnis dieser Pilotstudie ist zudem mit den Ergebnissen eines gruppenbasierten Online-Gewichtsreduktionsprogrammes vergleichbar (Krukowski et al., 2019, S. 371). Die Ergebnisse des gruppenbasierten Online-Gewichtsreduktionsprogrammes zeigten nach sechs Monaten ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang, zwischen der Bindung des WAI-SR und der Gewichtsreduktion, welcher aber nach 18 Monaten nicht mehr zu erkennen war (ebd.). In der Pilotstudie dieser Thesis bestand der Zusammenhang nach elf Monaten, nicht zu vergessen von vier Personen nach zehn Monaten. Weiter lassen sich knapp 15 % der Varianz in der Gewichtsreduktion durch Varianzen in der Arbeitsallianz erklären.

Diese Varianz ist wiederum vergleichbar mit der Varianz von 17 %, welche in einem sechsmonatigen Behandlungsangebot zur Gewichtsreduktion der Ärzteschaft beobachtet wurde (Sturgiss et al., 2016, S. 378). Die Varianz von 17 % war jedoch nicht signifikant und wurde an 19 Teilnehmenden beobachtet ( $r = .414$ ,  $p = .078$  (zweiseitig)) (ebd.). Eine Power-Berechnung wurde nicht erwähnt. Es ist nicht auszuschliessen, dass diese Untersuchung möglicherweise, aufgrund der kleinen Stichprobe, ebenfalls eine zu geringe Power besass, um signifikante Ergebnisse auszumachen (Hedderich & Sachs, 2016, S. 439). Die signifikanten Ergebnisse in der Pilotstudie dieser Thesis gingen sicherlich durch die einseitige Untersuchung hervor (ebd., S. 440). Die Varianz, welche in dieser Pilotstudie in der Gewichtsreduktion ausgemacht werden konnte, ist mit knapp 15 % deutlich grösser als die Varianz von 8 %, welche von Flückiger et al. (2018, S. 327) beschrieben wurde. Dies ist möglicherweise auch auf die Grösse der Stichprobe zurückzuführen, da mit zunehmender kleinerer Stichprobe, stärkere Effekte auftreten können (Hedderich & Sachs, 2016, S. 743).

Grundsätzlich kommt die Frage auf nach der Kausalität. Diese kann aber weder mittels der Korrelationskoeffizienten, noch mit alleinigen Regressionsanalysen geklärt werden (Bortz & Weber, 2005, S. 235–236). Natürlich könnte hier eher angenommen werden, dass die Arbeitsallianz, die nach vier Monaten gemessen wurde, die Gewichtsreduktion, die später gemessen wurde, herbeiführt. Es wäre aber auch denkbar, dass die Gewichtsreduktion bereits nach vier Monaten bestand und eine grössere Gewichtsreduktion eine bessere Arbeitsallianz ergab. Schliesslich könnte die Kausalität auch abwechselnd gegenseitig bestehen oder weitere Variablen könnten die Kausalität beeinflussen (ebd., S. 235). Die Metaanalyse von Flückiger et al. (2018, S. 329) unterstützt jedenfalls die bisherige Annahme, dass die therapeutische Allianz das Therapieergebnis vorhersagt. Einige Studien weisen zudem auf eine wechselseitige Wirkung hin. Also, dass Veränderungen in der Allianz von Personen zu Symptomveränderungen führen und Symptomveränderungen wiederum zu Veränderungen in der Allianz (Falkenström et al., 2013, S. 326; Xu & Tracey, 2015, S. 356). Mit den Korrelationsanalysen in dieser Pilotstudie kann die Kausalität auf jeden Fall nicht geklärt werden. In einer weiteren Untersuchung könnte zusätzlich kontrolliert werden, ob ein Zusammenhang zwischen einer Gewichtsreduktion, respektive der Verbesserung in der Lebensqualität und der Arbeitsallianz bereits nach vier Monaten besteht.

Die Befragung der Teilnehmenden zur Zufriedenheit mit der Behandlung kann zur Vorhersage der Compliance sowie dem Bedürfnis nach einem Wechsel der Behandelnden dienen (Pascoe, 1983, S. 189). Die wahrscheinlich positive und signifikante Beziehung zwischen der Arbeitsallianz und der Behandlungszufriedenheit entspricht den Ergebnissen bisheriger Studien (Kim et al., 2008, S. 87–88; Scherer et al., 2016, S. 40). Die eher ausgeprägte Zufriedenheit könnte möglicherweise durch das vorherrschende weibliche Geschlecht in

dieser Pilotstudie beeinflusst gewesen sein (Pascoe, 1983, S. 197). Da die Zufriedenheit nicht mit einem standardisierten Fragebogen erhoben wurde, sondern nur mit einer 5-stufigen Likertskala, traten gebundene Ränge nicht unerwartet auf und entsprechend war die Wahl des Kendall's tau zur Untersuchung des Zusammenhangs angemessen (Field, 2018, S. 353).

Die eher mittlere und nicht signifikante Beziehung zwischen einer Verbesserung der Lebensqualität und einer besseren Arbeitsallianz ist immer noch konsistent mit Ergebnissen aus der Psychotherapie, welche im Vergleich signifikant waren (Horvath & Bedi, 2008, S. 291; Martin et al., 2000, S. 445). Möglicherweise musste die Nullhypothese in dieser Pilotstudie, aufgrund einer fehlenden Signifikanz, fälschlicherweise beibehalten werden. Eine Untersuchung aus der Adipositas Behandlung zeigte zwischen der Arbeitsallianz und einzelnen Dimensionen der Lebensqualität sowohl keine, als auch signifikante Zusammenhänge (Sturgiss et al., 2016, S. 378). Wie bereits erwähnt wurde, ist von dieser aber keine Power-Berechnung bekannt.

### **Die Zusammenhänge zwischen der Allianz und dem Alter, dem BMI oder der Teilnahme**

Dass kein Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem Alter beobachtet wurde, ist mit den Ergebnissen von Nagy et al. (2018, S. 3) und Horvath (2000, S. 172) vergleichbar. Diesen Ergebnissen entgegen, fanden Krukowski et al. (2019, S. 371) eine signifikante, aber dennoch nur schwache Beziehung zwischen einem höheren Alter und einer stärkeren Bindung, weshalb dies auch eher vernachlässigbar scheint.

Die Beziehung zwischen dem BMI und der Arbeitsallianz stimmt ebenfalls mit den Ergebnissen von Nagy et al. (2018, S. 3) überein. Auch Nagy et al. fanden einen schwachen, negativen, aber nicht signifikanten Zusammenhang. Personen mit einem höheren BMI zeigten daher nur eine schwache Tendenz zu tieferen Arbeitsallianzen, oder umgekehrt. Auch dieser Zusammenhang scheint nicht genug ausgeprägt und damit wahrscheinlich eher vernachlässigbar. Dies könnte bedeuten, dass ernährungsberaterische Fachpersonen mit Personen mit einem höheren BMI trotzdem ausreichende Arbeitsallianzen bilden können. Der BMI schien daher relevant, da Personen mit einem höheren BMI eher grössere Gewichtsreduktionen wünschen (Jung et al., 2017, S. 144–145). Möglicherweise grössere, als Fachpersonen empfehlen sollen, da diese realistische Ziele mit den Betroffenen zu vereinbaren haben (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016, S. 130; Hauner et al., 2013, S. 267; Jensen et al., 2014, S. 113). Die Bildung einer ausreichenden Arbeitsallianz könnte damit aufgrund verschiedener Zielvorstellungen gefährdet sein. Da Personen mit einer BES, im Vergleich zu Personen mit einer alleinigen Adipositas, einen höheren BMI aufweisen können (Allison & Lundgren, 2006, S. 110) und diese wiederum weniger starke Effekte

zwischen der Allianz und dem Therapieerfolg aufweisen können (Flückiger et al., 2018, S. 327), wäre es empfehlenswert gewesen, den Einfluss der BES auf den Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und dem BMI, zu kontrollieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zum wahrscheinlich eher starken, positiven, nicht signifikanten Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und der Teilnahmepräsenz gehen mit anderen Ergebnissen einher, welche im Bereich der Adipositas zu finden sind (Sturgiss et al., 2016, S. 378). Diese fanden nicht nur eine starke, sondern auch eine signifikante Beziehung (ebd.). Dies erstaunt aber weniger, wenn berücksichtigt wird, dass die Allianz und die Teilnahmepräsenz in dieser Studie zum gleichen Zeitpunkt gemessen wurden (ebd.). Wird die Allianz näher zum Therapieende gemessen, hängen die Allianz und das Ergebnis stärker zusammen, als wenn die Allianz früh gemessen wird (Flückiger et al., 2018, S. 328; Horvath et al., 2011, S. 14; Horvath & Bedi, 2008, S. 311; Horvath & Symonds, 1991, S. 145). Auch Krukowski et al. (2019, S. 371) haben in der Adipositas Behandlung einen signifikanten Zusammenhang ausgemacht, hier aber statt zur Allianz, zur Bindung. Dementgegen haben Nagy et al. (2018, S. 4) einen signifikanten Unterschied in der Dimension Ziele gefunden, wenn Teilnehmende ein Programm vollständig oder unvollständig absolviert haben. Sie fanden aber keinen signifikanten Unterschied, wenn sie, statt der Ziele, die totale Allianz betrachteten (ebd.). Die Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen Gegenteiliges, was Untersuchungen aus dem Bereich der Psychotherapie ergaben. Untersuchungen aus der Psychotherapie erkennen keinen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und der Anzahl Sitzungen, respektive einer längeren Therapiedauer (Gold et al., 2015, S. 311; Horvath & Symonds, 1991, S. 145). Dieser Unterschied, der sich abzeichnet zwischen dem Bereich der Psychotherapie und dem Bereich der Adipositas Behandlung könnte möglicherweise durch das Setting zustande kommen. So findet Psychotherapie meist eher über eine längere Dauer mit sehr regelmässigen Sitzungen in kurzen Zeitabständen statt (Warschburger, 2009, S. 25). Die Sitzungen in der Adipositas Behandlung waren vergleichsweise wöchentlich, vier Mal im Jahr oder zweimonatlich geplant und wurden im ersten und letzten Fall im Verlauf reduziert (Krukowski et al., 2019, S. 370; Nagy et al., 2018, S. 2; Sturgiss et al., 2016, S. 377).

### **Der Unterschied in der Arbeitsallianz aufgrund einer BES oder der Geschlechter**

Schliesslich konnte in dieser Pilotstudie kein Unterschied in der Arbeitsallianz, aufgrund einer BES, ausgemacht werden. Diese Ergebnisse sollten nicht zu sehr interpretiert werden, da für die Analyse nur drei Personen mit einer BES und vorhandenen Fragebögen eingeschlossen werden konnten. Diese Untersuchung muss sicherlich zukünftig wiederholt werden. Die Nullhypothese musste hier möglicherweise fälschlicherweise beibehalten werden. Um

zukünftig einen signifikanten Effekt aufzudecken, wäre hier eine ausreichend grosse Stichprobe nötig. Es resultierte ein Unterschied in der Effektstärke zwischen einer besseren Arbeitsallianz und einer grösseren Gewichtsreduktion, wenn die drei Personen mit einer BES ausgeschlossen wurden. So konnte erst 14.8 % der Varianz in der Gewichtsreduktion durch Varianzen der Arbeitsallianz erklärt werden. Wurden die drei Personen mit einer BES aber ausgeschlossen, ergab sich eine leicht höhere Varianz von 17.6 %. Dieser Effekt könnte aber auch wegen der Verkleinerung in der Stichprobengrösse zustande gekommen sein, da mit zunehmender kleinerer Stichprobe stärkere Effekte auftreten können (Hedderich & Sachs, 2016, S. 743). Der Effekt ohne die Personen mit einer BES war jedoch immer noch signifikant.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie ergaben ausserdem einen moderaten, nicht signifikanten Unterschied in der Arbeitsallianz zwischen den Geschlechtern. Bisherige Ergebnisse aus der Adipositas Behandlung zeigen hingegen keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen (Krukowski et al., 2019, S. 370; Nagy et al., 2018, S. 3). Möglicherweise ist das Ergebnis in dieser Pilotstudie auch nur zustande gekommen, indem die sieben Männer nur zufällig von stärkeren Arbeitsallianzen berichteten. In der Stichprobe dieser Pilotstudie waren Männer deutlich untervertreten, obschon adipöse Männer gegenüber adipösen Frauen in der Population sogar leicht dominieren (Bochud et al., 2017, S. 35). Dieses Phänomen ist aber bereits bekannt (Hickson et al., 2009, S. 73). Die Angst, sich zu öffnen, aus Gründen der Angst oder Scham, schien durchschnittlich auch eher wenig ausgeprägt gewesen zu sein ( $M = 16$ ,  $SD = 3.74$ ,  $Min = 8$ ,  $Max = 20$ ). Dies erstaunt besonders, da Personen mit Adipositas ausgeprägtere Schamgefühle als normal- oder übergewichtige Personen präsentieren können (Pila et al., 2016, S. 103). Es muss hier die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass Teilnehmende trotz dem Wissen, dass die Daten anonym behandelt wurden, eher sozial erwünschte Antworten gaben. Frauen zeigten sich jedoch auch hier eher in der Offenheit gegenüber Beratenden gehemmt zu sein (Frauen:  $M = 15.5$ ,  $SD = 3.95$ ,  $Min = 8$ ,  $Max = 20$ ; Männer:  $M = 17.7$ ,  $SD = 2.63$ ,  $Min = 13$ ,  $Max = 20$ ). Es zeichnet sich daher schon eine leichte Tendenz bei Frauen ab, über tiefere Allianzen zu berichten.

## **8.2 Diskussion der Methodik**

Die Arbeitsallianz wurde mit einem schulenübergreifenden, validen und reliablen Fragebogen, dem WAI-SR erhoben. Auch die Erhebung der BES ging in dieser Untersuchung standardisiert vonstatten. Zum Ausschluss relevanter Störfaktoren auf die Ergebnisse wurden wesentliche Diagnosen, Medikamente sowie weiterführende Faktoren erfasst und konnten in der Diskussion der Ergebnisse bei Bedarf erörtert werden. Um Veränderungen im Gewicht und der Lebensqualität auch auf Veränderungen im Ess- und Bewegungsverhalten zurückzuführen

zu können, wäre eine gleichzeitige Erfassung und Evaluation dieser Veränderungen wünschenswert gewesen. Die Frage zur Behandlungszufriedenheit wurde nicht mit einem evaluierten Fragebogen erhoben. Diese Frage dürfte für weiterführende Untersuchungen mit einem evaluierten Erhebungsinstrument ersetzt werden. Dadurch wäre auch sichergestellt, dass die Behandlungszufriedenheit bewertet wird. Da schliesslich nur drei Personen mit einer BES eingeschlossen werden konnten, hätten diese auch ausgeschlossen werden können. Betroffene mit einer BES sind in Gewichtsreduktionsprogrammen aber präsent.

### **8.3 Limitationen**

Diese Pilotstudie weist sicherlich einige Limitationen auf. Eine zentrale Limitation stellt die fehlende Randomisierung sowie Power dar. Die Ergebnisse sollen daher nicht auf die gesamte Population der Personen mit Adipositas in Gewichtsreduktionsprogrammen übertragen werden. Zukünftig bedarf es einer Stichprobengrösse, welche eine ausreichende Power sicherstellt. Da eine Randomisierung in diesem klinischen Setting nicht möglich ist, sollten Teilnehmende ebenfalls zufällig eingeschlossen werden. Aufgrund von fehlenden Fragebögen, konnten 13 Personen nicht in die Stichprobe eingeschlossen werden. Dabei mussten verhältnismässig etwas mehr Männer als Frauen und Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung als solche ohne eine psychiatrische Erkrankung ausgeschlossen werden. Die Rücklaufquote von 67% ist gemäss Babbie (2013, S. 248) aber immer noch mehr, als hätte erwartet werden können. Ob die untervertretenen Männer in dieser Pilotstudie die Arbeitsallianzen der männlichen Population im Adipositas Einzelprogramm wiedergeben, bleibt unklar. Die BES Betroffenen dieser Pilotstudie entsprechen mit drei Personen von insgesamt 27 Teilnehmenden nur noch 11 %. Dies ist deutlich weniger, als die ca. 30 % (de Zwaan, 2002, S. 289) oder sogar 50 %, die in der Population in Gruppenprogrammen präsent sein können (Marcus et al., 1985, S. 167). Das Ergebnis dieser Pilotstudie, dass die Arbeitsallianz nicht durch eine BES beeinflusst ist, muss sicherlich in einer ausreichend grossen Stichprobe weiter untersucht werden. Dabei wäre es wichtig, den Einfluss der BES als Variable auf den Zusammenhang zwischen der Allianz und der Behandlungserfolge, respektive anderer Variablen wie beispielsweise dem BMI, zu kontrollieren. Diese Pilotstudie untersuchte zudem nicht, ob die Qualität der Allianzen zwischen den Beratenden variieren könnte (Baldwin et al., 2007, S. 848–849). Bei einigen Teilnehmenden könnte schliesslich der Lockdown im März 2020, wegen SARS-CoV-2, Auswirkungen auf diese Untersuchung gehabt haben.

Nach der Diskussion folgt nun die Schlussfolgerung, welche Empfehlungen für die Praxis und die weitere Forschung nennt. Der Abschluss bildet die persönliche Reflexion der Thesis.

## 9 Schlussfolgerung

In der Psychotherapie wurde in Metaanalysen wiederholt gezeigt, dass eine bessere therapeutische Allianz mit einem besseren Therapieergebnis zusammenhängt (Flückiger et al., 2018, S. 327; Horvath et al., 2011, S. 12; Horvath & Bedi, 2002, S. 61; Horvath & Symonds, 1991, S. 141; Martin et al., 2000, S. 445). Bordin (1979, S. 252) folgend kann angenommen werden, dass die therapeutische Allianz auch in andere Behandlungsbereiche übertragen werden kann. Demnach ist es naheliegend, das Konzept der therapeutischen Allianz auch auf die Ernährungsberatung zu projizieren. Die therapeutische Allianz umfasst nach Bordin (ebd., S. 253) eine emotionale Bindung, eine übereinstimmende Zielvereinbarung und Vorgehensweise zwischen den Behandelnden und ihren Ratsuchenden. Aufgrund unzureichender Forschung im Bereich der Ernährungsberatung (Krukowski et al., 2019, S. 368–372; Murray et al., 2019, S. 756–768) wurde in dieser Pilotstudie untersucht, ob in der Ernährungsberatung bei Adipositas ebenfalls eine Beziehung zwischen der Arbeitsallianz und dem Behandlungsergebnis beobachtet werden kann. Wegen der Stichprobengrösse war die Power möglicherweise zu gering, als dass Signifikanzen hätten erreicht werden können (Hedderich & Sachs, 2016, S. 429). Es wurden folglich bei der Interpretation der Ergebnisse die Effektstärken mehr gewichtet als die Signifikanzen.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bestärken die Annahme, dass die Arbeitsallianz auch in der Ernährungsberatung, im Rahmen des Adipositas Einzelprogramms am Inselfspital, mit den Behandlungsergebnissen zusammenzuhängen vermag. Es zeigt sich eine Beziehung zwischen einer besseren Arbeitsallianz zu Beratungsbeginn und einer höheren Gewichtsreduktion, respektive einer höheren Behandlungszufriedenheit nach elf Monaten der ambulanten Ernährungsberatung. Ein etwas weniger starker, aber immer noch moderater Zusammenhang, ist auch zwischen einer besseren Arbeitsallianz und einer stärkeren Verbesserung in der Lebensqualität zu beobachten. Erreichen Ratsuchende eine grössere Behandlungszufriedenheit, kann infolge eine grössere Compliance angenommen werden (Pascoe, 1983, S. 189). Um Behandlungserfolge des Adipositas Einzelprogramms gezielt zu beeinflussen, scheint es daher empfehlenswert, dass ernährungsberaterische Fachpersonen der Arbeitsallianz Beachtung schenken.

Weiter zeichnet sich auch eine eher relevante Beziehung zwischen der Arbeitsallianz und der Teilnahmepräsenz ab. Diese geht mit Ergebnissen aus Untersuchungen im Bereich der Adipositas Behandlung einher (Krukowski et al., 2019, S. 371; Sturgiss et al., 2016, S. 378), nicht aber mit Ergebnissen aus der Psychotherapie (Gold et al., 2015, S. 311; Horvath & Symonds, 1991, S. 145). Die Arbeitsallianz ist daher wahrscheinlich nicht nur für das Behandlungsergebnis, sondern möglicherweise grundsätzlich für die Teilnahme an den Beratungen relevant.

Das Alter oder der BMI von Teilnehmenden des Adipositas Einzelprogrammes scheint hingegen nicht mit der Arbeitsallianz in Beziehung zu stehen. Die Ergebnisse weisen aber auf einen möglichen Unterschied in der Wahrnehmung der Arbeitsallianz aufgrund der Geschlechter hin. Frauen geben eher an, von schlechteren Arbeitsallianzen betroffen zu sein oder aus Gründen der Angst oder Scham in der Offenheit gegenüber ihren Beratenden gehemmt zu sein. Die Angst, sich zu öffnen, schien durchschnittlich eher weniger ausgeprägt, als hätte erwartet werden können, wenn berücksichtigt wird, dass Personen mit Adipositas ausgeprägtere Schamgefühle als normal- oder übergewichtige Personen präsentieren können (Pila et al., 2016, S. 103). Aus Angst oder Scham können Betroffene Informationen in der Therapie oder Beratung zurückhalten, was wiederum die Allianzentwicklung beeinflussen kann (Brockmann et al., 2011, S. 212). Bisherige Ergebnisse aus der Adipositas Behandlung ergaben bisher keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern (Krukowski et al., 2019, S. 370; Nagy et al., 2018, S. 3). Es scheint aufgrund der Ergebnisse dieser Pilotstudie aber möglicherweise empfehlenswert, bei Frauen im Einzelprogramm stärker auf Zeichen für Allianzbrüche, Scham oder Angst sowie allianzentwickelnde Aspekte zu achten.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Pilotstudie sowie solcher der Psychotherapie sollte die Arbeitsallianz in der Ernährungsberatung in der Aus- sowie Weiterbildung oder der Supervision thematisiert werden (Horvath et al., 2011, S. 15; Sharpless et al., 2010, S. 351). Die Fähigkeit, Allianzen zu entwickeln, muss trainiert werden (Horvath et al., 2011, S. 15). Würden ernährungsberaterische Fachkräfte in der Allianzentwicklung geschult, könnten sie später instruiert werden, die Erfassung der Allianz in den Klinikalltag zu integrieren (Flückiger et al., 2018, S. 333; Horvath et al., 2011, S. 15; Sharpless et al., 2010, S. 351). Dies würde Thematisierungen mit den Ratsuchenden und dadurch Anpassungen der Vorgehensweisen in der Beratung ermöglichen, wodurch möglicherweise zudem Behandlungsabbrüchen vorgebeugt werden könnte (Boswell et al., 2015, S. 13; Norcross & Wampold, 2011, S. 101).

Empfehlenswert wäre es, die Ergebnisse dieser Pilotstudie in einer Studie mit einer ausreichend grossen Stichprobe und somit Power zu replizieren. Unterschiede in der Arbeitsallianz aufgrund der Geschlechter oder einer BES wären besonders empfehlenswert in einer grösseren Stichprobe zu erforschen. Auch dem auffälligeren Zusammenhang zwischen der Arbeitsallianz und der Teilnahmepräsenz im Bereich der Adipositas Behandlung sollte weiter nachgegangen werden. Da in Adipositas Programmen Personen mit einer BES präsent sind und diese reduzierte Zusammenhänge zwischen der Arbeitsallianz und den Behandlungsergebnissen aufweisen können (Flückiger et al., 2018, S. 327), ist es empfehlenswert, die BES in den Analysen als Einflussfaktor zu kontrollieren.

## 10 Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses

Das Schreiben dieser MAS-Thesis erschien mir wie das Gärtnern in einem Garten. Bevor ein Ergebnis von wundervollen, sich entfaltenden Pflanzen zu sehen ist, benötigt es eine Wissensbasis über die vorhandenen oder gewünschten Pflanzenarten und die Bedingungen im Garten. Schliesslich werden die Pflanzen gesetzt und erst durch regelmässiges Tränken und Pflegen entsteht ein wundervoller Garten. So war es in etwa mit meiner MAS-Thesis.

Ich verschaffte mir erstmals Wissen und las viel, um die psychologischen Konzepte der Allianz und der Beziehung zu verstehen und voneinander abgrenzen zu können. Die Abgrenzung erschien mir lange nicht logisch, bis ich die Erklärung von Gelso gesehen habe. Das war für mich ein Schlüsselmoment. Es war hilfreich, verschiedene Perspektiven zu den Konzepten zu kennen, so erweiterte sich mein Wissen und dadurch auch das Verständnis. Ich repetierte Wissen bezüglich der statistischen Verfahren und der Handhabung des SPSS, um die Analysen mittels SPSS durchführen zu können. Das Buch von Field half mir, die Materie sogar mit einem Schmunzeln lernen zu können. An dieser Stelle möchte ich mich nochmals für die Buchempfehlung bei Jeannette Brodbeck bedanken. Es war eine gute Erfahrung, Statistik auf eine praktische und humorvolle Art vertiefen zu können.

Die Datensammlung, Datenbearbeitung und die Analysen durchzuführen, der praktische Teil meiner Arbeit, sozusagen die Pflanzen in die Erde zu setzen, war genau mein Element. Ich mochte diese Aufgaben. Gleichzeitig habe ich erfahren, dass es viele Ressourcen braucht, um Daten sammeln zu können und lernte nötige Bedingungen für eine sichere Aufbewahrung.

Etwas anspruchsvoller erwies sich für mich das Verfassen der MAS-Thesis, sozusagen das Tränken der Pflanzen im Garten. Die in diesem gesamten MAS Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie erlernte lösungsorientierte Haltung half mir jedoch, im Verlauf des Schreibens den Wissenszuwachs über den Aufwand der Arbeit zu stellen. Es war für mich eine gute Erfahrung, zu erleben, was einen Ethikantrag umfasst. Dessen war ich mir nicht bewusst. Ich wusste, dass dieser Antrag ein Prozess war und trotzdem wäre noch mehr Zeit nötig gewesen. Dies nehme ich sicherlich mit, sollte ein solcher erneut auf mich zukommen.

Über die gesamte Arbeit konnte ich vieles lernen und neue Aufgaben meistern. Ich freue mich nun, die wundervollen Blüten zu betrachten, so dass auch Passanten diese bemerken und sie bestenfalls für Anregungen in anderen Gärten sorgen.

## 11 Literaturverzeichnis

- Academy of Nutrition and Dietetics (2016). Position of the academy of nutrition and dietetics: Interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(1), 129–147. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.031>
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory, Research & Practice*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Allison, K. C. & Lundgren, J. D. (2006). Eating disorders in obese individuals. *Obesity Management*, 110–113. <https://doi.org/10.1089/obe.2006.2.110>
- Audrain-McGovern, J. & Benowitz, N. L. (2011). Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 90(1), 164–168. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.105>
- Avenell, A., Broom, J., Brown, T., Proobalan, A., Aucott, L., Stearns, S., Smith, W., Jung, R., Campbell, M. & Grant, A. (2004). Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health and Technology Assessment*, 8(21), 1–465. <https://doi.org/10.3310/hta8210>
- Babbie, E. (2013). *The practice of social research: International edition* (13. Überarb. Aufl.). Wadsworth Cengage Learning.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity*, 31(7), 1155–1164. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803556>
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen: Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie, personenzentriert - erlebnisaktivierend - dialogisch* (1. Aufl.). Beltz Juventa.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73–87. <https://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00002>

- Beretta, V., de Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M. & Despland, J.-N. (2005). The influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 13–20. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.1.13>
- Berner Fachhochschule. (2020). *Bachelor of Science Ernährung und Diätetik*. <https://www.bfh.ch/de/studium/bachelor/ernaehrung-diaetetik>
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfjør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 763–777. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Bischoff, S. C. (2018a). Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas: Bei Erwachsenen. In S. C. Bischoff (Hg.), *Adipositas: Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis* (S. 16–19). De Gruyter.
- Bischoff, S. C. (2018b). Pathophysiologie der Folgeerkrankungen: Adipositas ist eine Systemerkrankung. In S. C. Bischoff (Hg.), *Adipositas: Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis* (S. 127–155). De Gruyter.
- Bischoff, S. C. (2018c). Ursachen der Adipositas: Multifaktorielle Genese der Adipositas. In S. C. Bischoff (Hg.), *Adipositas: Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis* (S. 43–46). De Gruyter.
- Blüher, S., Blüher, M., Kiess, W. & Hinney, A. (2013). Genetik. In A. Wirth & H. Hauner (Hg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie* (S. 49–56). Springer.
- Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J. M. & Beer-Borst, S. (2017). *MenuCH: Nationale Ernährungserhebung*. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/menuch/menu-ch-ergebnisse-essverhalten.html>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychotherapeutic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bortz, J. & Weber, R. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Überarb. Aufl.). Springer.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D. & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Brockmann, J., Kirsch, H., Hatcher, R., Andreas, S., Benz, S. & Sammet, I. (2011). Dimensionen der therapeutischen Beziehung aus Patienten-Perspektive - Entwicklung der "Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(5), 208–215. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263142>

- Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Kosten von Übergewicht und Adipositas*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/kosten-uebergewicht-und-adipositas.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Spezialitätenliste Bundesamt für Gesundheit*. <http://www.spezialitätenliste.ch/ShowPreparations.aspx>
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen. (2019). *Schweizer Nährwertdatenbank*. <https://www.naehrwertdaten.ch/de>
- Burrows, T., Patterson, A., Bacon, A., Mitchell, L., Wicks, L., Baines, S. & Williams, L. T. (2013). Client satisfaction and weight loss outcomes of student centred dietetic outpatient clinics. *Obesity Research & Clinical Practice*, 7(5), 421-430. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2012.05.003>
- Cant, R. P. & Aroni, R. A. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(5), 502–511. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coleman, D. (2006). Client Personality, Working Alliance and Outcome. *Social Work in Mental Health*, 4(4), 83–98. [https://doi.org/10.1300/J200v04n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J200v04n04_06)
- Conradt, M., Dierk, J.-M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J. & Rief, W. (2008). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129–1144. <https://doi.org/10.1002/jclp.20501>
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K. & Connolly Gibbons, M. B. (2010). Training in alliance-fostering techniques. In J. C. Muran & J. P. Barber (Hg.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (S. 304–319). The Guilford Press.
- de Zwaan, M. (2002). Binge eating disorder (BED) und Adipositas. *Verhaltenstherapie*, 12, 288–295. <https://doi.org/10.1159/000069213>
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (Hg.). (2014). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“* (2. Aufl.). AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hg.). (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Überarb. Aufl.). AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

- Diedrichsen, I. (1993). *Ernährungsberatung: Psychologische Basiskonzepte*. Verlag für angewandte Psychologie.
- Donnelly, J. E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manore, M. M., Rankin, J. W. & Smith, B. K. (2009). American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(2), 459–471. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181949333>
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R. J., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J. P. & Gilbert, P. (2017). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management Programme. *Plos One*, 12(1), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167571>
- Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., Widmer, D., Yumuk, V. & Schutz, Y. (2019). European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obesity Facts*, 12(1), 40–66. <https://doi.org/10.1159/000496183>
- Endevelt, R. & Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence*, 8, 147–154. <https://doi.org/10.2147/PPA.S54799>
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hg.). (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. Aufl.). SAGE Publications.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Meyer, A., Wampold, B. E., Gassmann, D., Messerli-Bürgy, N. & Munsch, S. (2011). Predicting premature termination within a randomized controlled trial for binge-eating patients. *Behavior therapy*, 42(4), 716–725. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.008>

- Forhan, M. & Gill, S. V. (2013). Obesity, functional mobility and quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.01.003>
- Franke, A. (2008). Die psychotherapeutische Beziehung mit essgestörten Patientinnen und Patienten. In M. Hermer & B. Röhrle (Hg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 2, S. 981–994). dgvt-Verlag.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, Philip R., Zelli, Arnaldo & Ashmore, Jamile A., Musante, Gerard J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*, 13(5), 907–916. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.105>
- Gahleitner, S. B. (2019). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit und Beratung*. dgvt-Verlag.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change* (1. Aufl.). American Psychological Association.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243. <https://doi.org/10.1177/0011000085132001>
- Gesser-Edelsburg, A. & Birman, Y. (2018). Does the transformation of dietitians from counseling to therapy also apply to the physical and therapeutic environment? A case study of israeli practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(6), 1047–1056. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.366>
- Gold, S. H., Hilsenroth, M. J., Kuutmann, K. & Owen, J. J. (2015). Therapeutic alliance in the personal therapy of graduate clinicians: Relationship to the alliance and outcomes of their patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 304–316. <https://doi.org/10.1002/cpp.1888>
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., . . . Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323–340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

- Hancock, R. E., Bonner, G., Hollingdale, R. & Madden, A. M. (2012). 'If you listen to me properly, I feel good': A qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(3), 275–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01244.x>
- Handelzalts, J. E., Fisher, S. & Naot, R. (2014). Object relations and real life relationships: A cross method assessment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(2), 160–167. <https://doi.org/10.1111/sjop.12102>
- Hank, P. & Krampen, G. (2005). *Diagnostik der therapeutischen Beziehung*. [https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/ein/PAM/Diag\\_therap\\_Bez.pdf](https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/ein/PAM/Diag_therap_Bez.pdf)
- Hart, S., Russell, J. & Abraham, S. (2011). Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(2), 144–153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01140.x>
- Hauner, H., Wechsler, J. G., Kluthe, R., Liebermeister, H., Erbersdobler, H., Wolfram, G., Fürst, P. & Jauch, K. W. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Adipositas*, 10(19), 5–8.
- Hauner, H., Wirth, A., Gola, U., Teufel, M., Zipfel, S., Zwaan, M. de, Hüttl, T. P., Kramer, K. M. & Winckler, K. (2013). Management und Therapie. In A. Wirth & H. Hauner (Hg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 259–365). Springer.
- Hauser, R. S., Peterli, R. & Bauknecht, F. (2018). Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht: Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB), 1–31. <https://www.smob.ch/de/component/jdownloads/?task=download.send&id=61&catid=3&model=0&Itemid=101>
- Hedderich, J. & Sachs, L. (Hg.). (2016). *Angewandte Statistik: Methodensammlung mit R* (15. Überarb. Aufl.). Springer Spektrum.
- Hentschel, U. (2005). Die Therapeutische Allianz. *Psychotherapeut*, 50(5), 305–317. <https://doi.org/10.1007/s00278-005-0440-3>
- Hepp, U. & Milos, G. (2010). Essstörungen: Eine Einführung. *Swiss Medical Forum*, 10(48), 834–840. <https://doi.org/10.4414/smf.2010.07348>
- Herman, K. M., Hopman, W. M., Vandekerckhof, E. G. & Rosenberg, M. W. (2012). Physical activity, body mass index, and health-related quality of life in canadian adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44(4), 625–636. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31823a90ae>

- Herpertz, S., Tuschen-Caffier, B. & Vocks, S. (2018). Die therapeutische Beziehung zu Patientinnen mit der Diagnose einer Essstörung. In Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Aufl., S. 49–62). AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205–216.
- Hickson, M., Macqueen, C. & Frost, G. (2009). Evaluation of attendance and weight loss in an intensive weight management clinic compared to standard dietetic care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(1), 72–76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00927.x>
- Hilbert, A., Herpertz, S., Kersting, A., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B. & Vocks, S. (2018). Binge-Eating-Disorder. In Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Aufl., S. 243–269). AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2013). Methodische Aspekte der psychotherapeutischen Prozess- und Ergebnisforschung. In M. J. Lambert (Hg.), *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 159–240). dgvt-Verlag.
- Honigmann-Gianolli, S. (2011). *Anwendung des sozialkognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA) in der Ernährungsberatung: MAS-Thesis*. Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56(2), 163–173. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D)
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Hg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1, S. 279–341). dgvt-Verlag.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. & Symonds, D. B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- International Confederation of Dietetic Associations. (2004). *The education and work of dietitians*. <https://www.internationaldietetics.org/Downloads/Education-and-Work-of-Dietitians-2004.aspx>
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., Hu, F. B., van Hubbard, S., Jakicic, J. M., Kushner, R. F., Loria, C. M., Millen, B. E., Nonas, C. A., Pi-Sunyer, F. X., Stevens, J., Stevens, V. J., Wadden, T. A., Wolfe, B. M. & Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults. *Circulation*, 129(2), 102-138. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee>
- Jung, F., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Dietitians and nutritionists: Stigma in the context of obesity. A systematic review. *Plos One*, 10(10), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140276>
- Jung, F., Spahlholz, J., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G. & Luck-Sikorski, C. (2017). Impact of weight-related discrimination, body dissatisfaction and self-stigma on the desire to weigh less. *Obesity Facts*, 10(2), 139–151. <https://doi.org/10.1159/000468154>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Kenardy, J., Arnow, B. & Agras, S. W. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 839–844. <https://doi.org/10.3109/00048679609065053>
- Kerssens, J. J. & van Yperen, E. M. (1996). Patient's evaluation of dietetic care: Testing a cognitive-attitude approach. *Patient Education and Counseling*, 27, 217–226. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00815-2](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00815-2)
- Kim, S. C., Kim, S. & Boren, C. D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine*, 173, 85–90. <https://doi.org/10.7205/milmed.173.1.85>
- Kolotkin, R. L. & Andersen, J. R. (2017). A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity*, 7(5), 273–289. <https://doi.org/10.1111/cob.12203>

- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D. & Williams, G. R. (2002). Health-Related Quality of Life Varies among Obese Subgroups. *Obesity Research*, 10(8), 854–855. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.102>
- Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung. (2019). *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland*. <https://www.dge.de/fileadmin/public/dod/fb/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf>
- Krukowski, R. A., West, D. S., Priest, J., Ashikaga, T., Naud, S. & Harvey, J. R. (2019). The impact of the interventionist-participant relationship on treatment adherence and weight loss. *Translational Behavioral Medicine*, 9(2), 368–372. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby007>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory, Research & Practice*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Latner, J. D. & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 1–14. <https://doi.org/10.1002/eat.20465>
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6, 211–236. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90003-4](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90003-4)
- Mahlstein, A. & Weishaupt, E. (2018). *Berufsstatistik über die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen in der Schweiz - Resultate 2017*.
- Marcason, W. (2015). Dietitian, Dietician, or Nutritionist? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(3), 484. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.12.024>
- Marcus, M. D., Wing, R. R. & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163–168. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(85\)90022-x](https://doi.org/10.1016/0306-4603(85)90022-x)
- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Bochum: Mental Health Research and Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum. <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/100>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

- Merkle, W. & Knopf, H. (2005). *Ernährungsverhalten und Ernährungsberatung: Schriftenreihe zur Entwicklung sozialer Kompetenz* (Bd. 5). Rhombos-Verlag.
- Messer, S. B. & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. In J. C. Muran & J. P. Barber (Hg.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (S. 97–122). The Guilford Press.
- Mitchell, L. J., Ball, L. E., Ross, L. J., Barnes, K. A. & Williams, L. T. (2017). Effectiveness of dietetic consultations in primary health care: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(12), 1941–1962. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.364>
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey*. Manual (2. Überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Munsch, S., Biedert, E. & Schlup, B. (2011). *Binge Eating: Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen* (2. Überarb. Aufl.). Beltz.
- Muran, J. C., Safran, J. D. & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. In J. C. Muran & J. P. Barber (Hg.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (S. 320–340). The Guilford Press.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Wallner Samstag, L. & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185–190. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.185>
- Murray, R., Baker, A., Halpin, S., Britton, B., McCarter, K., Palazzi, K. & Beck, A. K. (2019). Therapeutic alliance between dietitians and patients with head and neck cancer: The effect of training in a health behavior change intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 756–768. <https://doi.org/10.1093/abm/kay083>
- Nagy, A., McMahon, A., Tapsell, L., Deane, F. & Arenson, D. (2018). Therapeutic alliance in dietetic practice for weight loss: Insights from health coaching. *Nutrition & Dietetics*, 75(3), 250–255. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12405>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders overview*. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Managing eating disorders*. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>
- Nestmann, F. (2007). Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hg.), *Das Handbuch der Beratung: Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., Bd. 2, S. 783–796). dgvt-Verlag.

- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H. & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.1891>
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Nußbeck, S. (2019). *Einführung in die Beratungspsychologie* (4. Aufl.). Ernst Reinhard.
- Ozier, A. D. & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236–1241. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016>
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A. & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004>
- Parish, M. & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.2.271>
- Parkin, T., Looy, A. de & Farrand, P. (2014). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.019>
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185–210. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)
- Pila, E., Brunet, J., Crocker, P. R. E., Kowalski, K. C. & Sabiston, C. M. (2016). Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in canadian adults. *Body Image*, 16, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.001>
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: Eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl & Stamm, Tanja (Hg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 51–60). Springer.
- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl & Stamm, Tanja (Hg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 119–127). Springer.

- Rufener, A. (2016). Die Profession der ernährungstherapeutischen Fachperson. In A. Rufener & S. Jent (Hg.), *Der Ernährungstherapeutische Prozess: Lehrbuch für Studium, Lehre und Praxis* (1. Aufl., S. 21–51). Hogrefe.
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2. Überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L. & Stevens, C. (2008). Reparatur von Brüchen in der therapeutischen Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1, S. 705–740). dgvt-Verlag.
- Scherer, S., Alder, J., Gaab, J., Berger, T., Ihde, K. & Urech, C. (2016). Patient satisfaction and psychological well-being after internet-based cognitive behavioral stress management (IB-CBSM) for women with preterm labor: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.011>
- Schlottbohm, E. & Tagay, S. (2015). Kann Psychotherapie die Lebensqualität von Betroffenen mit Essstörungen verbessern? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(5), 163–170. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1385940>
- Schubert, F.-C., Rohr, D. & Zwicker-Pelzer, R. (2019). *Beratung: Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder*. Springer.
- Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen. (2020). *Ernährungsberatung als Beruf*. SVDE ASDD. <https://svde-asdd.ch/ernaehrungsberatung-als-beruf>
- Sharpless, B. A., Muran, J. C. & Barber, J. P. (2010). Coda: Recommendations for practice and training. In J. C. Muran & J. P. Barber (Hg.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (S. 341–354). The Guilford Press.
- Shirk, S. R., Karver, M. S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research & Practice*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829–1843. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7)
- Sladdin, I., Ball, L., Bull, C. & Chaboyer, W. (2017). Patient-centred care to improve dietetic practice: An integrative review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(4), 453–470. <https://doi.org/10.1111/jhn.12444>
- Strahan, R. F. (1982). Assessing magnitude of effect from rank-order correlation coefficients. *Educational and Psychological Measurement*, 42(3), 763–765. <https://doi.org/10.1177/001316448204200306>
- Sturgiss, E. A., Sargent, G. M., Haesler, E., Rieger, E. & Douglas, K. (2016). Therapeutic alliance and obesity management in primary care - a cross-sectional pilot using the working alliance inventory. *Clinical Obesity*, 6(6), 376–379. <https://doi.org/10.1111/cob.12167>

- Teufel, M. & Zipfel, S. (2013). Verhaltensmodifikation - Psychotherapeutische Strategien in der Behandlung der Adipositas. In A. Wirth & H. Hauner (Hg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 310–318). Springer.
- Teufel, M. & Zipfel, S. (2018). Verhaltensmodifikation: Individuelle Herangehensweise zur zielführenden Interventionsplanung: Veränderung vorbereiten - Motivation wecken. In S. C. Bischoff (Hg.), *Adipositas: Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis* (S. 221–224). De Gruyter.
- Thomas, D. (2000). The dietitian's role in the treatment of eating disorders. *Nutrition Bulletin*, 25, 55–60. <https://doi.org/10.1046/j.1467-3010.2000.00012.x>
- Treasure, J., Claudino, A. M. & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(13), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Vivanti, A., Ash, S. & Hulcombe, J. (2007). Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20, 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2007.00743.x>
- Warschburger, P. (2009). *Beratungspsychologie* (1. Aufl.). Springer Medizin Verlag.
- Wee, C. C., Davis, R. B. & Hamel, M. B. (2008). Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(11), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-11>
- Weigl, R. (2016). Quantitative Messverfahren: Fragebogen. In V. Ritschl, R. Weigl & Stamm, Tanja (Hg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 160–182). Springer.
- Werner-Wilson, R. J., Michaels, M. L., Thomas, S. G. & Thiesen, A. M. (2003). Influence of therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy*, 25(4), 381–390. <https://doi.org/10.1023/A:1027356602191>
- Whitehead, K. (2015). Changing dietary behaviour: The role and development of practitioner communication. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 74(2), 177–184. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001724>
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 343–358. <https://doi.org/10.7892/boris.27962>
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D. & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687–705. <https://doi.org/10.1002/eat.20719>

- Wood, A. M., White, I. R. & Thompson, S. G. (2004). Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, 1, 368–376. <https://doi.org/10.1191/1740774504cn032oa>
- World Health Organization. (2020). *Body mass index – BMI*. Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Xu, H. & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/cou0000089>
- Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D. & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402–424. <https://doi.org/10.1159/000442721>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., III & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114–124. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.1.114>

## 12 Anhang

### 12.1 Zeitplan

Sept/18: Themenfindung und Literaturrecherche

Dez/18: Projektskizze und Fragebogen Allianz auswählen

Jan/19: Theorie sichten, Fragestellung generieren

Feb-März/19: Thema mit A. Sterchi (Leitende Ernährungsberatung) / M. Hörmann absprechen

April/19: Allianzfragebögen im Redcap® einfügen

Mai/19 bis Juli/20: Allianzfragebögen mitversenden - Datensammlung

Sep/19: Sichtung der Daten und Einlesen bezüglich statistischer Analysen sowie SPSS

Okt/19: Konkretisieren der Fragestellung und Hypothesen sowie Rücksprache mit J. Brodbeck

Nov bis Dez/19: Vertiefen bezüglich statistischer Analysen sowie SPSS

Dez/19 bis März/20: Verfassen Ethikantrag

**Jan/20: Start MAS Modul FHNW**

Feb/20: Verfassen Projektskizze

**Feb/20: Einreichen FHNW Skizze am 21. Februar 2020**

März bis Mai/20: Verfassen Einleitung, Theorie und Methode

April/20: Verfassen Konzept und Rücksprache Ethikantrag mit J. Brodbeck / A. Melmer (Forschungsarzt unserer Abteilung) sowie Einreichen bei der Ethikkommission Bern

**Mai/20: Einreichen FHNW Konzept am 11. Mai 2020**

Mai-Juni/20: SPSS vertiefen (Nutzung Syntax, statistische Tests, Auswertung SF12)

Juni-August/20: Erinnern und Sammeln der letzten Fragebögen bis Ende Juli, Überarbeiten Ethikantrag sowie Verfassen der Einleitung, Theorie und Methode

Sept/20: Datenreinigung, Datenanalysen, Verfassen der Ergebnisse

Sept-Okt/20: Verfassen der Diskussion und Schlussfolgerung

Okt/20: Verfassen Schlusswort, Abstract und Formatierung

Okt/20: Korrekturen Grammatik sowie Überarbeitung, Quellen- und Abbildungsverzeichnis

Nov/20: Drucken der MAS-Thesis am 02.11.2020 und persönlich überbringen am 06.11.2020

**Dez/20: Abgabe der MAS-Thesis am 04. Dezember 2020**

## 12.2 Literaturrecherche

Eine vorgängige Literaturrecherche im November 2018 ergab keine Evidenz, die ausreichend untersuchte, inwiefern die Allianz in der Ernährungsberatung für die Behandlungsergebnisse von Personen mit Adipositas relevant ist. Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken PubMed, Embase, CINAHL und APA PsycINFO durchsucht. Für die Suche nach Literatur für diese Arbeit wurde zu den bereits erwähnten Datenbanken auch Swissbib benutzt.

Für die Literaturrecherche wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

(working alliance\* OR helping alliance\* OR therapeutic bond\*) AND (obesity\* OR overweight) AND (nutrition counseling\* OR nutritional treatment\* OR nutritionist OR dietitian\* OR registered dietitian nutritionist\* OR clinical dietitian\* OR nutrition\* OR dietetic\*)

## 12.3 Fragebögen

### 12.3.1 SF-12

Der SF-12 Fragebogen wird im Folgenden gemäss Morfeld et al. (2011, S. 98) dargestellt und wie er aus der Datenbank Redcap® versendet wird.

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, in dem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl anwählen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?*

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. <b>Mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. <b>Mehrere</b> Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen *aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
4. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte.	1	2
5. Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun	1	2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
6. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte.	1	2
7. Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mässig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausführung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den *vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).  
Wie oft waren Sie in den *vergangenen 4 Wochen*...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ...ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ...entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Vielen Dank.

### 12.3.2 WAI-SR

Das *Working Alliance Inventory – short revised*, kurz WAI-SR, wird im Folgenden gemäss Wilmers et al. (2008, S. 355) dargestellt und wie es aus der Datenbank Redcap® versendet wird.

Anleitung: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Erfahrungen beziehen, die Menschen in ihrer Therapie mit ihrer/ihrem Therapeut/in machen können. Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf Ihre Therapie zur Zeit zutrifft. Beurteilen Sie dies auf 5 Stufen von 1 = «selten» bis 5 = «immer».

	selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1. Durch die Therapiestunde ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.	1	2	3	4	5
2. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.	1	2	3	4	5
3. Ich glaube mein/e Therapeut/in mag mich.	1	2	3	4	5
4. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5. Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.	1	2	3	4	5
6. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind.	1	2	3	4	5
7. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in mich schätzt.	1	2	3	4	5
8. Mein/e Therapeut/in und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheisst.	1	2	3	4	5
10. Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11. Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.	1	2	3	4	5
12. Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.	1	2	3	4	5

### 12.3.3 Subskala „Angst, sich zu öffnen“ der STA-R

Die Dimension „Angst, sich zu öffnen“ der *Skala therapeutische Allianz revised*, kurz STA-R wird im Folgenden gemäss Brockmann et al. (2011, S. 211) dargestellt. Es findet sich dazu keine konkrete Anleitung, weshalb sie in der Datenbank Redcap® direkt anschliessend dem WAI-SR aufgeführt wird, mit dem Hinweis: Beurteilen Sie die letzten Aussagen auf fünf Stufen von «0» = «die Aussage trifft nicht zu» bis «4» = «die Aussage trifft völlig zu».

Die Dimension: „Angst, sich zu öffnen“

	trifft nicht zu				trifft völlig zu
1. Es ist mir zu peinlich, meiner/m Therapeutin/en von manchen Gedanken und Gefühlen zu erzählen	0	1	2	3	4
2. Es fällt mir schwer, mit meiner/m Therapeutin/en offen über meine Gedanken und Gefühle zu sprechen	0	1	2	3	4
3. Ich spreche nicht über bestimmte Gefühle, weil ich Angst davor habe, was mein/e Therapeut/in über mich denkt.	0	1	2	3	4
4. Während der Sitzung halte ich meine Gefühle zurück.	0	1	2	3	4
5. Wenn ich zur Therapie komme, habe ich nicht immer Lust, mich einzubringen.	0	1	2	3	4

## 12.4 Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden und die Allianz

Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden bezüglich der Stärke der Allianz		
	Positive Prädiktoren (oder starke Allianz)	Negative Prädiktoren (oder schwache Allianz)
<u>Variablen von Ratsuchenden</u>		
Vorurteile und Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungen einer Verbesserung</li> </ul>	
Interpersonale Funktionsweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergangenheit von positiven zwischenmenschlichen Beziehungen</li> <li>• Freundlich zugewandt</li> <li>• Wohlbehagen bei Verzicht auf Kontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpersonales Chaos</li> <li>• Feindseligkeit</li> <li>• Distanziert</li> <li>• Vermeidend, ängstlich, Angst vor Nähe</li> </ul>
Bindungsstil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherer Bindungsstil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherer Bindungsstil</li> </ul>
Persönlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offen, zustimmend, extravertiert, gewissenhaft</li> <li>• Bereitschaft für Veränderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSM Cluster A und B Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Exzessive Freundlichkeit</li> </ul>
Objektbeziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Objektbeziehungen</li> <li>• Stabiles Selbstkonzept</li> <li>• Fähigkeit zwischen sich und anderen zu differenzieren</li> <li>• Internalisierung der Therapierenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schlechte Objektbeziehungen</li> </ul>
<u>Variablen von Therapierenden</u>		
Therapeutische Technik und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solide technische Fähigkeiten</li> <li>• Effektive Durchführung grundlegender therapeutischer Techniken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehldiagnosen und schlechte Fall-Konzeptualisierung</li> <li>• Übermäßige oder fehlende Therapiestruktur</li> <li>• Übermäßige Verwendung von Techniken</li> </ul>
Persönliche Eigenschaften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionelle Haltung</li> <li>• Interessiert, zuversichtlich, aufmerksam</li> <li>• Vertrauenswürdig, höflich, ehrlich</li> <li>• Warm, freundlich und empathisch</li> <li>• Flexibel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinteressiert</li> <li>• Kritisch</li> <li>• Fordern, aufdringlich oder nicht unterstützend</li> <li>• Abwehrend</li> </ul>
Ansprechbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessene Ansprechbarkeit für Ratsuchenden und Kontext</li> <li>• Sensitivität für zwischenmenschliche Prozesse</li> <li>• Anpassung der therapeutischen Aktivität und ihres Zeitpunkts</li> </ul>	
Beobachtungsfähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit Ratsuchende zu beobachten</li> <li>• Ich-Bewusstsein</li> <li>• Fähigkeit negative Affekte zu regulieren und Distress zu tolerieren</li> </ul>	

Tab. 1: Variablen von Therapierenden und Ratsuchenden bezüglich der Allianz [Übersetzung durch die Verf.] (in: Sharpless et al., 2010, S. 343).

## 12.5 Modell zum Umgang mit Brüchen in der Allianz

### Negotiating Alliance

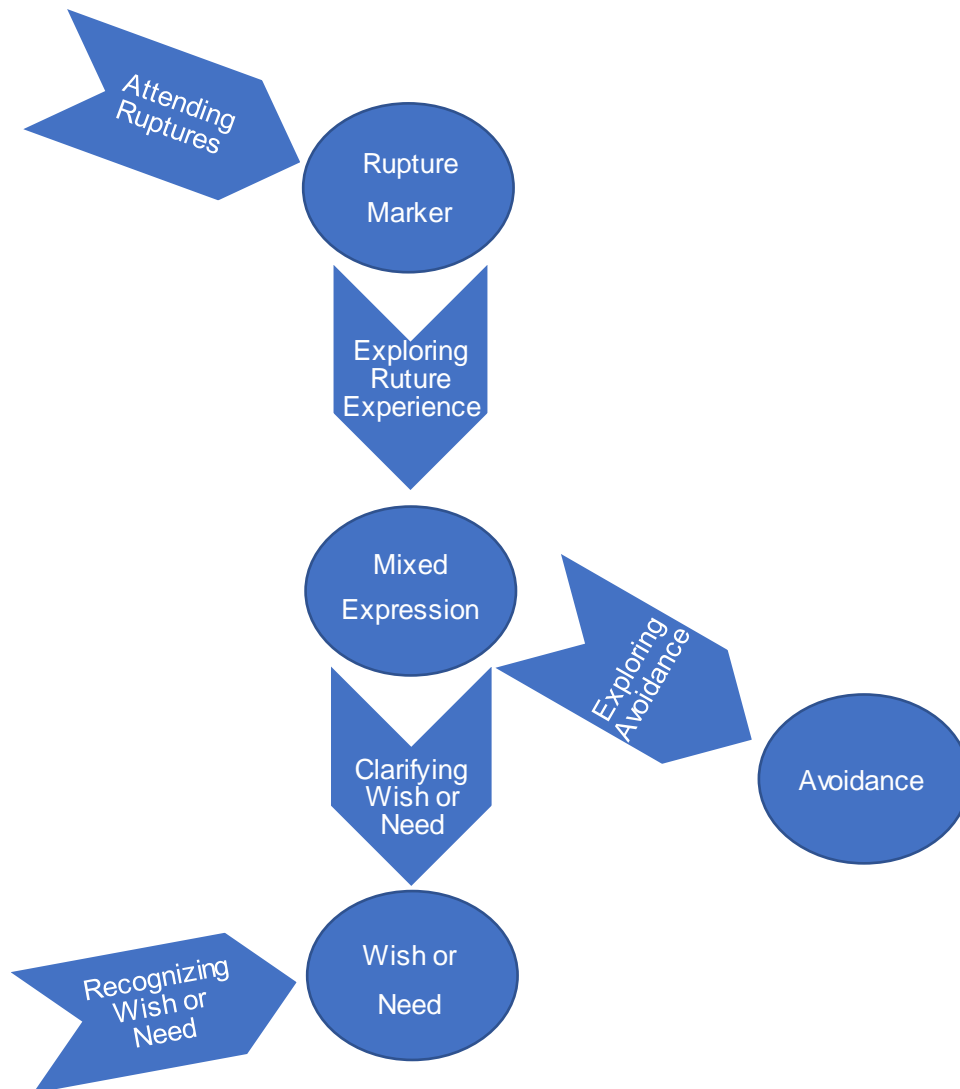


Abb. 4: Modell zum Umgang mit Brüchen in der Allianz (in: Muran et al., 2010, S. 325).

## 12.6 Übersicht bestehender Fragebögen zur Allianz oder Beziehung

### Deutschsprachige Fragebögen für Ratsuchende zur Beurteilung der Allianz oder Beziehung

	Fragebogen	Items	Inhalt	Vorteil	Ausschlusskriterium
<b>WAI-SR</b>	Working Alliance Inventory short revised	12	Adaptiert n. Horvath & Greenberg, basierend auf Bordin's Theorie der Allianz - Aufgaben - Ziele der Therapie - Bindung	- Eklektisch - Valide und reliabel - Am häufigsten verwendete Fragebogen - Zudem Versionen für Therapierende & Beobachtende vorhanden	
<b>STA-R*</b>	Skala Therapeutische Allianz-Revised	17	Basierend auf HAQ, CALPAS, WAI - Emotionalen Beziehung - Zuversichtlichen Zusammenarbeit - Interferenz mit Therapierenden Persönlichkeit - Angst sich zu öffnen	- Eklektisch - Valide und reliabel (stationär getestet) - Therapierende Version in Planung	
<b>HAQ</b>	Helping Alliance Questionnaire Kurzform	12	Adaptiert nach Luborsky - Beziehung der Ratsuchenden zu den Therapierenden (Beziehungszufriedenheit) - Zufriedenheit der Ratsuchenden mit dem Erfolg der Psychotherapie (Erfolgszufriedenheit)	- Die deutschsprachige Version ist eklektisch verwendbar - Valide und reliabel - Erhebung nach der 3. Sitzung, andere Zeitpunkte dürften unproblematisch sein - Version für Therapierende vorhanden - Für Beobachtende: Penn Helping Alliance Signs oder Rating	
<b>VTAS-P</b>	Vanderbilt Therapeutischen Beziehungsskala	44	- Beitrag der Therapierenden zur Allianz - Beitrag der Ratsuchenden zur Allianz - Interaktion zwischen Therapierenden und Ratsuchenden	- Eklektisch - Zudem Versionen für Therapierende & Beobachtende vorhanden	- Zu viele Items
<b>TAB</b> <b>iTAB</b>	- Skala zur Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung - Kurzform, zur initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung	40 10	Psychodynamische Aussagen - Verstehen und Verstanden werden - Gegenseitige Wertschätzung - Emotionale Beteiligung - Fortschritt der therapeutischen Arbeit - Hoffnung auf Behandlungserfolg		- Spezifischer psychotherapeutischer Ansatz - Zu viele Items - iTAB: Unmittelbar nach dem Erstgespräch (nur Motivation und Behandlungsbereitschaft)
<b>BFTB</b>	Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung	99	- Therapieerfolg - Therapeutisches Verhalten	- Eklektisch	- Zu viele Items
<b>BLRI</b>	Barrett-Lennard Relationship Inventory	49	- Unbedingte Zuwendung - Kongruenz - Empathisches Verstehen		- Zu viele Items
<b>TBZI*</b>	Therapeutische Beziehung	18	- Arbeitsbeziehung - Kompetenz der Therapierenden	- Valide und reliabel	- Stundenbogen

	<a href="http://www.theros-online.de/produkte/testos/freie_tests/TBZL.html">http://www.theros-online.de/produkte/testos/freie_tests/TBZL.html</a>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz der Ratsuchenden durch Therapierende</li> <li>- Konsens der Therapierenden und Ratsuchenden hinsichtlich dem Therapieprozess und der -ziele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Übereinstimmung mit WAI und HAQ</li> </ul>	
<b>CALPAS</b>	California Psychotherapy Alliance Scales	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitarbeit der Ratsuchenden</li> <li>- Arbeitsfähigkeit der Ratsuchenden</li> <li>- Verstehen und Engagement der Therapierenden</li> <li>- Übereinstimmung bezüglich Ziele und Strategien der Ratsuchenden und Therapierenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reliabel und valide</li> <li>- Eklektisch</li> </ul>	- Stundenbogen
<b>STEP-P</b>	Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie-Patient Version	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfasst die allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse von Grawe et al.</li> <li>- Therapeutische Beziehung</li> <li>- Motivationale Klärung</li> <li>- Hilfe zur Problembewältigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Version für Therapierende vorhanden</li> </ul>	- Stundenbogen
<b>BPSRP*</b>	Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapiebeziehung</li> <li>- Selbstwernerfahrung</li> <li>- Klärungserfahrungen</li> <li>- Therapiefortschritte</li> <li>- Aufgehoben sein</li> <li>- Direktivität der Therapierenden</li> <li>- Bewältigungserfahrung</li> <li>- Problemaktualisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Version für Therapierende vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stundenbogen</li> <li>- Zu viele weitere Themen nebst der therapeutischen Beziehung</li> </ul>
<b>KEB</b>	Klienten-Erfahrungsbogen	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansprechbarkeit der Ratsuchenden für das therapeutische Beziehungsangebot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientenzentrierte Forschung und Praxis</li> <li>- Valide</li> </ul>	- Stundenbogen
<b>BIKEB</b>	Bielefelder Klienten Erfahrungsbogen	33	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfragt bindungsrelevante Erfahrungen und Erwartungen der Ratsuchenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reliabel und valide</li> <li>- Klientenzentriert</li> </ul>	- Stundenbogen
<b>TSR in Deutsch</b>	Patientenbericht über die Therapiesitzung	127	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspekte der Übertragung</li> <li>- Psychodynamischer Ansatz</li> </ul>		
<b>ZBKT</b>	Zentrale Beziehungskonflikt-Thema	?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bindungstheoretisch fundiert</li> <li>- Basierend auf interpersonaler Psychotherapie</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stundenbogen</li> <li>- Spezifischer psychotherapeutischer Ansatz</li> <li>- Zu viele Items</li> <li>- Fremdeinschätzung</li> </ul>
<b>OPD</b>	Operationale Psychodynamische Diagnostik	Mind. 2x30		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versionen für Beobachtende vorhanden</li> </ul>	

Tab. 2: Eigene Übersicht der deutschsprachigen Fragebögen zur Allianz oder Beziehung.  
(\*Aus der Handsuche im freien Internet).

### Fremdsprachige Fragebögen zur Beurteilung der Allianz oder Beziehung

Skalen		Items	Inhalt	Vorteil	Ausschlusskriterium nebst der Fremdsprache	
<b>VPPS</b>	Vanderbilt-Psychotherapie-Prozess Skala	80	-Qualität der Th.-Pat.- Interaktion -Effektivität der Therapiestunde -Aktuellen Funktionsniveau Pat. -Verhalten Pat. -Verhalten Th.	-Eklektisch (Verschnitt aus psychodynamischen und integrativen Überlegungen)	-Nur beobachtende Version mit Videoanalyse -Zu viele Items	
	Modifizierte Beobachtersversion	31	-Ohne Items mit psychodynamischen Hintergrund		- Nur beobachtende Version	
<b>TARS</b>	Therapeutic Alliance Rating Scale	42	Vereint VPPS, VTAS, HA <sub>CS</sub> -therapeutische Beziehung	-Eklektisch -Therapierenden & beobachtende Version	- Zu viele Items	
<b>ARM</b>	Agnew Relationship Measure	28	-Engagement -Vertrauen -Empowerment -Arbeitsfähigkeit	- Eklektisch - Therapierenden Version	- Stundenbogen	
<b>CASF</b>	Combined Alliance Short Form	20	Vereint CALPAS, WAI und HAQ (1.) Zuversicht in der Zusammenarbeit (2.) Ziele und Aufgaben (3.) Verstanden werden (4.) Idealierte Arbeitsbeziehung	- Eklektisch - Therapierenden Version		
<b>TSR</b>	Therapy Session Report	160	- Psychodynamischer Ansatz - Aspekte der Übertragung	- Therapierenden Version	- Spezifischer psychotherapeutischer Ansatz	-Zu viele Items -Stundenbogen
<b>CATS</b>	Client Attachment to Therapist Scale	36	Bindungstheoretisch fundiert basierend auf interpersonalen Psychotherapie			
<b>SASB</b>	Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens	?	-affektive Qualitäten der th. Beziehung -basiert bindungstheoretisch auf der interpersonalen Theorie	- Validiert		

Tab. 3: Eigene Übersicht der fremdsprachigen Fragebögen zur Allianz oder Beziehung.

## 12.7 Grafiken aus den statistischen Analysen mit SPSS

### 12.7.1 Histogramme



Abb. 5: Histogramm zum Alter der Teilnehmenden.

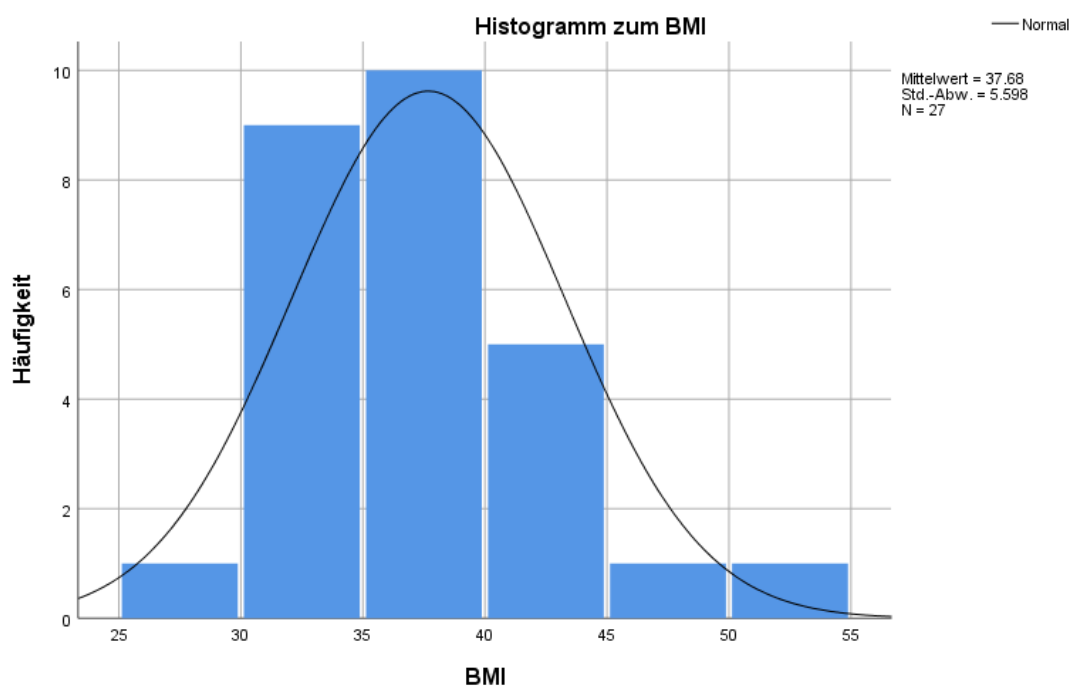


Abb. 6: Histogramm zum BMI der Teilnehmenden.

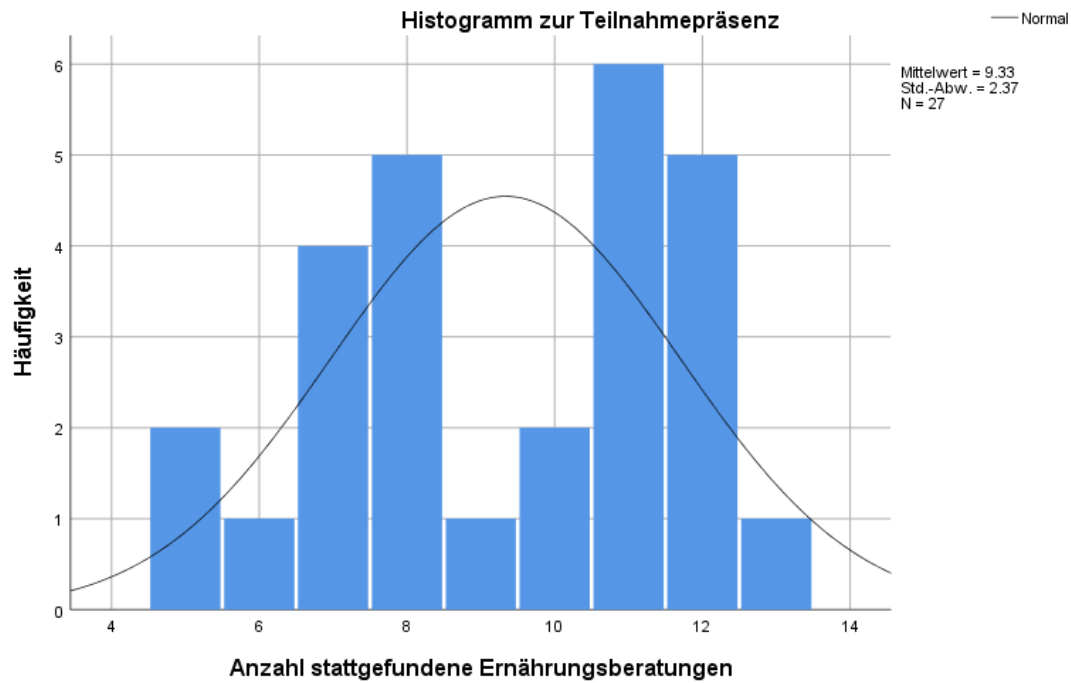
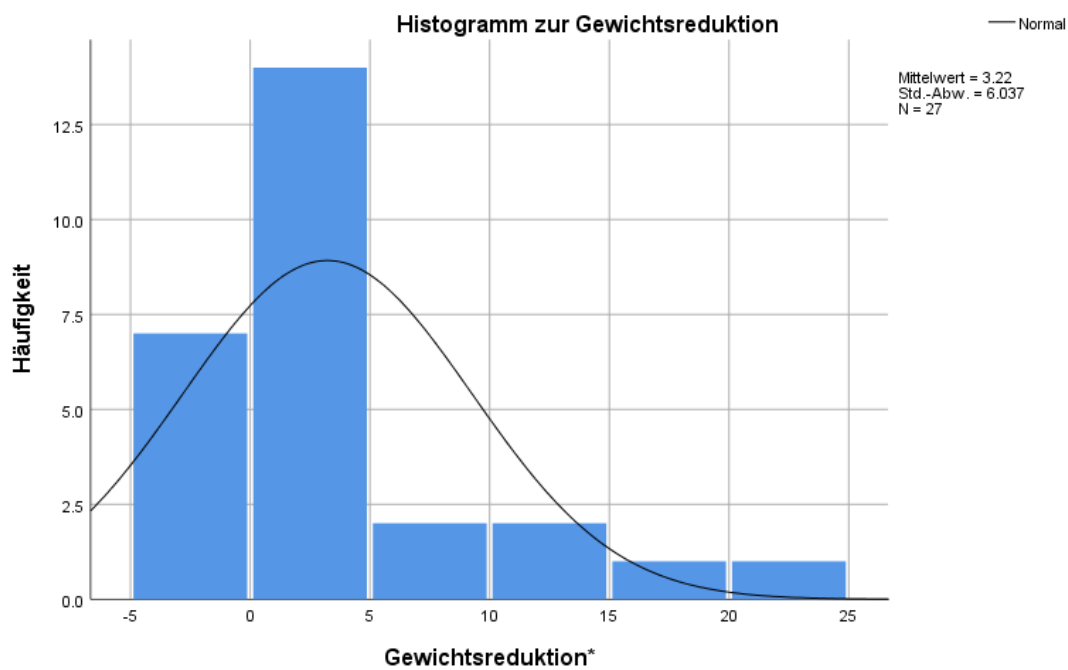


Abb. 7: Histogramm zur Teilnahmepräsenz der Teilnehmenden.



\* positive Werte entsprechen einer Gewichtsreduktion

Abb. 8: Histogramm zur Gewichtsreduktion der Teilnehmenden.

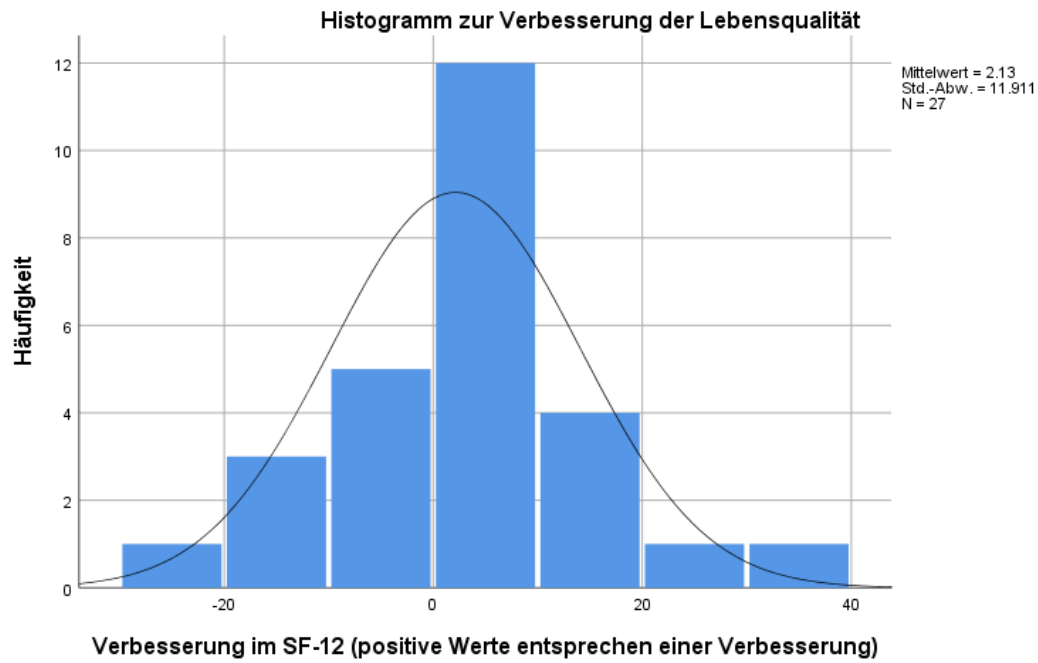


Abb. 9: Histogramm zur Verbesserung der Lebensqualität.

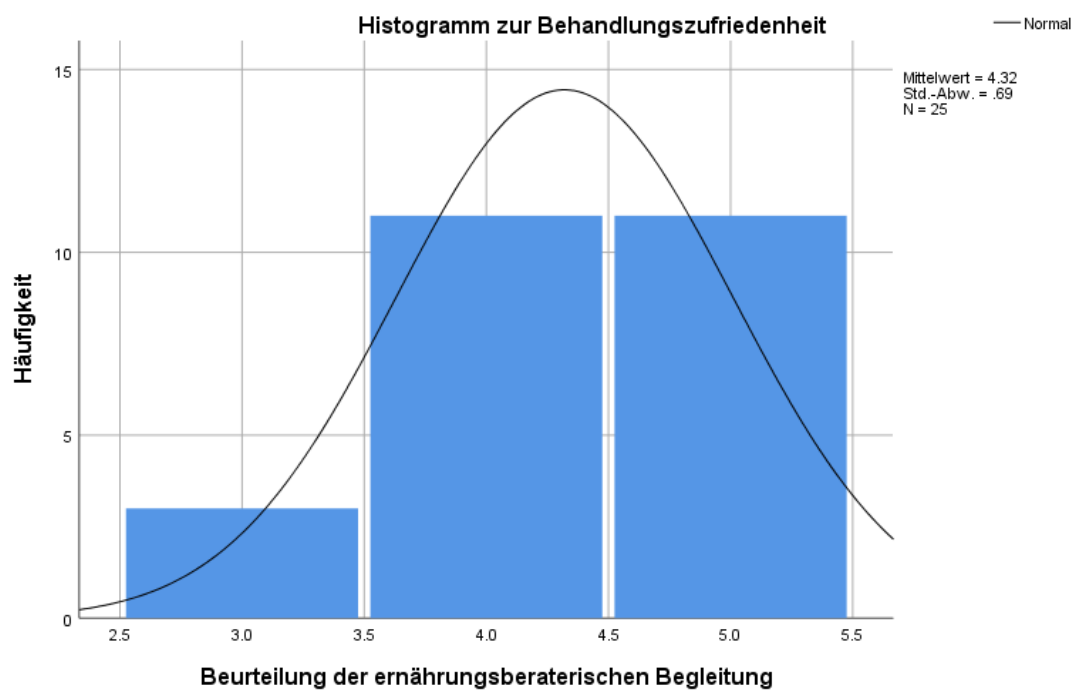


Abb. 10: Histogramm zur Behandlungszufriedenheit mit der Ernährungsberatung.

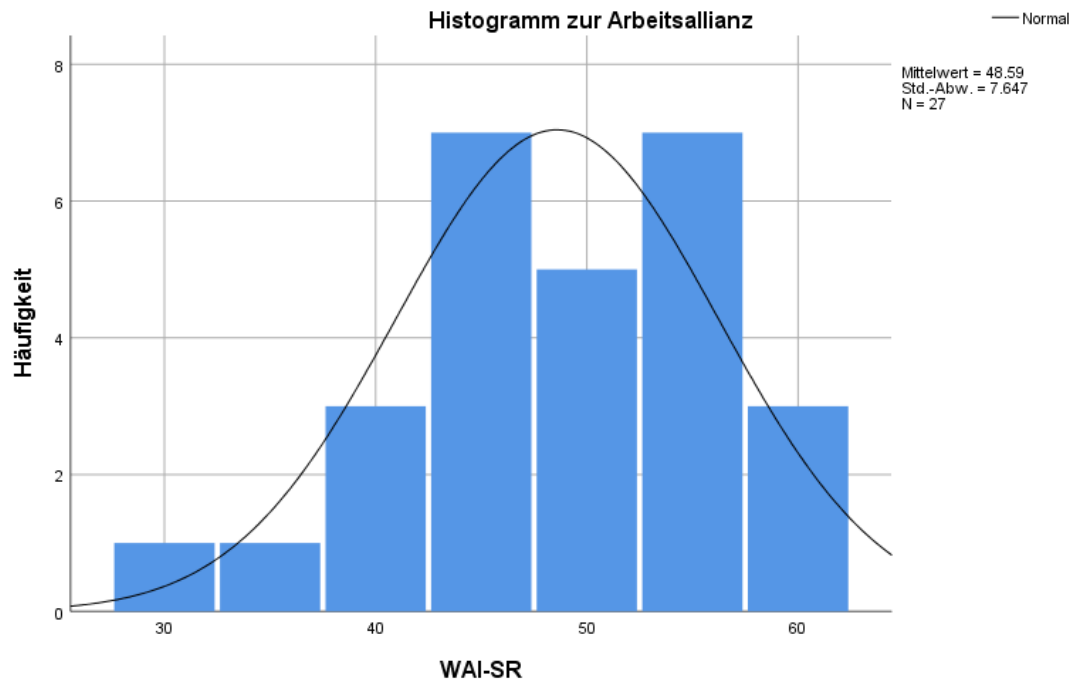


Abb. 11: Histogramm zur Arbeitsallianz der Teilnehmenden.

### 12.7.2 P-P Plots

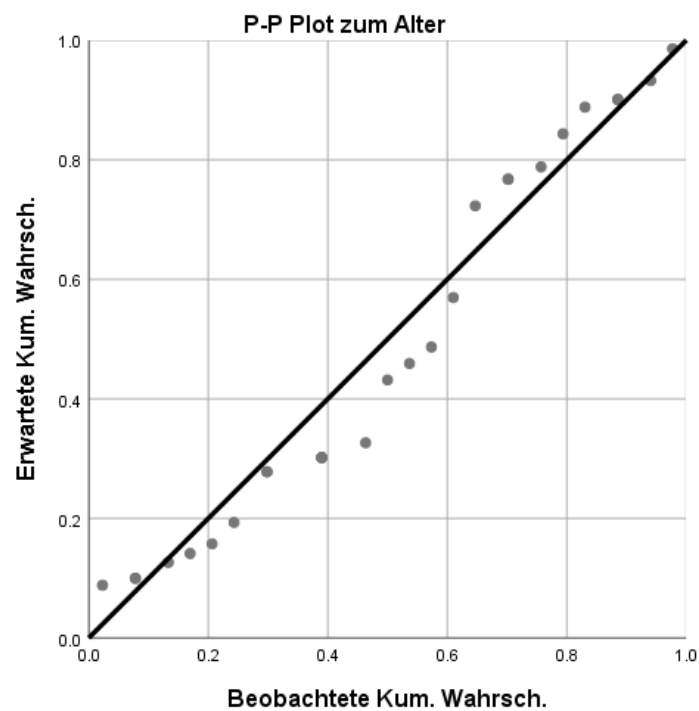


Abb. 12: P-P Plot zum Alter der Teilnehmenden.

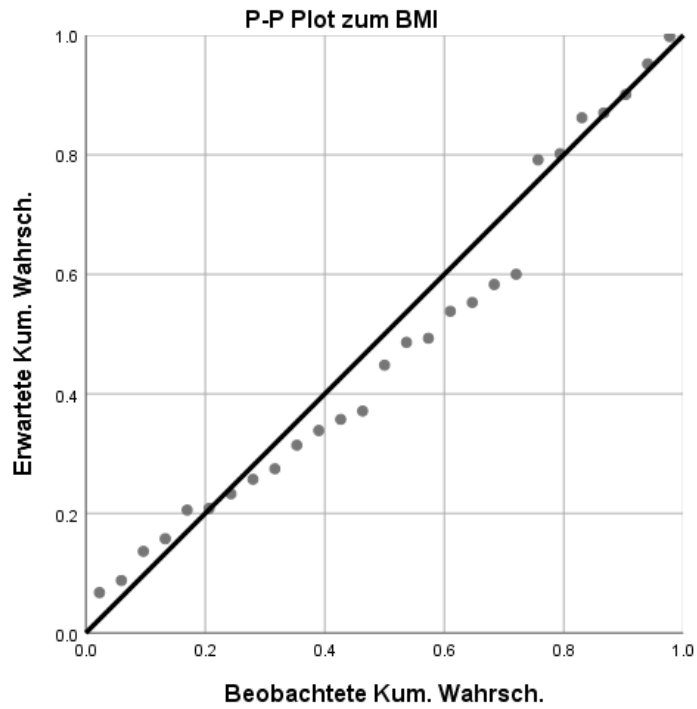


Abb. 13: P-P Plot zum BMI der Teilnehmenden.

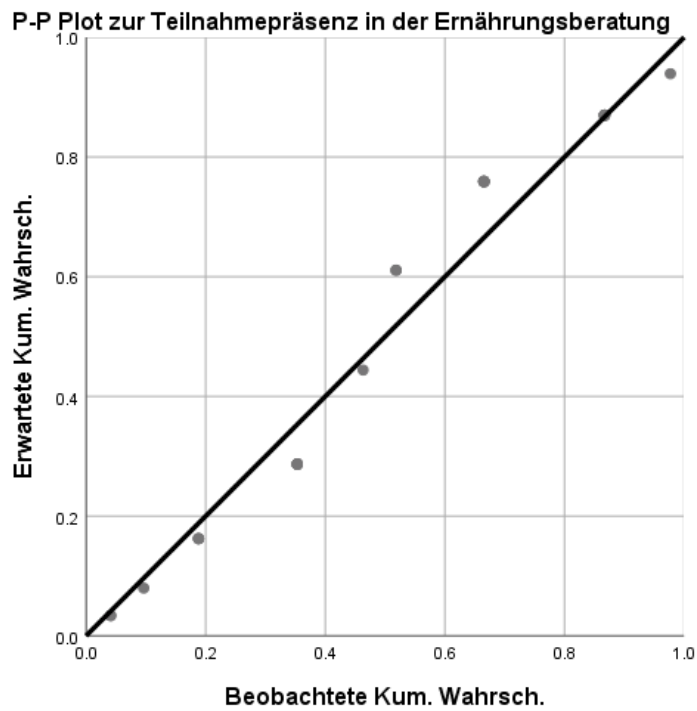


Abb. 14: P-P Plot zur Teilnahmepräsenz der Teilnehmenden.

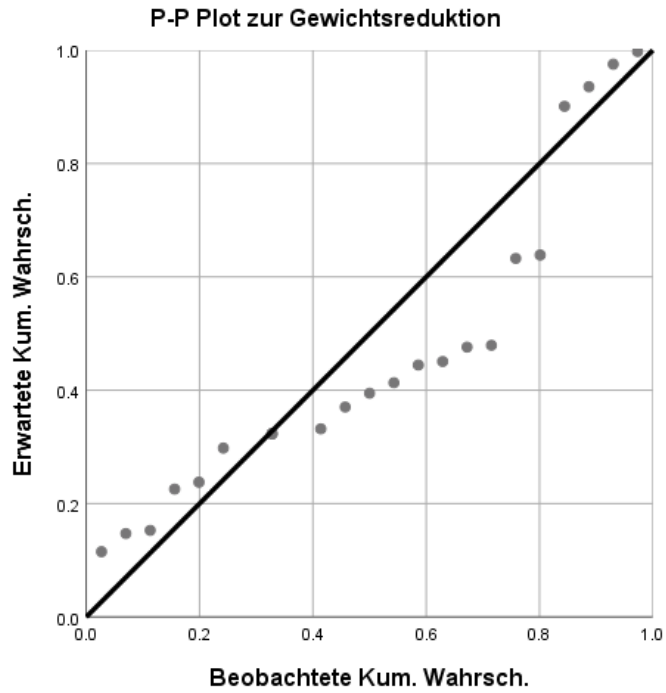


Abb. 15: P-P Plot zur Gewichtsreduktion der Teilnehmenden.

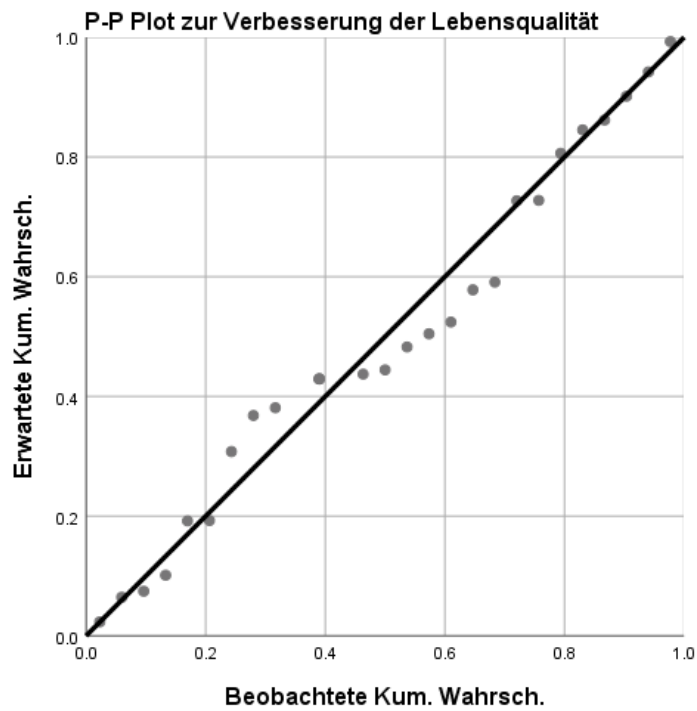


Abb. 16: P-P Plot zur Verbesserung der Lebensqualität.

P-P Plot zur Behandlungszufriedenheit mit der ernährungsberaterischen Begleitung

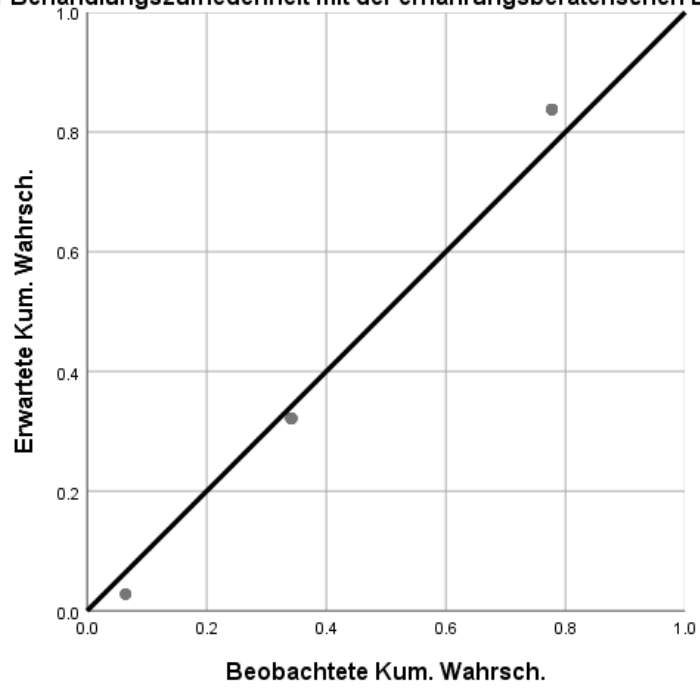


Abb. 17: P-P Plot zur Behandlungszufriedenheit mit der Ernährungsberatung.

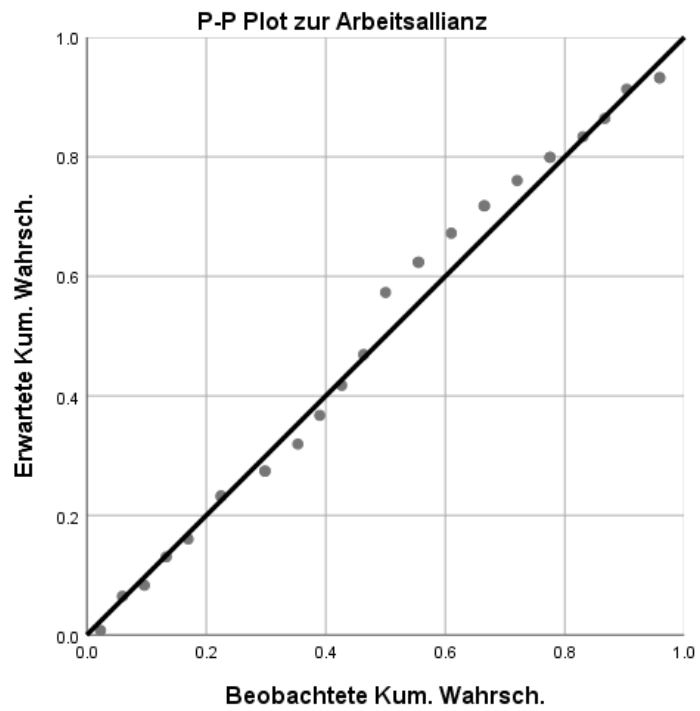
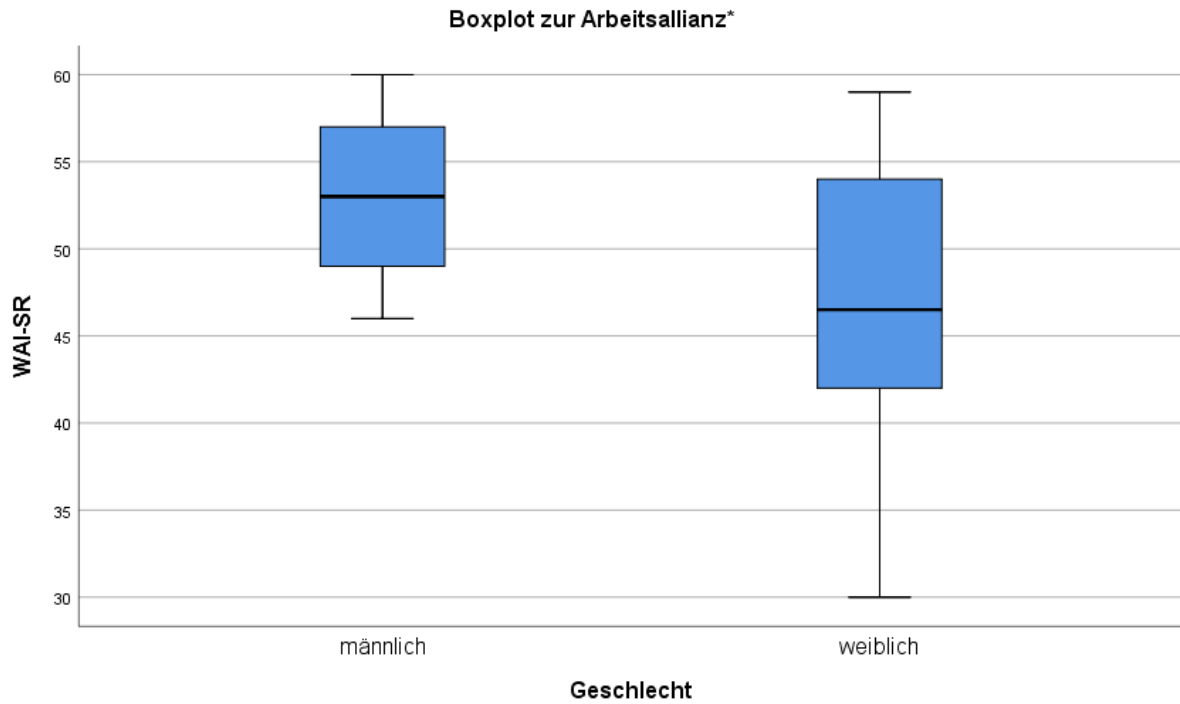


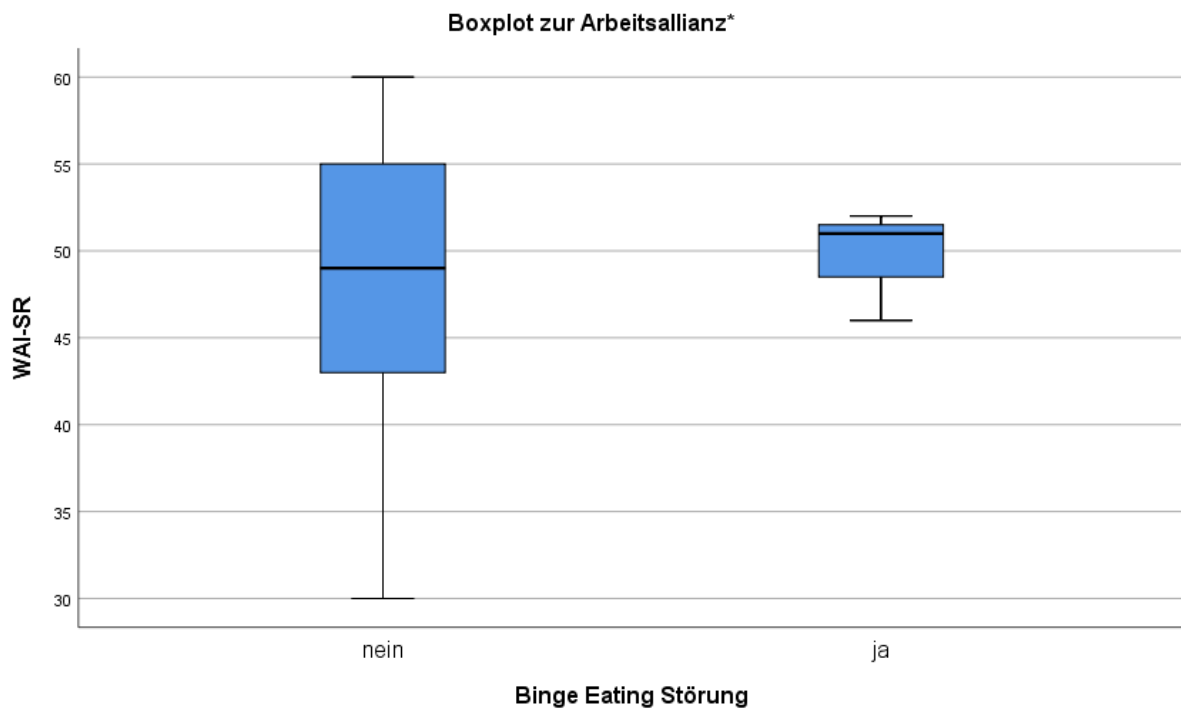
Abb. 18: P-P Plot zur Arbeitsallianz der Teilnehmenden.

### 12.7.3 Box-Plots



\*hohe Werte präsentieren eine bessere Arbeitsallianz (möglicher Wertebereich 12-60)

Abb. 19: Boxplot der Arbeitsallianz (mittels WAI-SR) nach Geschlecht.



\*hohe Werte präsentieren eine bessere Arbeitsallianz (möglicher Wertebereich 12-60)

Abb. 20: Boxplot der Arbeitsallianz (mittels WAI-SR) von Personen mit oder ohne einer BES.

## 12.8 Eigene Tabellen zu den Ergebnissen dieser Pilotstudie

<b>Alter und BMI der ein- und ausgeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Ein- und Ausschluss		Alter	BMI
Ausschluss von den Analysen	Median	40.00	38.69
	N	13	13
	Interquartilsabstand	24	10
	Minimum	19	30
	Maximum	58	52
Einschluss für die Analysen	Median	35.00	36.95
	N	27	27
	Interquartilsabstand	24	9
	Minimum	18	29
	Maximum	69	54

Tab. 4: Alter und BMI der ein- und ausgeschlossenen Teilnehmenden im Vergleich.

<b>Gewichtsreduktion und Teilnahme der Ein- und Ausgeschlossenen</b>			
Ein- und Ausschluss		Gewichtsreduktion*	absolvierte Anzahl ERB <sup>#</sup>
Ausschluss von den Analysen	Median	0.10	8.00
	N	13	13
	Interquartilsabstand	7	6
	Minimum	-3	2
	Maximum	14	13
Einschluss für die Analysen	Median	1.80	10.00
	N	27	27
	Interquartilsabstand	4	4
	Minimum	-3	5
	Maximum	22	13

\* Positive Werte entsprechen einer Gewichtsreduktion (kg) während der ersten und letzten absolvierten Sitzung,  
<sup>#</sup> ERB = Ernährungsberatungen

Tab. 5: Gewichtsreduktion und Teilnahme der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.

<b>Verschiedene Merkmale der Ein- oder Ausgeschlossenen im Vergleich</b>				
Merkmale		Ein- und Ausschluss wegen fehlendem Fragebogen		Gesamt (n)
		Ausschluss (n)	Einschluss (n)	
Geschlecht	Männlich	6	7	13
	Weiblich	7	20	27
	Gesamt	13	27	40
Bildungsniveau	Obligatorische Schule (Primarschule, Sekundarschule, Realschule)	1	6	7
	Sekundarstufe II (Gymnasium, FMS, BMS, Berufsmatur, Berufslehre)	5	15	20
	Tertiärstufe (Universität, Fachhochschule)	2	6	8
	Gesamt	8	27	35
Arbeitspensum	0-60%	0	7	7
	70-90%	0	11	11
	100%	7	7	14
	Gesamt	7	25	32
ERB* vor Eintritt	Nein	1	12	13
	Ja	8	15	23
	Gesamt	9	27	36

\* ERB = Ernährungsberatungen

Tab. 6: Verschiedene Merkmale der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.

<b>Psychiatrische Erkrankungen der Ein- oder Ausgeschlossenen</b>				
Merkmale		Ein- und Ausschluss wegen fehlendem Fragebogen		Gesamt (n)
		Ausschluss (n)	Einschluss (n)	
BES	Nein	10	24	34
	Ja	3	3	6
	Gesamt	13	27	40
Depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung	Nein	9	24	33
	Ja	4	3	7
	Gesamt	13	27	40
Angststörung jeder Form	Nein	11	26	37
	Ja	2	1	3
	Gesamt	13	27	40

Tab. 7: Psychiatrische Begleiterkrankungen der Ein- und Ausgeschlossenen im Vergleich.

<b>Arbeit und Bildung der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Merkmale		Häufigkeit	Prozent
Berufstätig	Ja	25	92.6
	Nein	2	7.4
	Gesamt	27	100
Arbeitspensum	70-90%	11	40.7
	0-60%	7	25.9
	100%	7	25.9
	Gesamt	25	92.6
Bildungsniveau	Sekundarstufe II (Gymnasium, FMS, BMS, Berufslehre, Berufsmatur)	15	55.6
	Obligatorische Schule (Primarschule, Sekundarschule, Realschule)	6	22.2
	Tertiärstufe (Universität, Fachhochschule)	6	22.2
	Gesamt	27	100

Tab. 9: Arbeit und Bildung der eingeschlossenen Teilnehmenden.

<b>Rauchverhalten der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Merkmale		Häufigkeit	Prozent
Rauchen	Nein	20	74.1
	Ja	7	25.9
	Gesamt	27	100
Früheres Rauchverhalten der aktuellen Nichtraucher	Nein	17	63
	Ja	3	11.1
	Gesamt	20	74
Zeitpunkt Rauchstopp, falls früher geraucht	Vor mehr als einem Jahr	2	7.4
	Vor weniger als einem Jahr	1	3.7
	Gesamt	3	11.1

Tab. 10: Rauchverhalten der eingeschlossenen Teilnehmenden.

<b>Entwicklung der Adipositas der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Merkmale		Häufigkeit	Prozent
Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Ja	15	55.6
	Nein	11	40.7
	Unbekannt	1	3.7
	Gesamt	27	100.0
Zeitpunkt Höchstgewicht	Bei Eintritt	13	48.1
	Vor mehr als einem Jahr	12	44.4
	Im letzten Jahr	2	7.4
	Gesamt	27	100.0
Gewichtsverlauf zwischen Eintrittsuntersuchung und Start ERB*	Zunahme (mind. +2kg)	14	51.9
	Stabil (0 bis + 1.9kg)	10	37
	Abnahme (mind. -2kg)	3	11.1
	Gesamt	27	100
* ERB = Ernährungsberatungen			

Tab. 12: Entwicklung der Adipositas der eingeschlossenen Teilnehmenden.

<b>Bisherige Behandlungsversuche der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Merkmale		Häufigkeit	Prozent
ERB vor Eintritt	Ja	15	55.6
	Nein	12	44.4
	Gesamt	27	100
Zeitpunkt ERB vor Eintritt	Vor mehr als 2 Jahren	10	37.0
	In den letzten 2 Jahren	4	14.8
	Unbekannt	1	3.7
	Gesamt	15	55.6
Anzahl ERB vor Eintritt	1-5 Beratungen	6	22.2
	6-10 Beratungen	5	18.5
	Mehr als 11 Beratungen	3	11.1
	Unbekannt	1	3.7
	Gesamt	15	55.6
Versuch einer Diät vor Eintritt	Ja	19	70.4
	Nein	8	29.6
	Gesamt	27	100
Medikamentöse Behandlung zur Gewichtsreduktion vor Eintritt	Nein	20	74.1
	Ja	7	25.9
	Gesamt	27	100
Psychotherapie zur Gewichtsbehandlung vor Eintritt	Nein	25	92.6
	Ja	2	7.4
	Gesamt	27	100

Tab. 13: Bisherige Behandlungsversuche der eingeschlossenen Teilnehmenden.

<b>Begleiterkrankungen der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>		
Erkrankungen	Häufigkeit	Prozent*
Schilddrüsenerkrankung (2 Ersterkrankungen ab August 2018, 5 vor April 2018)	7	17.5
Gelenksbeschwerden	7	17.5
Dyslipidämie	6	15.0
Hyperurikämie	3	7.5
Lebererkrankungen	3	7.5
Schlafapnoe Syndrom	3	7.5
Binge Eating Störung	3	7.5
Depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung	3	7.5
Diabetes Mellitus Typ 2	1	2.5
Maligne Erkrankung	1	2.5
Arthrose	1	2.5
Reflux	1	2.5
Angststörung	1	2.5
* 100% entsprechen dem Total aller Begleiterkrankungen		

Tab. 14: Begleiterkrankungen der eingeschlossenen Teilnehmenden.

<b>Medikamente der eingeschlossenen Teilnehmenden</b>			
Medikamentengruppe gemäss Gewichtseinfluss	Häufigkeit	Prozent*	
Eher gewichtssteigernd	Gestagene	5	25
	Betablocker	3	15
	Glukokortikoide	1	5
	Trizyklisches Antidepressiva	1	5
Eher gewichtsreduzierend	Levothyroxin	4	20
	Antidepressiva	2	10
	Biguanide	1	5
	Liraglutide	1	5
	Gliptine	1	5
	Gliflozine	1	5
* 100% entsprechen dem Total aller Medikamente			

Tab. 15: Medikamente der eingeschlossenen Teilnehmenden.

## 12.9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich diese Arbeit selbstständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln und Hilfeleistungen angefertigt habe. Aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommene Gedanken sind als solche kennbar gemacht. Die Arbeit wurde noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....