

Aus der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Campus Benjamin Franklin, der
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Der Einfluss des Bindungsstils auf den Therapieerfolg bei Präadipösen und Adipösen in
einem einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dipl.-Psych. Sybille Kieseewetter
aus Dresden

Datum der Promotion: 26.2.2016

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
1.1 Abstract	3
1.2 Einführung	5
1.3 Methodik	8
1.3.1 Auswahl der Patienten	8
1.3.2 Behandlungsprogramm	8
1.3.3 Instrumente	9
1.3.4 Statistische Analysen	10
1.4 Ergebnisse	11
1.4.1 Ergebnisse der Pilotstudie (N=44)	11
1.4.2 Ergebnisse der Hauptstudie (N=107)	12
1.5 Diskussion und Interpretation	14
1.5.1 Schlussfolgerung	18
1.6 Literaturverzeichnis	19
2. Anhang	24
2.1 Anteilserklärung	24
2.2 Druckexemplare der ausgewählten Publikationen	26
2.3 Lebenslauf	48
2.4 Publikationsliste	50
2.5 Eidesstattliche Versicherung	53
2.6 Danksagung	54

1. Zusammenfassung: Der Einfluss des Bindungsstils auf den Therapieerfolg bei Präadipösen und Adipösen in einem einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm- Sybille Kiesewetter

1.1 Abstract

Einleitung und Fragestellung: Adipositas ist eine weltweit zunehmende Erkrankung mit gravierenden Folgen für die Betroffenen und die Gesundheitssysteme. Die Adipositasgenese ist multifaktoriell, was die Behandlung erschwert. Therapieerfolge bleiben weit hinter den Erwartungen der Patienten und Therapeuten zurück, was oft Forschungsgegenstand war. In der vorliegenden Untersuchung ist erstmals der Bindungsstil adipöser Patienten und dessen Einfluss auf die Ergebnisse eines einjährigen Gewichtsreduktionsprogrammes evaluiert worden. Auch die Patient-Therapeuten-Beziehung und interpersonale Probleme wurden geprüft und in Beziehung zum Therapieerfolg und Bindungsstil gesetzt. Dabei wurde insbesondere der Fragestellung nachgegangen, ob unsicher gebundene Patienten von einem solchen Gruppenprogramm profitieren und zukünftige Behandlungskonzepte abgeleitet werden können. **Methodik:** Zunächst wurde eine Pilotstudie mit 44 Teilnehmern durchgeführt. Mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews (EBPR) wurden der Bindungsstil und mittels Fragebogens (HAQ) die Patient-Therapeuten-Beziehung erhoben und in Beziehung zur Gewichtsreduktion gesetzt. Die Hauptstudie umfasste 107 Patienten. Hier standen die interpersonalen Muster (IIP-D, HAQ, Bindungsstil) und die psychische Belastung (BSI) im Mittelpunkt. Zudem wurden die Auswirkungen der Bindungsstile auf die interaktionelle Gruppentherapie untersucht und der Einfluss des Bindungsstils auf den Therapieerfolg nach 12 Monaten dargestellt. **Ergebnisse:** In der Pilotstudie konnte gezeigt werden, dass der Bindungsstil einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg und die Qualität der Patient-Therapeuten-Beziehung hat. Dieser Zusammenhang konnte in der Hauptstudie nur für die Patient-Therapeuten-Beziehung, nicht aber für den Therapieerfolg bestätigt werden. Bei den unsicher Gebundenen zeigten sich zu Beginn eine erhöhte Introvertiertheit und soziale Vermeidung sowie zu Beginn und am Ende des Programms eine erhöhte psychische Belastung. Nach Einbezug der psychischen Belastung als Kovariate unterschieden sich die Gruppen jedoch nicht mehr bezüglich der IIP-D-Skala „introvertiert/sozial vermeidend“. In Bezug auf die Gewichtsreduktion, unabhängig vom Bindungsstil, war das Programm erfolgreich. Eine Verbesserung der Patient-Therapeuten-Beziehung im Verlauf des Programms zeigte einen positiven Einfluss auf den Erfolg. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Bindungs- und Beziehungsvariablen relevante Marker für erfolgreiche Gewichtsreduktionsprogramme sind und diese entsprechend modifiziert werden sollten. Zunächst sollten der Bindungsstil und die weitere psychische Belastung erhoben und danach eine individuelle, auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnittene Therapieplanung erfolgen. Bei unsicher gebundenen Patienten sollten dann durch Einzel- oder Gruppenangebote zunächst eine Erhöhung der sicheren Bindungsanteile erreicht, psychische Belastung

und interpersonale Probleme reduziert und die Gefühlsregulierung verbessert werden. In einem zweiten Schritt sollte dann auf die Gewichtsabnahme fokussiert werden. Eine Gruppe von sicher gebundenen Patienten, die psychisch nicht belastet ist, könnte dagegen bereits von Kurzzeittherapien profitieren. Vor der Etablierung im klinischen Alltag sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

Introduction: Obesity is a worldwide growing disease with serious consequences for persons affected and for healthcare systems. As the genesis of obesity is multifactorial, its treatment is complicated. Therapeutic success remains far below expectations of patients and therapists which has already been studied extensively. In this research, the attachment style of obese patients and its influence on the outcome of a one-year weight reduction program has been evaluated for the first time. Also the patient-therapist-relationship and interpersonal problems have been examined and set in relation to therapy success and attachment. In particular, we tested if insecurely attached patients can profit from such a group program and if future treatment concepts could be deduced. **Methods:** We conducted a pilot study with 44 participants. The attachment style was examined with a semi-standardized interview (AAPR) and the patient-therapist-relationship with a questionnaire (HAQ). Subsequently we related both to weight reduction. The following main study included 107 patients. We focused on interpersonal patterns (IIP-D, HAQ, attachment style) and psychological strain (BSI). Additionally we analyzed the effects of attachment on the interactional group therapy and described the influence of attachment on the therapy success after 12 months. **Results:** During the pilot study we could demonstrate the positive influence of secure attachment on therapy success and the patient-therapist-relationship. In the main study this effect could only be confirmed for the patient-therapist-relationship. For the insecurely attached persons an increased introversion/social inhibition was found starting the program and an increased psychological strain starting and ending the program. After including the BSI-score as covariate the two groups did not differ anymore in regard to the IIP-D-scale „introversion/inhibition“. Regarding weight reduction the program was successful independently from attachment style. An improvement of patient-therapist-relationship during the program showed a positive influence on the program success. **Conclusion:** The results of this research show the relevance of attachment and relationship variables for successful weight reduction programs which should be modified accordingly. The attachment style and extent of psychological strain should initially be measured to develop secondly an individual therapy plan that meets these patients' needs. Within the group of insecurely attached, an increase of secure-attachment patterns should be achieved, the psychological strain and interpersonal problems should be reduced and the regulation of emotions should be improved. The focus on weight reduction should then follow secondly. Securely attached patients however, who show no or only little psychological strain, could profit even from short-time therapies. But before such an approach could be established in a clinical routine, further research is required.

1.2 Einführung

In Deutschland gelten bereits 50% der Erwachsenen als präadipös (Body Mass Index (BMI) > 25) oder adipös (BMI \geq 30) [1]. Die weiterhin steigende Tendenz in den Industrieländern führt durch Zunahme von Folgeerkrankungen zu erheblichen gesundheitsökonomischen Kosten [2, 3, 4], aber auch individuellen Belastungen. Diese Konsequenzen unterstreichen, welche Bedeutung einer verbesserten Primär- und Sekundärprävention zukommt. Die bisherigen Langzeiterfolge der Sekundärprävention sind gering: Weniger als 30% der Personen, die Gewicht reduzieren, können dies langfristig halten [4, 5]. Eine Metaanalyse kommt sogar zu dem Ergebnis, dass sich bei weniger als 5% eine dauerhafte Gewichtsreduktion fünf Jahre nach Therapieende zeigt [6]. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Neben einer eingeschränkten Compliance [7, 8] kommen auch interaktionelle Schwierigkeiten mit den Therapeuten [9, 10] zum Tragen. Ein relevanter Einflussfaktor, der bislang allerdings nur unzureichend in der Adipositasforschung berücksichtigt wurde, ist der Bindungsstil. Die Bindungstheorie kann sowohl bei der Entstehung als auch bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas eine vielversprechende Grundlage zum Verständnis dieser Schwierigkeiten sein, jedoch wurden die Bindungsstile adipöser Erwachsener bisher noch nicht untersucht. In der vorliegenden Studie haben wir daher erstmals systematisch untersucht, inwieweit interpersonale Faktoren, die Patient-Therapeuten-Beziehung und der Bindungsstil, Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen. Dazu haben wir präadipöse und adipöse Patienten im Rahmen eines einjährigen Gewichtsreduktionsprogrammes untersucht. Interpersonale, aber auch psychische Faktoren wurden zu Beginn und im Verlauf der Therapie, nicht jedoch bei der Entstehung der Adipositas betrachtet. Diese aus der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse zum Einfluss des Bindungsstils könnten zukünftig in der Anwendung und Ausrichtung von Therapieangeboten zum Einsatz kommen und damit zu einer verbesserten Patient-Therapeuten-Beziehung und in der Konsequenz zu größerem Therapieerfolg beitragen.

Bei der Adipositasentstehung wird als einer der Kofaktoren eine nicht ausgereifte Affektregulation angenommen, die ihre Wurzeln in der Interaktion mit den primären Bezugspersonen hat [11] und mit frühen Bindungserfahrungen in Zusammenhang steht. Verschiedene Untersuchungen [12] haben die Bedeutung familialer Strukturen für die Entwicklung einer kindlichen Adipositas gezeigt.

Interaktionsmuster in Familien mit adipösen Kindern weisen häufig auf dysfunktionale Kommunikations- und Konfliktbewältigungsmuster hin, die auch in der Entwicklung unsicher Gebundener beschrieben wurden [13]. Die Familie gibt den Kindern Vorbilder, Regeln und Muster für angemessenes und unangemessenes Essverhalten vor [12]. Ein unangemessenes Essverhalten wird durch eine gestörte Hunger- und Sättigungsregulation grundlegend begünstigt, die u.a. entsteht, wenn Eltern Nahrungsmittel als Belohnung oder deren Entzug als Bestrafung einsetzen. In solchen Fällen wird Essen häufig als Ersatz für emotionale Zuwendung und als „Problemlösestrategie“ benutzt [12].

Auch Bruch [14,15] geht davon aus, dass adipöse Menschen nicht in der Lage sind, Hungergefühle von anderen körperlichen Bedürfnissen oder emotionaler Erregung zu unterscheiden. Adipositas wird hierbei als „Hilferuf“ beschrieben, der einen Affekthunger ausdrückt [16], was auch durch verschiedene Studien immer wieder bestätigt wurde [17, 18]. Wir leiteten daraus die Hypothese ab, dass adipöse Patienten – vergleichbar mit anderen essgestörten Patienten [19, 20] – vermehrt unsicher gebunden sind als Gesunde.

Bezogen auf die Therapie der Adipositas ergeben sich nun die folgenden Überlegungen:

Eine erfolgreiche Gewichtsreduktion ist definiert als eine langanhaltende Reduktion von >5% des Körpergewichts. Studien und Metastudien, die sich mit der Identifikation prognostischer Faktoren für Therapieerfolg beschäftigen, ergaben bisher uneinheitliche Ergebnisse [21, 22, 23]. Die meisten Studien identifizieren den Grad der Bindungssicherheit dabei als den besten Prädiktor für Therapieerfolg [24, 25]. Bei adipösen Erwachsenen ist dies jedoch bisher noch nicht untersucht worden. Bei Gesunden [26, 27] sowie u.a. auch bei Patienten mit den Essstörungen Anorexie und Bulimie war der Bindungsstil dagegen bereits Gegenstand zahlreicher Untersuchungen [19, 20]. Bei gesunden Probanden sind bei Erhebungen mit dem Adult Attachment Interview (AAI) [26] und dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen [28] ca. 50-60% sicher gebunden. Bei den Essstörungen Anorexie und Bulimie weisen nur 10 % der Patientinnen in verschiedenen Studien einen sicheren Bindungsstil auf [29]. In Bezug auf die Adipositas weisen die Ergebnisse von Anderson et al. [30, 31] und von Cooper et al. [32] darauf hin, dass es eine Assoziation zwischen unsicherer Bindung und Adipositas gibt. Deren Untersuchungen wurden allerdings bei adipösen Kindern und Adoleszenten und nicht bei Erwachsenen durchgeführt.

Bei unterschiedlichen Studien wurden die Relevanz der Bindungsstile für verschiedene Erkrankungen [32], die Art der Beziehungsgestaltung [33], die Qualität und die Entwicklung der therapeutischen Beziehung [27, 34, 35, 36, 37] sowie die Behandlungsverläufe und der Therapieerfolg untersucht [38, 39, 40]. Tasca et al. [19] beschreiben beispielsweise, dass vermeidend Gebundene, wenn sie denn therapeutische Kontakte suchen, die Hilfe eher zurückweisen, die Aufmerksamkeit von emotionalen Themen ablenken und ihre Schwierigkeiten weniger anerkennen. Ambivalent gebundenen Personen fällt es dagegen leichter, Hilfe in Anspruch zu nehmen [41]. Sicher gebundene Erwachsene werden als deutlich kooperativer und engagierter im Zusammenhang mit therapeutischen Hilfsangeboten beschrieben [41, 42]. „Da sich Personen mit unterschiedlichen Formen von Bindungsunsicherheit in ihren Interaktionen unterscheiden und [...] unterschiedliche Reaktionen in ihrem Gegenüber auslösen“ [41: S.12], ist der Einfluss der Bindungsstrategien auf die Psychotherapie und die Entwicklung der therapeutischen Beziehung von erheblicher Bedeutung [36, 37, 41]. Es ist zudem festzuhalten, dass die

Beziehung zum Therapeuten in jeder Therapie eine wichtige Rolle spielt [43]. Diese speist sich auch aus den frühen Bindungserfahrungen der Patienten, die im therapeutischen Setting aktiviert werden. Möglicherweise kommt dem Bindungsstil eine entscheidende Rolle dahingehend zu, ob sich der Patient auf die Therapie einlassen kann und z.B. von einem Gruppensetting profitiert [44]. Nach der Bindungstheorie [45] entwickelt der Mensch in den ersten Lebensmonaten und -jahren Bindungsmuster, die durch „innere Arbeitsmodelle“ strukturiert werden, je nachdem, wie die primären Bezugspersonen auf die Bedürfnisregungen des Säuglings und Kleinkindes reagieren. Diese verinnerlichten Muster charakterisieren später die „Repräsentanzwelt“ des gereiften Menschen [46]. Das Bindungssystem wird aktiviert, um Schutz zu erhalten, sobald eine äußere oder innere Gefahr auftaucht, die nicht selbst behoben werden kann. Im Hinblick auf die Bereitschaft, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind dabei – in Abhängigkeit vom vorherrschenden Bindungsstil – Unterschiede belegt [41]. Folgende Bindungsstile werden unterschieden: sicher gebunden, unsicher-ambivalent gebunden, unsicher-vermeidend gebunden und desorganisiert [13]. Haggerty et al. [47] postulieren, dass das Wissen um die interpersonalen Probleme und den Bindungsstil dem Therapeuten von Beginn an hilft, die interpersonalen Erwartungen und Wahrnehmungen des Patienten besser zu verstehen. Das wiederum führt zu einer besseren Patient-Therapeuten-Beziehung, die für ein positives Behandlungsergebnis bedeutsam ist [47, 48, 49, 50]. Neben dem Einfluss der einzelnen Faktoren auf den Therapieerfolg untersuchten wir daher zu Beginn des Programms auch den Zusammenhang zwischen der Ausprägung interpersonalen Probleme und den verschiedenen Bindungsstilen. Wir gingen von der Hypothese aus, dass sicher gebundene Patienten geringere interpersonale Probleme haben als unsicher gebundene.

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen wurden in den folgenden Artikeln publiziert (siehe Publikationsliste im Anhang):

1. Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, Köpp W, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *BioPsychoSocial Medicine* 2012, 6:3 doi:10.1186/1751-0759-6-3. Hier fokussierten wir auf die ersten 44 Patienten (40 Frauen und 4 Männer) des Gewichtsreduktionsprogramms, um in einer Pilotphase die Hypothese zu prüfen, ob der Bindungsstil und die Patient-Therapeuten-Beziehung einen Einfluss auf eine erfolgreiche Gewichtsreduktion haben.
2. Kiesewetter S, Köpsel A, Pfeiffer A, Köpp W, Kastner S, Orth-Gomér K, Deter HC. Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten. *Psychother Psych Med* 2014,64:260–267. In diesem Artikel stellten wir die Auswirkung des Bindungsstils auf die interpersonalen Probleme und die Patient-Therapeuten-

Beziehung bei nun 107 Patienten dar, um prognostische Faktoren für modifizierte Therapieangebote zu identifizieren. Hier standen die interpersonalen Muster (IIP-D, HAQ, Bindungsstil) und die psychische Belastung (BSI) im Mittelpunkt.

3. Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2010;7:Doc04. doi:10.3205/psm000066. In dieser Publikation beschreiben wir den Einfluss des Bindungsstils auf den Therapieerfolg sowie die Auswirkungen auf psychodynamische Aspekte in der interaktionellen Gruppentherapie, um Faktoren für modifizierte Therapieangebote zu identifizieren und zu diskutieren.

1.3 Methodik

1.3.1 Auswahl der Patienten

Die Pilotstudie schloss zu Beginn 44 adipöse ($BMI \geq 30$; $M 38,3 \pm 7,4$) erwachsene Patienten ein, die an einem einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm der endokrinologischen Abteilung des Campus Benjamin Franklin der Charité teilnahmen. Weitere Daten der klinischen Charakterisierung finden sich in Tabelle 1. Die Hauptstudie schloss zu Beginn 118 präadipöse und adipöse ($BMI \geq 25$; $M 36,2 \pm 6,9$) erwachsene Patienten ein, die an dem gleichen einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm teilnahmen. Die Patienten wurden vorwiegend durch Plakate im Haus, Fernsehsendungen und das Internet auf das Behandlungsprogramm aufmerksam. Daten der klinischen Charakterisierung finden sich in Tabelle 2. Die Drop-Out-Rate betrug insgesamt 39%, wobei nur 16,1% in den ersten 6 Monaten die Teilnahme abbrachen und weitere 22,9% im zweiten Halbjahr des Programms. Der Therapieerfolg wurde mit $>5\%$ Gewichtsreduktion definiert. Nicht eingeschlossen wurden Patienten mit kardiovaskulären, Leber- und Nierenerkrankungen oder mit schwerer psychiatrischer Komorbidität. Die Teilnahme aller Patienten erfolgte nach Aufklärung und schriftlicher Einwilligungserklärung. Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt.

1.3.2 Behandlungsprogramm

Das Gewichtsreduktionsprogramm setzte sich aus einer halbjährigen aktiven und einer halbjährigen passiven Therapiephase zusammen. Die aktive Phase bestand aus den Komponenten Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, ärztliche Beratung, Kochkurs und psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In der sich anschließenden passiven Phase fanden alle 6 bis 8 Wochen Treffen mit den Ernährungsberaterinnen statt. Vor Beginn des Programms dokumentierten die Patienten ihr Essverhalten. Auf Grundlage dieser Essprotokolle erfolgte eine individuelle Beratung und Festlegung einer täglichen Kalorienzufuhr von 400-600 kcal niedriger als der Gesamtenergieverbrauch.

Die Gruppen bestanden aus 10-12 meist weiblichen Patienten. Die Teilnahmekosten betragen 450 EUR, wobei bei einigen bis zu 50% von der Krankenkasse übernommen wurden. Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie erfolgte an 12 Terminen durch eine qualifizierte Gruppentherapeutin der psychosomatischen Abteilung [42]. Zwei bis fünf Patienten pro Gruppe hatten bereits psychotherapeutische Behandlungserfahrungen.

1.3.3 Instrumente

Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR)

Zur Erhebung des Bindungsstils wurden mit den Patienten in der Initialphase des Gewichtsreduktionsprogramms halbstandardisierte ein- bis zweistündige Bindungsinterviews [13] geführt. Die zentralen Themen des Bindungsinterviews des EBPR sind in die Abschnitte „Kindheit“ und „Gegenwart“ eingeteilt. Die Interviews wurden videografiert. Das Rating und die Zuordnung zu einem Bindungsstil erfolgten durch zwei unabhängige, qualifizierte Rater. Bei fehlender Übereinstimmung der Rater wurde ein gemeinsames Rating durchgeführt bzw. wurden die Ausbilder des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena als Supervisoren hinzugezogen und die Ratings entsprechend überprüft. Mit dem EBPR [13] kann zwischen sicherem, unsicher-ambivalentem und unsicher-vermeidendem Bindungsstil unterschieden werden. Das EBPR wurde inzwischen in vielen Studien eingesetzt und hat sich bezüglich Reliabilität, Validität, Interraterreliabilität, interner Konsistenz der Skalen sowie der Trennschärfe der einzelnen Items bewährt [39, 51, 52, 53, 54, 55].

Brief Symptom Inventory (BSI)

Zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome und deren Veränderung wurde das BSI von Derogatis [56] – Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) – eingesetzt. Es umfasst 53 Items. Die neun Skalen Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus gehen in den globalen Kennwert (GSI) ein. Ab einem normierten T-Wert von ≥ 63 wird eine psychische Belastung definiert. In den Arbeiten wurden deshalb jeweils die T-Werte angegeben. Das BSI wurde mehrfach hinsichtlich der Validität und Reliabilität untersucht und zeigte dabei zufriedenstellende Ergebnisse [57, 58].

Fragebogen zur Erhebung der hilfreichen Beziehung (HAQ)

Zur Erhebung der Patient-Therapeuten-Beziehung wurde der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky et al. [59, 60] eingesetzt, den die Patienten und die Therapeutin nach der 3. und der letzten Gruppentherapie-Sitzung sowie am Ende des Programms ausfüllten. In dem 11-Item

Fragebogen sind zwei Subskalen enthalten. Subskala 1 erfasst die vom Patienten subjektiv eingeschätzte Hilfestellung durch den Therapeuten und Subskala 2 die Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Die Patienten schätzen dabei ein, wie sehr den Aussagen auf einer 6-Punkte Likert-Skala von 1 (Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend) bis 6 (Ja, ich halte dies für sehr zutreffend) zuzustimmen ist. Ab einem Wert von $> 3,5$ liegt eine positive Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung vor. Es wurde eine Fragebogenversion für die Patienten und eine für die Therapeuten eingesetzt. Der HAQ wurde inzwischen in verschiedenen Studien [61, 62, 63] eingesetzt und zeigt zufriedenstellende Werte bezüglich Reliabilität und Validität [59, 60].

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, IIP-D [64], erfragt interpersonale Verhaltensweisen, die dem Probanden schwer fallen bzw. die er im Übermaß zeigt. Es sind 8 Subskalen enthalten: autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich und expressiv/aufdringlich.

Zusätzlich wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert. In Validierungsstudien mit größeren Stichproben konnte gezeigt werden, dass sich der Fragebogen zur Definition verschiedener klinischer Subgruppen eignet, mit anderen klinischen Merkmalen korreliert und prognostische Aussagekraft in Bezug auf Psychotherapie hat. Das IIP-D wurde zu Beginn des Programms eingesetzt.

1.3.4 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit der statistischen Standardsoftware SPSS für Windows Version 19.0 durchgeführt. Alle Daten sind als Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) angegeben bzw. es sind die absoluten und relativen Häufigkeiten für kategoriale Daten dargestellt. Wir testeten demographische und klinische Unterschiede zwischen den sicher und unsicher gebundenen Patienten mit dem T-Test für kontinuierliche Variablen (wie zum Beispiel Alter, BMI, Größe und Gewicht). Kategoriale Variablen wie Geschlecht, sicherer versus unsicherer Bindungsstil oder BMI-Klassifikation sind als Prozentwerte dargestellt und wurden mit dem χ^2 Test (Effektgröße = Cramers' V) analysiert. Der exakte Fisher-Test wurde dagegen verwendet, wenn mehr als 25% der Zellen einen erwarteten Wert von weniger als 5 hatten. Die Gewichtsreduktion nach sechs Monaten und nach einem Jahr wurden in Bezug zum Ausgangsgewicht berechnet. Aufgrund der schiefen Verteilung der numerischen Variablen wurden Unterschiede zwischen Gruppen mit dem Mann-Whitney U Test analysiert und mit dem Rangsummentest von Wilcoxon für Vergleiche zwischen verschiedenen Messzeitpunkten. Die Prädiktoren für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion wurden mithilfe einer

multiplen linearen Regression identifiziert. Um zu prüfen, ob der Bindungsstil einen Einfluss auf die Gewichtsreduktion hat, führten wir eine einfache ANOVA durch. Ein p-Wert < 0.05 wurde als statistisch signifikant bewertet.

1.4 Ergebnisse

1.4.1 Ergebnisse der Pilotstudie (N=44)

Die Pilotstudie umfasste 44 Patienten (40 Frauen und 4 Männer). Das mittlere Alter betrug $52,3 \pm 10,5$ Jahre. Das mittlere Ausgangsgewicht lag bei $108,2 \pm 23,6$ kg bzw. bei einem BMI von $38,3 \pm 7,4$ kg/m^2 . 30 (68%) Patienten waren sicher und 14 (32%) unsicher gebunden (davon 6 (14%) mit unsicher-ambivalentem und 8 (18%) mit unsicher-vermeidendem Bindungsstil). Zu Beginn unterschieden sich die sicher und unsicher gebundenen Patienten nicht in Bezug auf Geschlecht, Alter oder BMI. Die durchschnittliche Gewichtsreduktion betrug 6,3 % (mit einer Spanne zwischen 20,9 % Gewichtsreduktion bis zu 11,2 % Gewichtszunahme) nach 12 Monaten ($p < 0,001$). Die Gewichtsreduktion bei den sicher gebundenen Patienten war höher als bei den unsicher Gebundenen (7.6% vs. 3.5%, $p= 0,047$).

Tabelle 1: Zusammenfassende Statistik aus Pilotstudie, ausgewählte Merkmale

	Gesamt N = 44 (100%)		sicherer Bindungsstil N = 30 (68%)		unsicherer Bindungsstil N = 14 (32%)		p-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	p
Alter	52,3	10,5	52,6	11,4	51,7	8,6	0,776
BMI (kg/m^2) zu Beginn	38,3	7,4	37,2	6,4	40,6	9,1	0,082
Gewicht in kg zu Beginn	108,2	23,6	104,5	23,7	116,0	22,3	0,034*
Gewichtsreduktion in % (BMI)	6,3	6,2	7,6	4,7	3,5	8,0	0,047*
Gewichtsreduktion in % (kg)	5,7	7,5	7,5	5,1	2,0	10,2	0,029*
HAQ Patient 3. Sitzung	4,3	0,6	4,5	0,5	3,9	0,7	0,004**
HAQ Therapeut 3. Sitzung	3,6	0,6	3,8	0,6	3,4	0,5	0,019*

Quelle: Daten der EBPR-Bindungsstiluntersuchung (N=44), eigene Berechnungen, **= $p < 0,01$, *= $p < 0,05$

Die Patient-Therapeuten-Beziehung (HAQ) wurde von den sicher gebundenen positiver als von den unsicher gebundenen Patienten eingeschätzt ($p = 0,004$). Auch die Therapeutin bewertete die Beziehungsaspekte bei den sicher Gebundenen positiver ($p = 0,019$). Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gewichtsreduktion und der Einschätzung der therapeutischen Beziehung gefunden werden (HAQ: Einschätzung der Patienten $p = 0,694$, Einschätzung der Therapeutin $p = 0,466$). Die Ergebnisse der Pilotstudie sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Aufgrund der Ergebnisse aus der Pilotphase, die hypothesenkonform einen Zusammenhang zwischen Bindungsstil und erfolgreicher Gewichtsreduktion nahelegen und die Machbarkeit der Untersuchung gezeigt haben, wurde die Studie ausgeweitet. Insgesamt wurden 118 Patienten über einen Zeitraum von drei Jahren in die Gesamtstudie einbezogen.

1.4.2 Ergebnisse der Hauptstudie (N=107)

Die Gesamtgruppe setzte sich aus 13 Männern (11%) und 105 Frauen (89%) zusammen. Bei 107 der 118 Patienten konnten wir den Bindungsstil mithilfe des EBPR erheben. Auf diese Gruppe beziehen sich die Ergebnisse und Analysen im Folgenden. Gründe für die fehlende Teilnahme an den Bindungsinterviews waren Ablehnung der Videoaufzeichnung und vorzeitiger Abbruch des Gewichtsreduktionsprogramms.

Das mittlere Alter betrug $52,6 \pm 11,5$ Jahre (Range 20-71 Jahre). Die Altersgruppe der 40-59 Jährigen war am stärksten vertreten. Das mittlere Gewicht bei der Erstuntersuchung lag bei $102,8 \pm 22,2$ kg und der mittlere BMI bei $36,2 \pm 6,9$ kg/m² (Range 26,1-69,0 kg/m²). 33,9% wiesen eine Adipositas Grad I (BMI = 30,0-34,9 kg/m²), 25,4% Grad II (BMI = 35,0-39,9 kg/m²) und 23,7% Grad III (BMI \geq 40,0 kg/m²) auf. 16,9% der Patienten waren präadipös (BMI = 25,1-29,9 kg/m²). Diese Daten für die Untergruppen der sicher und unsicher gebundenen Patienten sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Unterschiede nach Bindungsstil in Hauptstudie, getrennt nach Geschlecht und Adipositas-Graden

	sicherer Bindungsstil N = 58 (54%)		unsicherer Bindungsstil N = 49 (46%)	p-Wert
Geschlecht (Anteil Frauen)	51 (88)		44 (89)	0,761
Übergewicht	10 (17)		8 (16)	0,900
Adipositas Grad I	19 (33)		15 (31)	0,812
Adipositas Grad II	17 (29)		11 (22)	0,421
Adipositas Grad III	12 (21)		15 (31)	0,239

Quelle: Daten der EBPR-Bindungsstiluntersuchung (N=107), eigene Berechnungen, **=p<0,01, *=p<0,05

Bei den 107 Patienten waren nach der EBPR-Auswertung 58 (54,2%) sicher und 49 (45,8%) unsicher gebunden. Dabei wiesen 22 (20,6%) der unsicher gebundenen Patienten einen unsicher-ambivalenten und 27 (25,2%) einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil auf. Sicher und unsicher gebundene adipöse Patienten unterschieden sich nicht bezüglich Alter, Geschlecht, BMI (Tab. 2 und 3) sowie Bildungsstand, Familienstand und Alter bei Erstmanifestation.

Tabelle 3: Unterschiede nach Bindungsstil in Hauptstudie, getrennt nach Alter und BMI

	sicherer Bindungsstil N = 58 (54%)		unsicherer Bindungsstil N = 49 (46%)		p-Wert
	M	SD	M	SD	p
Alter (Jahre)	52,1	12,0	52,4	11,2	0,986
BMI (kg/m ²)	36,3	6,9	36,7	7,4	0,726

Quelle: Daten der EBPR-Bindungsstiluntersuchung (N=107), eigene Berechnungen, **=p<0,01, *=p<0,05

Im Brief Symptom Inventory (BSI) zeigten 31% aller Patienten erhöhte Werte der psychischen Belastung ($T \geq 63$). Als häufigste psychische Symptome wurden Depressivität und Ängstlichkeit angegeben: 26% aller Patienten zeigten erhöhte Werte in der Depressions-Skala und 18% wiesen erhöhte Werte in der Angst-Skala auf. Bei den unsicher Gebundenen waren der GSI und der Depressionswert signifikant höher als bei den sicher gebundenen Patienten. Dagegen unterschieden

sich die zwei Gruppen nicht signifikant auf der Angstskaala des BSI (Tab. 4). Nach Abschluss des Programms war der Unterschied bzgl. des GSI der sicher gebundenen weiterhin signifikant niedriger im Vergleich zu dem der unsicher gebundenen Patienten. Dies trifft auch für die Unterskalen Depression und Angst des BSI zu (siehe Tab. 4).

Tabelle 4: Unterschiede nach Bindungsstil in Hauptstudie, getrennt nach Gewichtsreduktion, HAQ, IIP-D, BSI

	sicherer Bindungsstil N = 58 (54%)			unsicherer Bindungsstil N = 49 (46%)			p-Wert
	n	M	SD	n	M	SD	p
Gewichtsreduktion in % (BMI) nach 12 Monaten	34	8,1	5,0	33	7,2	7,2	0,667
HAQ Patient 3.Sitzung	52	4,4	0,6	42	4,0	0,8	0,022*
HAQ Therapeut 3.Sitzung	56	3,8	0,5	48	3,5	0,4	0,005**
IIP-D PA (autokratisch/dominant)	51	,71	,53	42	,75	,49	0,472
IIP-D BC (streitsüchtig/ konkurrierend)	51	,73	,51	42	,85	,52	0,219
IIP-D DE (abweisend/ kalt)	51	,73	,57	42	,99	,75	0,125
IIP-D FG (introvertiert/ sozial vermeidend)	51	,93	,64	42	1,28	,86	0,049*
IIP-D HI (selbstunsicher/unterwürfig)	51	1,37	,84	42	1,43	,98	0,831
IIP-D JK (ausnutzbar/nachgiebig)	51	1,47	,74	42	1,45	,80	0,983
IIP-D LM (fürsorglich/freundlich)	51	1,55	,69	42	1,54	,77	0,816
IIP-D NO (expressiv/aufdringlich) MW	51	,96	,62	42	1,03	,70	0,777
IIP-D Gesamt	51	1,06	,47	42	1,16	,61	0,305
BSI GSI	51	55,6	10,5	41	61,0	12,1	0,009**
BSI Depression	54	51,6	12,8	45	58,3	10,8	0,008**
BSI Angst	54	50,0	12,8	45	53,3	10,9	0,125
BSI GSI 12 Monate	29	50,2	10,8	22	60,5	13,2	0,007**
BSI Depression 12 Monate	29	51,3	9,4	22	59,0	12,1	0,015*
BSI Angst 12 Monate	29	47,4	11,8	22	55,6	12,7	0,024*

Quelle: Daten der EBPR-Bindungsstiluntersuchung (N=107), eigene Berechnungen, n: Anzahl der Patienten, für die Daten zum entsprechenden Item vorliegen, **=p<0,01, *=p<0,05

Die sicher Gebundenen schätzten die Patient-Therapeuten-Beziehung grundsätzlich positiver ein als die unsicher Gebundenen. Ebenso beurteilte die Therapeutin die Patient-Therapeuten-Beziehung bei den sicher gebundenen Patienten positiver als bei den unsicher gebundenen (Abb.1, Abb. 2, Tab. 4). Die Unterschiede in der Einschätzung der therapeutischen Beziehungen (HAQ aus Patienten- und Therapeutesicht) blieben auch nach statistischer Kontrolle des GSI (globaler Kennwert psychischer Belastung) bestehen. Bezüglich der Patient-Therapeuten-Beziehung ergab sich zudem ein signifikanter Unterschied bei Ausdifferenzierung des Bindungsstils in sicher, ambivalent und vermeidend gebunden bei der Einschätzung durch die Therapeutin: Die positivste Beziehungsqualität wurde den sicher Gebundenen zugeschrieben (N=47; M=3,79, SD=0,47) gefolgt von den unsicher-ambivalent Gebundenen (N=19; M=3,65, SD= 0,36) und am negativsten präsentierte sich die Beziehung zu den unsicher-vermeidend gebundenen Patienten (N=25; M=3,37, SD=0,48). Das Ergebnis des F-Tests zur Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung zeigt dabei eine statistisch signifikant bessere

Beziehungsqualität für die sicher gebundenen Patienten im Vergleich zu den vermeidend gebundenen ($F(2,88)=7,068, p=0,001; \eta^2=,138$). Da die Differenzierung der unsicheren Bindungskategorie in vermeidend und ambivalent gebunden keine weiteren signifikanten Unterschiede in den Analysen zeigte, verzichte ich im Weiteren auf eine detaillierte Darstellung.

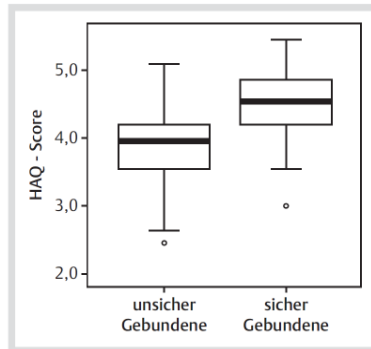


Abb. 1 Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung sicher vs. unsicher Gebundene nach der 3. Sitzung durch die Probandinnen N = 94 ($p = 0,02$).

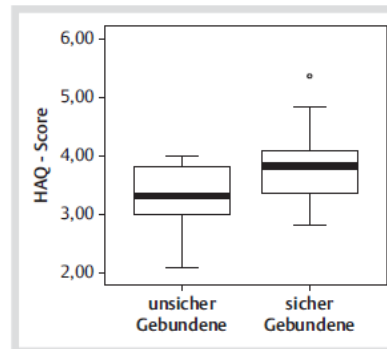


Abb. 2 Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung sicher vs. unsicher Gebundene nach der 3. Sitzung durch die Therapeutin N = 104 ($p = 0,005$).

In Bezug auf die Gewichtsreduktion haben die Patienten signifikant von dem Programm profitiert ($p < 0,001$). Im Durchschnitt erreichten diejenigen, die das Programm bis zum Ende absolvierten, eine Gewichtsreduktion von 7,5 % (mit einer Spanne von 20,9% Gewichtsverlust bis zu 11,2 % Gewichtszunahme). In Bezug auf den Bindungsstil konnten die Unterschiede der Pilotstudie in der Hauptstudie nicht bestätigt werden. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede der Gewichtsreduktion zwischen sicher und unsicher gebundenen Patienten ($p = 0,667$). Auch zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Untergruppen unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend gebundener Patienten in Bezug auf eine erfolgreiche Gewichtsreduktion. Für die 35 Patienten, die bei Abschluss des Programms erneut den HAQ ausfüllten, zeigte sich, dass eine Verbesserung der Patient-Therapeuten-Beziehung im Verlauf des Programms einen Einfluss auf eine erfolgreiche Gewichtsreduktion hat ($p = 0,015$).

Bezüglich der interpersonalen Probleme zeigte die Skala „introvertiert/sozial vermeidend“ des IIP-D bei den unsicher Gebundenen signifikant höhere Werte als bei den sicher Gebundenen ($p = 0,049$). Wir prüften jedoch, ob die Ausprägung psychischer Probleme diesen Zusammenhang beeinflusst und tatsächlich unterschieden sich die sicher von den unsicher Gebundenen nach Einbezug des BSI-Gesamtwertes (GSI) als Kovariate nicht mehr signifikant hinsichtlich der Ausprägung auf der Skala „introvertiert/sozial vermeidend“ des IIP-D ($F(1,76)=1,24, p=0,27, \eta^2=,016$). Auf allen anderen Skalen des IIP-D unterschieden sich die zwei Bindungsgruppen nicht signifikant (Tab. 4).

1.5 Diskussion und Interpretation

Sowohl die sicher als auch die unsicher gebundenen Patienten haben im Programm signifikant Gewicht verloren. Dennoch konnten die Ergebnisse der Pilotstudie bzgl. des Einflusses des Bindungsstils auf

den Therapieerfolg nicht bestätigt werden. Die Gesamtheit der Befunde liefert aber empirische Evidenz dafür, dass der Bindungsstil einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann, auch wenn dieser nicht signifikant nachgewiesen werden konnte. Insbesondere zeigt unsere Untersuchung, dass die Patient-Therapeuten-Beziehung eine zentrale Rolle spielt und Therapieerfolg und eine Verbesserung dieser Beziehung eng miteinander verknüpft sind, wobei die Qualität der Patient-Therapeuten-Beziehung eng an den Bindungsstil gekoppelt ist. So sollte in künftigen zu randomisierenden Studien geprüft werden, ob der Bindungsstil direkten Einfluss auf den Therapieerfolg hat oder ob der Bindungsstil vermittelt über die Patient-Therapeuten-Beziehung bzw. deren Verbesserung wirkt. Denn in unserer Untersuchung geht der sichere Bindungsstil von adipösen und präadipösen Patienten mit einer positiver wahrgenommenen Patient-Therapeuten-Beziehung sowohl seitens der Patienten als auch des Therapeuten einher, was mit anderen Studien zum Bindungsverhalten zwischen Patient und Therapeut übereinstimmt [33, 43]. Nach Bowlby [45] entspricht die Funktion des Therapeuten derjenigen einer Mutter, die ihrem Kind eine verlässliche Basis bietet. Es erscheint diesbezüglich plausibel, dass unsicher gebundene Patienten in dieser zeitlich begrenzten Gruppentherapie die Patient-Therapeuten-Beziehung schlechter beurteilen. Sie benötigen aufgrund der bindungsspezifischen Schwierigkeiten, sich auf Gruppen und therapeutische Hilfe einzulassen sowie aufgrund der höheren psychischen Belastung, länger Zeit, um Vertrauen zum Therapeuten aufzubauen. Diese Sichtweise unterstützt auch Jellema [65] im Hinblick auf die Probleme bei der Krankheitsbewältigung und mit zeitlich begrenzten Therapien unsicher gebundener Patienten. Die begrenzte Anzahl der von uns angebotenen Gruppentherapiesitzungen könnte daher besonders für unsicher-ambivalent gebundene Patienten unzureichend gewesen sein, während die Anzahl der Therapiesitzungen für die sicher Gebundenen kein Problem darstellte. Diese Zusammenhänge legen nahe, dass das verwendete Therapiesetting vermutlich die spezifischen Bedürfnisse von unsicher gebundenen Patienten [41] nicht ausreichend berücksichtigt, denn die Bereitstellung einer sicheren Basis ist ein wesentliches Charakteristikum der therapeutischen Beziehung [66], was auch durch Strauss´ [41] betont wird bezüglich der Aktivierung des Bindungssystems und des Zurückgreifens auf herkömmliche Bindungsmuster innerhalb der Therapie.

Die unterschiedliche Beziehungseinschätzung der Therapeutin zwischen unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent gebundenen Patienten interpretieren wir als Resultat der Gegenübertragung, die sich je nach Bindungsstil spezifisch ausgestaltet, was auch von Strauss [46] gezeigt wurde. In früheren Untersuchungen zeigte sich außerdem, dass sich vermeidend gebundene Patienten nur schwer auf die Therapie einlassen können und ablehnendes Verhalten zeigen [19], was die negativere Einschätzung der Therapeutin erklären könnte. Unsicher-ambivalent gebundene Patienten wirken dagegen verstrickt und fordernd, erkennen ihre Probleme zwar durchaus an, neigen aber zur Übertreibung [67], was von

der Therapeutin zwar positiver in Bezug auf die therapeutische Beziehung wahrgenommen wurde, aber dennoch zu einer weniger positiven Einschätzung im Vergleich zu den sicher Gebundenen führt [42, 46].

Die Ergebnisse der im IIP-D abgebildeten Beziehungsaspekte zeigten zunächst hypothesen-konform einen Zusammenhang mit den Bindungstypen bei den untersuchten Adipositaspatienten und der FG-Skala (introvertiert/sozial vermeidend) des IIP. Da dieser Effekt jedoch nach Einbezug des GSI verschwand, und das IIP-D keine behandlungsrelevanten Erkenntnisse zu erbringen scheint, wird es für diese Patientengruppe in folgenden Untersuchungen verzichtbar sein. Die Ergebnisse von Haggerty et al. [47] widersprechen unseren Ergebnissen, denn er fand bezüglich des Gesamtwertes des IIP-64 eine positive Korrelation mit den beiden unsicheren Bindungsstilen bei Patienten, die psychotherapeutische Behandlung in einer Klinik suchten. Dies scheint jedoch nicht auf präadipöse und adipöse Patienten übertragbar zu sein, die nach Gewichtsreduktion nicht jedoch nach Psychotherapie im eigentlichen Sinne streben. Die adipösen unsicher gebundenen Patienten, die sich der Gewichtsreduktionsgruppe angeschlossen haben, unterscheiden sich eben nicht von den sicher Gebundenen in der Ausprägung interpersonaler Probleme. Möglicherweise handelt es sich bei den unsicher gebundenen Gruppenteilnehmern in Bezug auf die interpersonale Problematik um eine positive Selektion, durch die das Einlassen auf ein solches einjähriges Gruppenangebot möglich war.

Die unsicher gebundenen Patienten unserer Studie zeigten eine deutlich höhere psychische Gesamtbelastung, aber auch höhere Depressionswerte. Dieses könnte darauf schließen lassen, dass die unsicher gebundenen Patienten psychisch instabiler sind und durch emotionales Essen innere Leere und Depressivität auszugleichen versuchen [17, 18]. So sollte in weiteren Studien überprüft werden, welcher Belastungsfaktor stärker ausgeprägt ist: der psychische Beschwerdedruck oder die Belastung durch das Übergewicht. Es erscheint lohnenswert, bei adipösen Patienten die Auswirkungen der psychischen Belastung stärker in die Therapie einzubeziehen bzw. für diese Patienten ggf. zunächst die Behandlung dieser Beschwerden in den Fokus zu rücken, ohne jedoch die stabilisierende Wirkung einer Gewichtsreduktion bzw. die destabilisierende Wirkung des hohen Gewichtes zu vernachlässigen. Der unsichere Bindungsstil als moderierender Faktor scheint dabei besonders wichtig zu sein, denn das Erleben einer sicheren Bindung, eines sicheren Hafens für die Patienten innerhalb der Therapie unterstützt eine Verbesserung auf körperlicher und psychischer Ebene, wie die Studie mit Teilnehmern der Overeaters Anonymous von Hertz et al. [68] zeigte.

Im Folgenden werden die Limitationen der Untersuchung diskutiert: Für die Erhebung der Bindungsstile bei Adipösen hatten wir uns für das Verfahren des EBPR entschieden. Ob sich die Verteilung der Bindungsstile bei der Erhebung mit anderen Fremdbeurteilungsmethoden wie bspw.

dem Adult Attachment Interview (AAI) bestätigt hätte, lässt sich nicht beurteilen. Vergleiche [69] lassen darauf schließen, dass jeweils verschiedene Aspekte von Bindung mit den verschiedenen Methoden abgebildet werden. Die Verteilung der Bindungsstile der von uns untersuchten Adipösen mit dem EPBR unterschied sich jedenfalls nicht von jener gesunder Probanden, die jeweils ca. hälftig sicher bzw. unsicher gebunden sind (Erhebung mit dem Adult Attachment Interview [26] und dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen [28]). Da die Untersuchungen bei adipösen Kindern und Adoleszenten [30, 31] jedoch einen Unterschied nahelegen, sollten weitere Untersuchungen bei adipösen Erwachsenen durchgeführt werden. Sinnvoll erscheint es hier, eine repräsentative Bestimmung der Verteilung der Bindungsstile bei nicht-therapiesuchenden adipösen im Vergleich zu normalgewichtigen Personen vorzunehmen. Denn in unserer Untersuchungsgruppe muss als ein möglicher Bias die Motivation zur Teilnahme und die anteilige Eigenfinanzierung (450,00 EUR) für das einjährige Gruppenreduktionsprogramm diskutiert werden. Beides setzte eine grundsätzliche Bereitschaft voraus, eine therapeutische Beziehung einzugehen. Goodwin und Fitzgibbon [70] zeigen in einer Studie mit anorektischen und bulimischen Patienten, dass die Gruppe der unsicher gebundenen essgestörten Patienten oft ein ambulantes Behandlungsangebot verweigert, was auch den hohen Anteil sicher gebundener Patienten in unserer Stichprobe erklären würde: Unsicher Gebundene lassen sich auf ein solches einjähriges Gruppenprogramm gar nicht erst ein. Diese Untersuchung war also eine klinische Outcome-Studie, sie war nicht randomisiert und es gab keine Kontrollgruppe. Überwiegend Frauen haben an dem Programm teilgenommen, so dass eine höhere statistische Belastbarkeit für die Ergebnisse der weiblichen Studienteilnehmer zu erwarten ist. Um den Einfluss des Bindungsstils, bezogen auf Geschlecht, Alter und verschiedene Untergruppen, bestimmen zu können, sind weitere Studien notwendig und wünschenswert. Der Dropout bei den Teilnehmern hat sich als nicht systematisch herausgestellt, sondern als zufällig. Daher ist nicht davon auszugehen, dass dies einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, völlig auszuschließen ist es jedoch auch nicht.

Die von uns erfassten adipösen und präadipösen Patienten sind repräsentativ für eine „Inanspruchnahme“-Klientel aus einer universitären internistisch-endokrinologischen Ambulanz. In der Normalbevölkerung gibt es bei Vorliegen einer Adipositas keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern: ca. 17% der Männer und 20% der Frauen sind adipös [71]. In der vorliegenden Studie lag der Anteil an Frauen mit 88 % dagegen deutlich höher, was jedoch auch von anderen Programmen für Adipöse berichtet wird: So sind in der Studie von Lo Coco et al. [72] 80% der Patienten, die eine Behandlung suchen, weiblich. Die Altersgruppe der 40-59-jährigen war am stärksten vertreten, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass sich diese Altersgruppe die Gebühren des Programms in Höhe von 450,00 EUR am ehesten leisten konnte.

Im Gegensatz zu Langzeit-Gruppentherapieangeboten, welche u.a. auch auf die Änderung des Bindungsstils von einem unsicheren zu einem sicheren abzielen [73, 74], war eine Veränderung des Bindungsstils in unserer Patientengruppe unwahrscheinlich, da wir nur 12 Sitzungen angeboten haben. Die Patienten werden die Therapeutin daher nur teilweise als sichere Basis [45] empfunden haben.

1.5.1 Schlussfolgerung

Unsere Studie beschäftigte sich mit der Analyse beziehungs- und bindungsspezifischer Aspekte der Teilnehmer eines Gewichtsreduktionsprogrammes. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass sich Programme, die den Bindungsstil und dessen Implikationen nicht berücksichtigen, in Aufbau und Konzeption eher an sicher Gebundene richten, die dann auch erfolgreicher Gewicht reduzieren als unsicher Gebundene. Eine gute Patient-Therapeuten-Beziehung erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Gewichtsreduktion. Künftige Therapieprogramme sollten die Patient-Therapeuten-Beziehung daher intensiver berücksichtigen. Gerade für unsicher gebundene Patienten ergibt sich ein Bedarf nach Langzeittherapieangeboten, die auf eine unterstützende Patient-Therapeuten-Beziehung und deren Verbesserung während der Therapie fokussieren. Die Therapiedauer sollte ausreichend lang gewählt werden, damit eine Beziehung mit der Gruppe aufgebaut und eine therapeutische Bindung realisiert sowie eine Korrektur der Selbststruktur vorgenommen werden kann.

Dies stellt aus unserer Sicht die Grundlage dafür dar, dass exzessives Essen nachhaltig aufgeben und eine Langzeitgewichtsreduktion erreicht werden kann. Ein weiterer Schritt könnte es auch sein, adipöse Patienten zunächst hinsichtlich der Belastungsfaktoren und des Bindungsstils zu screenen, um so Patientengruppen zu identifizieren, die wahrscheinlich auch schon von einer Kurzzeitgruppentherapie (gesundheitsökonomische Relevanz) profitieren und aufwendige Langzeiteinzel- und gruppentherapien nur denjenigen anzubieten, die diese zur Zielerreichung benötigen. So spricht auch die hohe psychische Belastung der von uns untersuchten unsicher gebundenen Adipösen für ein Therapiekonzept, bei dem zunächst eine sichere Basis etabliert werden sollte, z.B. in Form einer stabilisierenden und Bindungssicherheit vermittelnden Einzeltherapie. Als erstes sollte also in Zukunft eine individuelle Therapieplanung bei therapiesuchenden Patienten erfolgen, welche zunächst die aktuelle Hauptbelastung des Patienten eruiert. Steht die Belastung durch das hohe Gewicht im Vordergrund, ist eher auf die Gewichtsreduktion zu fokussieren, stellt sich jedoch eher die psychische Belastung wegen des Gewichts oder interpersonaler Probleme oder eine Kombination aus beiden als Hauptbelastung heraus, gilt es, zunächst die Funktion des Essens als Emotionsregulation für instabile Beziehungsmuster und unsichere Bindung zu verstehen. Diese Patienten sollten zuerst dabei unterstützt werden, bessere Gefühlsregulierungsfähigkeiten zu entwickeln. In diesem Falle ist dem Patienten eine haltende Bindungserfahrung in der Therapie, sei es im Einzel- oder Gruppensetting, zu ermöglichen

und eine Erhöhung der sicheren Bindungsanteile zu erreichen und eine Gewichtsreduktion erst danach zu verfolgen. Ein solches Vorgehen würde die Therapie effizienter machen, den Betroffenen bedürfnisorientiert helfen und somit auch die Therapie- und Folgekosten bei Adipositas senken.

1.6 Literaturverzeichnis

- [1] Nationale Verzehrs-Studie II. Karlsruhe: Max Rubner Institut - Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hg.), 2008. (Accessed June 6, 2015, at http://www.etracker.de/lnkcnt.php?et=dQsH8K&url=http://www.mri.bund.de/fileadmin/Institute/EV/NVS_II_Abschlussbericht_Teil_1_mit_Ergaenzungsbericht.pdf&lnkname=http://www.mri.bund.de/fileadmin/Institute/EV/NVS_II_Abschlussbericht_Teil_1_mit_Ergaenzungsbericht.pdf)
- [2] Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie. DAG, DDG, DGE, DGEM (Hg.), 2007. (Accessed June 6, 2015, at www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf)
- [3] Dieterle C, Landgraf R. Folgeerkrankungen und Komplikationen der Adipositas. *Internist* 2006;47:141-149.
- [4] Sabbioni MEE. Adipositas. In: Uexküll Tv. (Hg.) *Psychosomatische Medizin*. 6. Auflage. München – Jena: Urban & Fischer, 2003:671-685.
- [5] Phelan S, Wing RR, Loria CM, Kim Y, Lewis CE. Prevalence and predictors of weight-loss maintenance in a biracial cohort: results from the coronary artery risk development in young adults study. *Am J Prev Med* 2010; 39:546–554.
- [6] Stroebe W. Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. *Psychol Rundsch* 2002;53:14-22.
- [7] Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9-22, doi: 10.1186/1479-5868-9-22.
- [8] Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2011;12(9):709-23.
- [9] Wing RR. Weight cycling in humans: A review of the literature. *Ann Behav Med* 1992;14:113-119.
- [10] Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML, Beetsch JW, Schoeller DA, Erondou N, Pietrobelli A. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):346-54.
- [11] Baldaro B, Rossi N, Caterina R, Codispoti M, Balsamo A, Trombini G. Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(2):191-195.
- [12] Petermann F, Häring J. Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In Petermann F, Pudel V. (Hg.). *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe, 2003:263-79.

- [13] Strauss B, Lobo-Drost A. Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR). Eine Methode zur Erfassung von Bindungsqualitäten im Erwachsenenalter basierend auf dem Adult Attachment Prototype Rating von Pilkonis. Manual. Version 1.1, Jena/Hamburg, 1999.
- [14] Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatr Q* 1961;35:458-81.
- [15] Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
- [16] Charone JK. Eating disorders: Their genesis in the mother-infant relationship. *International Journal of Eating Disorders* 1982;1(4):15-42.
- [17] Hernandez-Hons A, Woolley SR. Women's Experiences with Emotional Eating and Related Attachment and Sociocultural Processes. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012;38(4):589-603.
- [18] Rommel D, Nandrino JL, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite* 2012;59(1):21-26.
- [19] Tasca GA, Taylor D, Ritchie K, Balfour L. Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *J Pers Assess* 2004;83(3):201-212.
- [20] Ringer F, McKinsey Crittenden P. Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2006;15/2:119-130.
- [21] Dohm FA, Beattie JA, Aibel C, Striegel-Moore RH. Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *J Clin Psychol* 2001;57(1):105-117.
- [22] Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005;6:43-65.
- [23] Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005;6:67-85.
- [24] Meyer B, Pilkonis PA. Attachment style. In: Norcross JC. (ed.). *Psychotherapy relationships that work*. London: Oxford University Press, 2002:367-382.
- [25] Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L, Hofmann A, Kemmler G, Danzl C, Kinze J, Biebl W, Richter R. Bindung und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2000;45:223-229.
- [26] Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development* 2009;11:223-263.
- [27] Kirchmann H, Steyer R, Mayer A, Joraschky P, Schreiber-Willnow K, Strauss B. Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research* 2012;22:95-114.
- [28] Höger D, Stoebel-Richter H, Braehler E. Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2008;58:284-294.
- [29] Zachrisson HD, Skarderud F. Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 2010;18:97-106.

- [30] Anderson SE, Whitaker RC. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(3):235-42.
- [31] Anderson SE, Gooze RA, Lemeshow S, Whitaker RC. Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics* 2012;129(1):132-40.
- [32] Cooper MJ, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eat Behav* 2011;12(1):94-96.
- [33] Albani C, Blaser G, Körner A, König S, Marschke F, Geissler I, Brenk K, Geyer M, Strauss B. Connections between attachment prototypes and relationship patterns. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002;52(12):67-75.
- [34] Goldman G A, Anderson T. Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology* 2007;54:111-117.
- [35] Kivlighan DM Jr, Patton MJ. Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology* 1998;45:274-278.
- [36] Smith AE, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(3):326-337.
- [37] Bernecker S, Levy KN, Ellison WD. A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychother Res* 2014;24(1):12-24.
- [38] Buchheim A, Strauss B, Kächele H. Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen. *Psychother Psych Med* 2002;52:128-133.
- [39] Kirchmann H, Mestel R, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Seidler KP, Daudert E, Nickel R, Papenhausen R, Eckert J, Strauss B. Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychother Res* 2009;19(2):234-48.
- [40] Levy KN, Ellison WD, Scott LN, Bernecker, SL. Attachment style. *Journal of Clinical Psychology* 2011;67(2):193-203.
- [41] Strauss B. Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 2006;51:5-14.
- [42] Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AF, Spranger J, Deter HC. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy - First observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2010;7:Doc04. doi:10.3205/psm000066.
- [43] Hardy G E, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Shapiro D A. Therapist responsiveness to client attachment styles. *Psychother Res* 1999;9:36-53.
- [44] Eggert J, Levendosky A, Klump K. Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *Int J Eat Disord* 2007;40:149-155.
- [45] Bowlby J. Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. *Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter, 1995. (Originalausgabe: A Secure Base. London: Routledge; 1988)
- [46] Strauss B. Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung mit der Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 2011;61:436-446.

- [47] Haggerty G, Hilsenroth MJ, Vala-Stewart R. Attachment and Interpersonal Distress: Examining the Relationship between Attachment Styles and Interpersonal Problems in a Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009;16:1-9.
- [48] Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:549-560.
- [49] Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy* 2001;38(4):365-372.
- [50] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;28(3):438-450.
- [51] Dick A, Vanderbilt S, Jacot C, Hurni F, Jäggi C, Leiggener E. Erinnerungtes elterliches Erziehungsverhalten und aktuelle Bindungsorganisation im Erwachsenenalter: Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2005;34:35-38.
- [52] Kirchmann H, Fenner A, Strauss B. Konvergenz des Erwachsenen-Bindungsprototypen-Ratings (EBPR) mit verschiedenen Selbstbeschreibungsinstrumenten zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2007;57:334-342.
- [53] Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M. Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders* 2001;15:371-389.
- [54] Strauss B, Kirchmann H, Eckert J, Lobo-Drost A, Marquet A, Papenhausen R, Mosheim R, Biebl W, Liebler A, Seidler KP, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Mestel R, Daudert E, Nickel R, Schauenburg H, Höger D. Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychother Res* 2006;16(5):579-594.
- [55] Sachse J, Strauß B. Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psych Med* 2002;52:134-140.
- [56] Franke GH. Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI). Göttingen: Hogrefe, 2000.
- [57] Geisheim C, Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schröder B, Witzleben I. Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica* 2002;48:28-36.
- [58] Wieland J, Wardenaar KJ, Fontein E, Zitman FG. Utility of the Brief Symptom Inventory (BSI) in psychiatric outpatients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2012;56(9):843-53.
- [59] Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171(8):480-491.
- [60] Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 1995;40:23-32.
- [61] Bachelor A. Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clin Psychol Psychother* 2013;20(2):118-35.
- [62] Ulvenes PG, Berggraf L, Hoffart A, Stiles TC, Svartberg M, McCullough L, Wampold BE. Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy (Chic)* 2012;49(3):291-302.

- [63] Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L. Psychodynamic approaches. In: Bergin AE, Garfield SL (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 1994:480-489.
- [64] Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual. 2. Auflage. Göttingen: Beltz Test, 2000.
- [65] Jellema A. Dismissing and Preoccupied Insecure Attachment and Procedures in CAT: Some Implications for CAT Practice. *Clin Psychol Psychother* 2002;9:225-241.
- [66] Farber BA, Lippert RA, Nevas DB. The therapist as attachment figure. *Psychotherapy* 1995;32:204–212.
- [67] Dozier M, Bates BC. Attachment state of mind and the treatment relationship. In: Atkinson L, Goldberg S (eds). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. New Jersey, Mahwah: Earlbaum, 2004:167–180.
- [68] Hertz P, Addaad M, Ronel N. Attachment styles and changes among women members of overeaters anonymous who have recovered from binge-eating disorder. *Health Soc Work* 2012;37(2):110-22.
- [69] Kirchmann H, Strauss B. Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2008;1:293-327.
- [70] Goodwin RD, Fitzgibbon ML. Social Anxiety as a Barrier to Treatment for Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2002;32:103-106.
- [71] Benecke A, Vogel H. Übergewicht und Adipositas. Robert Koch-Institut (Hg.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 16, 2003.
- [72] Lo Coco G, Gullo S, Scrima F, Bruno V. Obesity and Interpersonal Problems: An Analysis with the Interpersonal Circumplex. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012;19:390-398.
- [73] Flores P. Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *Int J Group Psychother* 2001;51(1):63-81.
- [74] Saunders EA, Edelson JA. Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for women. *Int J Group Psychother* 1999;49(4):465-485.

2. Anhang

2.1 Anteilserklärung: Sybille Kiesewetter hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

Publikation 1: Kiesewetter S, Köpsel A, Pfeiffer A, Köpp W, Kastner S, Orth-Gomér K, Deter HC. Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten. Psychother Psych Med 2014,64:260–267.

Anteil: 80%

- Rekrutierung der Probanden
- Führen von 50% der Bindungsinterviews, Auswertung und Rating aller Bindungsinterviews
- Durchführung der Studie: Datenerhebung, Dateneingabe, Mitwirkung bei der statistischen Analyse
- Ergebnisinterpretation und Diskussion, Literaturrecherche
- Erstellung, Überarbeitung und Einreichen des Manuskripts gemeinsam mit Prof. Deter

Publikation 2: Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, Köpp W, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. BioPsychoSocial Medicine 2012, 6:3 doi:10.1186/1751-0759-6-3.

Anteil: 70%

- Rekrutierung der Probanden, Führen von 50% der Bindungsinterviews, Auswertung und Rating aller Bindungsinterviews
- Planung und Durchführung der Studie: Datenerhebung, Dateneingabe, statistische Analysen
- Austausch und Kooperation mit der Gruppen-Therapeutin und den Ernährungsberaterinnen, Teilnahme an Gruppensitzungen
- Ergebnisinterpretation und Diskussion, Literaturrecherche
- Erstellung und Überarbeitung des Manuskripts gemeinsam mit der Gruppentherapeutin und Einreichen des Manuskripts

Publikation 3: Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. GMS Psycho-Social-Medicine 2010;7:Doc04. doi:10.3205/psm000066.

Anteil: 80%

- Rekrutierung der Probanden, Führen von 50% der Bindungsinterviews, Auswertung und Rating aller Bindungsinterviews
- Planung und Durchführung der Studie: Datenerhebung, Dateneingabe, Mitwirkung bei der statistischen Analyse
- Ergebnisinterpretation und Diskussion, Literaturrecherche
- Erstellung, Überarbeitung und Einreichen des Manuskripts

Berlin, den 17.6.2015

Dipl.-Psych. Sybille Kiesewetter

Liste der Relevanz der Zeitschriften im Fachgebiet

1. Kiesewetter S, Köpsel A, Pfeiffer A, Köpp W, Kastner S, Orth-Gomér K, Deter HC. Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten. *Psychother Psych Med* 2014,64:260–267.

Impact Factor: 1.02

2. Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, Köpp W, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *BioPsychoSocial Medicine* 2012, 6:3 doi:10.1186/1751-0759-6-3.

PubMed gelistet: Die Zeitschrift ist das offizielle Journal der Japanese Society of Psychosomatic Medicine (JSPM), sie ist international, „open-accessible“ und „peer-reviewed“ (<http://www.bpsmedicine.com/about>); zum internationalen Herausgeberteam siehe <http://www.bpsmedicine.com/about/edboard>.

3. Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2010;7:Doc04. doi:10.3205/psm000066.

PubMed gelistet: GMS Psycho-Social-Medicine (P-S-M) ist interdisziplinäres Publikationsorgan von elf deutschen wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus den Bereichen Medizinische Psychologie und Soziologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Veröffentlicht werden Original- und Übersichtsarbeiten, die ein Begutachtungsverfahren (Peer Review) durchlaufen haben (<http://www.egms.de/static/de/journals/psm/about.htm>).

Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten

Interpersonal Patterns in Obese Patients

Autoren

Sybille Kiesewetter¹, Andrea Köpse¹, Andreas. F. Pfeiffer², Werner Köpp³, Sabrina Kastner¹, Kristina Orth-Gomér⁴, Hans-Christian Deter¹

Institute

¹Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Charité CBF, Berlin

²Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin, Charité CBF, Berlin

³Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, freie Praxis, Berlin

⁴Dept. of Clinical Neuroscience, Karolinska Institut, Stockholm, Sweden

Schlüsselwörter

- Bindungsstil
- hilfreiche Beziehung
- Adipositas
- psychische Symptome

Keywords

- attachment style
- helping alliance
- obese patients
- psychic symptoms

Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl präadipöser und adipöser Menschen in den westlichen Industrienationen ständig zugenommen. Adipöse Patienten, die ihr Gewicht reduzieren wollen, haben eine geringe Erfolgchance. Es wird das Bindungsverhalten und seine Interaktion mit interaktionellen Symptomen bei dieser Gruppe untersucht. 107 Adipositaspatienten wurden mit dem EBPR-Bindungsinterview und Instrumenten wie dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ), dem Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D) sowie dem Brief Symptom Inventory (BSI) vor einem Gewichtsreduktionsprogramm untersucht. 54% der Patienten waren nach der EBPR-Auswertung sicher und 46% unsicher gebunden. Die vorgelegten Ergebnisse zum Bindungsstil Adipöser weisen unabhängig von Körpergewicht, Geschlecht und Alter auf die Bedeutung der Bindungsqualität für die psychische Symptomausprägung sowie auf den Einfluss auf die Patient-Therapeuten-Beziehung hin.

Abstract

In the last decades the number of obese and pre-obese patients in Western industrial nations increased. Obese patients have been largely unsuccessful in losing weight over time, but the causes of their difficulties and the causes of their obesity have remained unclear. We examined whether the attachment style and its interaction with interpersonal processes would shed light on this question. We analyzed 107 obese or pre-obese patients before the start of a weight loss intervention program. We used the Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) -interview and related questionnaires (Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Inventory of Interpersonal Problems (IIP-D), Brief Symptom Inventory (BSI)). According to the AAPR-rating 54% of the patients were secure and 46% insecure attached. The results suggest that insecure attachment style has an impact on psychic strain in obese patients unrelated to weight, gender and age. Additionally the insecure attachment style influences the therapeutic alliance experienced by patients and the therapist.

eingereicht 5. April 2013
akzeptiert 23. Oktober 2013

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1361154>
Online-Publikation: 20.1.2014
Psychother Psych Med 2014; 64: 260–267
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hans-Christian Deter
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Charité CBF
Universitätsmedizin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
deter@charite.de

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl präadipöser und adipöser Menschen in den westlichen Industrienationen stetig zugenommen. So ist davon auszugehen, dass ca. 50% der Deutschen präadipös oder adipös sind (BMI: 25,0 – ≥40,0 kg/m²) [1]. Übergewicht birgt ein deutlich erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen [1,2] und es besteht eine erhöhte Mortalität ab einem BMI von 25 kg/m² [3]. Übergewicht und Adipositas sind von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Folgekosten wurden 1995 in den USA auf 99,2 Milliarden Dollar geschätzt [4]. Zwischen 40 und 70% der Ursachen für die Adipositasentstehung sind auf genetische Faktoren zurückzuführen [5]. Diese genetische Disposition legt jedoch lediglich

fest, ob ein Mensch adipös werden kann; ob er tatsächlich adipös wird, hängt letztlich von seinem Essverhalten ab. Die Frage nach primären und sekundären Präventionsstrategien steht gesundheitlich und volkswirtschaftlich stark im Vordergrund. Die Langzeiterfolge bei der sekundären Prävention sind gering. Weniger als 30% bleiben im Langzeitverlauf unter dem Ausgangsgewicht von vor der Behandlung [4,6]. Bei der Ursachenforschung für die schlechten Therapieerfolge werden neben der fehlenden Motivation [7,8], die wie bei anderen Patienten mit Abhängigkeitsproblemen auch bei der Therapie Adipöser [9] zentral ist, auch immer wieder interaktionelle Schwierigkeiten mit den behandelnden Ärzten und eine eingeschränkte Compliance beschrieben [10,11]. Die Hypothese ist, dass dies

u.a. auf einen unsicheren Bindungsstil zurückzuführen sein könnte [12]. Nach der Bindungstheorie [13] entwickelt der Mensch in den ersten Lebensmonaten und -jahren Bindungsmuster, die durch „innere Arbeitsmodelle“ strukturiert werden, je nachdem wie die primären Bezugspersonen auf die Bedürfnisregungen des Säuglings und Kleinkindes reagieren. Diese verinnerlichten Muster charakterisieren später die „Repräsentanzwelt“ des gereiften Menschen [14]. Die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen beeinflussen u.a. das Interaktionsverhalten im gesamten menschlichen Lebenslauf [15]. Das Bindungssystem wird aktiviert, um Schutz zu erhalten, sobald eine äußere oder innere Gefahr auftaucht, die nicht selbst behoben werden kann. Im Hinblick auf die Bereitschaft, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind dabei in Abhängigkeit vom vorherrschenden Bindungsstil Unterschiede belegt [16]. Folgende Bindungsstile werden unterschieden: sicher gebunden, unsicher-ambivalent gebunden, unsicher-vermeidend gebunden, unsicher-gemischt gebunden und desorganisiert [17–19].

In den vergangenen Jahrzehnten wurden sowohl Normalpersonen [20,21] als auch insbesondere Patienten auf ihre Bindungsstile hin untersucht und bei verschiedenen Krankheitsbildern deren Relevanz für Krankheitszustände [22], die Art der Beziehungsgestaltung [23], die Qualität und die Entwicklung der therapeutischen Beziehung [21,24–27] sowie die Behandlungsverläufe und der Therapieerfolg [28,29] erforscht. So zeigte bspw. die Metaanalyse von Levy et al. [30], die 14 Studien mit 1467 Personen einschließt, dass sichere Bindung einen positiven Einfluss auf den Psychotherapieerfolg hatte ($d=0,370$), während ambivalente Bindung einen negativen Einfluss zeigte ($d=-0,460$). Der vermeidende Bindungsstil hatte in dieser Analyse keinen Einfluss auf das Psychotherapieergebnis ($d=-0,028$). Smith et al. [26] und Bernecker et al. [27] zeigten in Metaanalysen, dass Patienten, die im Selbststrating einen sicheren Bindungsstil aufweisen, auch die Therapiebeziehung als verlässlicher einschätzten. Jedoch stellen sie auch dar, dass dieser Zusammenhang nicht in allen Studien gefunden werden konnte und vor allem durch das in der Regel unsicher gebundene Inanspruchnahmeklientel psychotherapeutischer Hilfe beeinflusst wird. Bernecker et al. [27] differenzierten den unsicheren Bindungsstil in ihrer Metaanalyse von 12 Studien: Die Korrelation zwischen ambivalentem Bindungsstil und therapeutischer Beziehung lag danach bei $r=-0,121$ und zwischen vermeidendem Stil und therapeutischer Beziehung bei $r=-0,137$. Weitere Forschung bezüglich der Moderationsvariablen ist daher gefragt und eine Fokussierung auf das therapeutische Geschehen zwischen Patient und Therapeut, das – neben anderen Aspekten – je nach Bindungsstil angepasst werden sollte, um den spezifischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, scheint angezeigt. Tasca et al. [18] fanden heraus, dass auch wenn vermeidend Gebundene therapeutische Kontakte suchen, sie Hilfe eher zurückweisen, die Aufmerksamkeit geschickt von emotionalen Themen ablenken und ihre Schwierigkeiten weniger anerkennen. Ambivalent gebundenen Personen fällt es leichter, Hilfe in Anspruch zu nehmen [16]. Sicher gebundene Erwachsene werden als deutlich kooperativer und engagierter im Zusammenhang mit therapeutischen Hilfsangeboten beschrieben [16,19]. „Da sich Personen mit unterschiedlichen Formen von Bindungsunsicherheit in ihren Interaktionen unterscheiden und [...] unterschiedliche Reaktionen in ihrem Gegenüber auslösen“, ist der Einfluss der Bindungsstrategien auf die Psychotherapie und die Entwicklung der

therapeutischen Beziehung von erheblicher Bedeutung ([16], S. 12), [26,27].

Bruch [31,32] geht davon aus, dass adipöse Menschen nicht in der Lage sind, Hungergefühle von anderen körperlichen Bedürfnissen oder emotionaler Erregung zu unterscheiden. Adipositas sei ein „Hilferuf“, der einen Affekthunger ausdrückt [33]. Alexander et al. [34] konnten bei den 60 weiblichen Probanden einer Studie mit Studenten ($N=97$) einen Zusammenhang zwischen emotionalem Essen und dem ambivalenten Bindungsstil zeigen. Dieser wurde jedoch durch die Variable „wahrgenommener Hunger“ mediiert. Bezüglich des vermeidenden Bindungsstils wurde dagegen kein nachweisbarer Zusammenhang festgestellt, sei es, weil dieser nicht existiert, sei es, weil solches Essverhalten aufgrund des Bindungsstils nicht berichtet oder die hinter dem Essen stehenden Emotionen nicht wahrgenommen werden. Bei der Adipositasentwicklung wird als einer der Co-Faktoren eine nicht ausgereifte Affektregulation angenommen, die ihre Wurzeln in der Interaktion mit den primären Bezugspersonen hat [35] und mit frühen Bindungserfahrungen in Zusammenhang steht. Interaktionsmuster in Familien mit adipösen Kindern weisen häufig auf dysfunktionale Kommunikations- und Konfliktbewältigungsmuster hin, die auch im Hinblick auf die Kindheit unsicher Gebundener beschrieben wurden [17]. Die Familie gebe den Kindern Vorbilder, Regeln und Muster für angemessenes wie unangemessenes Essverhalten vor [36]. Ein unangemessenes Essverhalten wird durch eine gestörte Hunger- und Sättigungsregulation grundlegend begünstigt. Eine solche Regulationsstörung wird begünstigt, wenn Eltern Nahrungsmittel als Belohnung oder deren Entzug als Bestrafung einsetzen. In solchen Fällen wird das Nahrungsangebot häufig als Ersatz für emotionale Zuwendung und als „Problemlösestrategie“ benutzt. Dies unterstreichen auch die Interviews mit 8 adipösen Frauen zum Thema erlebte Bindung und emotionales Essen aus dem Jahr 2011 [37]: Sie beschreiben, dass sie essen, um sich besser, sicherer, angenommen zu fühlen und dass das Essen zuverlässig und konstant verfügbar sei im Gegensatz zu befriedigenden und unterstützenden Beziehungserfahrungen. Sie ziehen zudem einen Vergleich zu anderen Süchten, die auch die Funktion des Auffüllens der inneren Leere und Einsamkeit hätten. Die Studie von Rommel et al. [38] mit 94 adipösen Patientinnen und 56 Kontrollpersonen bestätigte den Zusammenhang von emotionalem Essen als Gefühlsregulierungsstrategie bei Adipösen.

Für die Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimie wurden die Verteilung und der Einfluss der Bindungsstile in zahlreichen Studien beschrieben [39]. Die Studien zu diesen Essstörungen belegen den Einfluss von frühkindlichen Erfahrungen und das überwiegende Vorliegen eines unsicheren Bindungsstils [40,41]; eine eindeutige Zuordnung zum vermeidenden oder ambivalenten Bindungsstil war nicht möglich. In Bezug auf adipöse Probanden wurde die Erhebung der Bindungsstile bisher jedoch noch nicht unternommen. Laut Platts et al. [42] ist der Bindungsstil nicht der zentrale Faktor beim Entstehen von Essstörungen, aber er leistet einen wichtigen Beitrag. „Innere Arbeitsmodelle“ wie sie die Bindungstheorie postuliert, d.h. früh erlebte Beziehungs- und Bindungserfahrungen, die überdauernde affektiv-kognitive Schemata und Beziehungsmuster bilden, wirken sich in interpersonalen Kontexten wie einem Gruppentherapie setting aus [43,44]. Unsere Studie nimmt auch den möglichen Zusammenhang zwischen der Ausprägung interpersonaler Probleme und Bindungsstil in den Blick. Haggerty et al. [44] postulieren, dass sowohl das Wissen um die interpersonalen Probleme als auch den Bindungsstil dem Therapeuten von Beginn an hilft,

Tab. 1 Anamnestiche Daten von 107 adipösen Patienten der EBPR-Bindungsstiluntersuchung.

	Sicherer Bindungsstil N = 58 (54%)			Unsicherer Bindungsstil N = 49 (46%)			p
	N (%)	Mean	SD	N (%)	Mean	SD	
Geschlecht (Frauen)	51 (88)	–	–	44 (89)	–	–	ns
Alter (Jahre)	58 (100)	52,1	12,0	49 (100)	52,4	11,2	ns
BMI (kg/m ²)	58 (100)	36,3	6,9	49 (100)	36,7	7,4	ns
BMI 26,1–29,9 (n)	10 (17)	–	–	8 (16)	–	–	ns
BMI 30–34,9 (n)	19 (33)	–	–	15 (31)	–	–	ns
BMI 35–39,9 (n)	17 (29)	–	–	11 (22)	–	–	ns
BMI >40 (n)	12 (21)	–	–	15 (31)	–	–	ns
Essanfälle pro Monat	52 (90)	4,08	7,9	32 (65)	13,91	29,9	ns

die interpersonalen Erwartungen und Wahrnehmungen des Patienten besser zu verstehen, was wiederum zu einer besseren Patient-Therapeuten-Beziehung führt, die für ein positives Behandlungsergebnis bedeutsam ist [43–46]. Die Untersuchung interpersonalen Probleme adipöser Patienten durch Lo Coco et al. [47] deutet darauf hin, dass diese vorwiegend einen freundlich-dominanten Stil aufweisen. Wir gingen im Gegensatz davon aus, dass Adipöse nicht generell einen freundlich dominanten Stil aufweisen, sondern dass das interpersonale Verhalten vom Bindungsstil beeinflusst wird.

Fragestellung

In der Literatur finden sich bisher keine systematischen Untersuchungen der Bindungsstile bei adipösen Erwachsenen. Im Folgenden untersuchen und beschreiben wir differenziert die Auswirkung des Bindungsstils auf die Ausprägung interpersoneller Probleme und die Patient-Therapeuten-Beziehung bei 107 Patienten, um ggf. prognostische Faktoren für modifizierte Therapieangebote zu identifizieren.

Es handelt sich um eine erneute Auswertung der Daten von Kiesewetter et al. [48] und [19]. Während bei einer Population von 44 Patienten der ersten Studie gezeigt werden konnte, dass der Bindungsstil einen Einfluss auf den Erfolg bei der Gewichtsreduktion hat, haben wir in der zweiten Studie den Einfluss der Bindungsstile von 107 adipösen Patienten auf psychodynamische Aspekte einer Gruppentherapie [19] in den Fokus genommen. In der nun vorliegenden Untersuchung stehen die interpersonalen Muster (IIP-D, HAQ, Bindungsstil) und die psychische Belastung (BSI) bei diesen 107 Patienten im Mittelpunkt. Im Einzelnen wollten wir folgende Aspekte prüfen: Unsicher Gebundene zeigen höhere Ausprägungen im IIP-D als sicher Gebundene. Der Bindungsstil wirkt sich bei Adipösen auf die Patient-Therapeuten-Beziehung aus: sicher Gebundene schätzen die Beziehung positiver ein als unsicher Gebundene und die Therapeutin bewertet die Patient-Therapeuten-Beziehung der sicher Gebundenen positiver als die der unsicher Gebundenen.

Methodik

Stichprobe

Die vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Stichprobe von 107 Frauen und Männern mit Adipositas oder Präadipositas, die an einem 1-jährigen Gewichtsreduktionsprogramm teilnehmen wollten. Ihr mittleres Alter betrug $52,6 \pm 11,5$ Jahre (Range 20–71 Jahre). Die Altersgruppe der 40–59-Jährigen war am stärksten vertreten. Das mittlere Gewicht bei der Erstuntersu-

chung lag bei $102,8 \pm 22,2$ kg und der mittlere BMI bei $36,2 \pm 6,9$ kg/m² (Range 26,1–69,0 kg/m²). 33,9% wiesen eine Adipositas Grad I (BMI=30,0–34,9 kg/m²), 25,4% Grad II (BMI=35,0–39,9 kg/m²) und 23,7% Grad III (BMI $\geq 40,0$ kg/m²) auf. 16,9% der Patienten waren übergewichtig (BMI=26,1–29,9 kg/m²) (• Tab. 1). 89,0% der Teilnehmer waren weiblich.

Alle TeilnehmerInnen waren mit einem klinischen Interview durch Internisten auf schwere körperliche Erkrankungen und durch klinische Psychologen auf schwere psychiatrische Erkrankungen (Psychosen, schwere affektive Störungen, Demenz und Suizidalität) untersucht worden. Hierbei wurde auch die Medikamenteneinnahme erhoben. Eingeschlossen wurden alle zur Teilnahme bereiten Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 1-jährigen Gewichtsreduktionsprogramms der endokrinologischen Abteilung des Campus Benjamin Franklin der Charité, die älter als 18 Jahre waren und deren BMI $> 25,0$ kg/m² betrug.

Ausgeschlossen wurden Patienten mit kardiovaskulären, Leber- und Nierenerkrankungen sowie mit schwerer psychiatrischer Komorbidität. Ihnen wurde eine entsprechende Behandlung dieser Erkrankungen angeraten. Weitere anamnestiche Daten finden sich in • Tab. 1. Die eingeschlossenen Probanden wurden aufgeklärt und gaben eine schriftliche Einwilligungserklärung ab.

Instrumente

Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR)

Zur Erhebung des Bindungsstils wurden mit den Teilnehmern vor Beginn des Gewichtsreduktionsprogramms halbstandardisierte 1- bis 2-stündige Bindungsinterviews [17] geführt. Die zentralen Themen des Bindungsinterviews des EBPR sind in die Abschnitte „Kindheit“ und „Gegenwart“ eingeteilt. Sie umfassen für die Kindheit die Themenbereiche: Atmosphäre zu Hause, Beziehung zur Mutter, Beziehung zum Vater, Verhalten bei Krankheit, Gefühl des Unverstandenseins, Leistung, Persönlichkeit, Identifizierung, Geschwister, Freundschaften, andere nahestehende Erwachsene, erste Trennung von zu Hause, Verluste in der Kindheit – und für die Gegenwart: Selbstbeschreibung, Fremdbild, Leistung, Einfluss der Kindheitserfahrungen, derzeitige Beziehungen (Familie, Freunde), Partnerschaft, Beziehungserwartungen, Kinder, Verluste im Erwachsenenalter, Trennung von der Familie, Beruf/Freizeit.

Die Interviews wurden videografiert. Das Rating und die Zuordnung zu einem Bindungsstil erfolgten durch 2 unabhängige, darin geschulte Rater. Bei fehlender Übereinstimmung der Rater wurde ein gemeinsames Rating durchgeführt bzw. wurden die Ausbilder des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena als Supervisoren hinzugezogen und die Ratings entsprechend überprüft und korrigiert. Mit dem EBPR [17] kann zwischen sicherem, ambivalentem und vermeidendem Bindungsstil unterschieden werden. In dieser

Untersuchung fokussieren wir zunächst auf die Unterscheidung zwischen sicher und unsicher gebunden.

Das EBPR wurde inzwischen in vielen Studien eingesetzt und hat sich bezüglich Reliabilität und Validität bewährt [29, 49–52]. Wir haben uns für das EPBR im Gegensatz zu anderen Fremdeinschätzungsverfahren (ausführlich siehe [53]) entschieden, da es nach Beziehungserfahrungen sowohl in der Kindheit als auch in der Gegenwart fragt. Wir vermuteten, dass sich die adipösen Patienten eher auf ein solch umfangreiches Interview einlassen, wenn es auch heutige Erfahrungen und Bezüge behandelt.

Fragebogen zur Erhebung der hilfreichen Beziehung

Zur Erhebung der Arzt-Patient-Beziehung wurde der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky et al. ([54]; deutsch [55]) eingesetzt, den die Teilnehmer und die Therapeutin nach der 3. Gruppentherapiesitzung ausfüllten. In dem 11-Item Fragebogen sind 2 Subskalen enthalten. Skala 1 erfasst die vom Patienten subjektiv eingeschätzte Hilfestellung durch den Therapeuten, d. h. den Eindruck, ob dieser die benötigte Hilfe tatsächlich vermittelt, und Skala 2 die Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Die Patienten schätzen dabei ein, wie sehr den Aussagen auf einer 6-Punkte Likert-Skala von 1 (Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend) bis 6 (Ja, ich halte dies für sehr zutreffend) zuzustimmen ist. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Einschätzung, nicht darum, ob ein Therapeut tatsächlich Hilfe vermittelt hat. Ab einem Wert von $>3,5$ liegt eine positive Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung vor. Es wurde eine Fragebogenversion für die Patienten und eine für die Therapeuten benutzt. Der HAQ wurde inzwischen in verschiedenen Studien [56–58] eingesetzt und zeigt zufriedenstellende Werte bezüglich Reliabilität und Validität [54, 55].

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)

Dieser Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, IIP-D [59], erfragt interpersonale Verhaltensweisen, die dem Probanden schwer fallen bzw. die er im Übermaß zeigt. Es sind 8 Subskalen enthalten: autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich, expressiv/aufdringlich. Zusätzlich kann ein Gesamtwert gebildet werden, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert. In Validierungsstudien an größeren Stichproben konnte gezeigt werden, dass sich das Instrument eignet, verschiedene klinische Gruppen voneinander zu trennen, dass es mit anderen klinischen Merkmalen korreliert und eine prognostische Bedeutung in der Psychotherapie hat. Spezifische Ausprägungen interpersonaler Schwierigkeiten standen in der Untersuchung von Bartholomew und Horowitz mit den verschiedenen Bindungsstilen in Beziehung [59]. Die Retestreliabilitäten der Circumplex-Skalen des IIP lagen zwischen 0,81 und 0,90. Das IIP-D wurde zu Beginn des Programms eingesetzt. Bei der Auswertung des IIP-D in Bezug auf die verschiedenen Bindungsstilgruppen wurden für Alter und Geschlecht Rohwerte angegeben (die Stanineauswertung führte zu ähnlichen Ergebnissen).

Brief Symptom Inventory (BSI)

Zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome und der Veränderung der Beeinträchtigung wurde das BSI von Derogatis [60] – Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) – eingesetzt. Es umfasst 53 Items. Die 9 Skalen Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung,

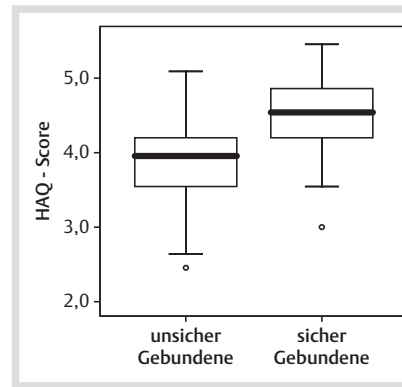


Abb. 1 Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung sicher vs. unsicher Gebundene nach der 3. Sitzung durch die ProbandInnen N = 94 ($p = 0,02$).

Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus gehen in den globalen Kennwert (GSI) ein. Ab einem Wert von $T \geq 63$ wird eine psychische Belastung definiert. In der Arbeit wurden deshalb jeweils die T-Werte angegeben.

Ergebnisse



Von 107 Patienten waren nach der EBPR Auswertung 58 (54,2%) sicher und 49 (45,8%) unsicher gebunden. Dabei wiesen 22 (20,6%) der unsicher gebundenen Patienten einen unsicher-ambivalenten und 27 (25,2%) einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil auf. Sicher und unsicher gebundene adipöse Patienten unterschieden sich nicht bezüglich Alter, Geschlecht, BMI (Tab. 1) sowie Bildungsstand, Familienstand und Alter bei Adipositasbeginn.

Die Hypothese, dass die sicher Gebundenen die Patient-Therapeuten-Beziehung positiver als die unsicher Gebundenen einschätzen, bestätigte sich (Abb. 1, Tab. 2).

Ebenso schätzte die Therapeutin die Therapeuten-Patienten-Beziehung bei den sicher gebundenen Patienten positiver als bei den unsicher gebundenen ein (Abb. 2, Tab. 2). Die Unterschiede in der Einschätzung der therapeutischen Beziehungen (HAQ aus Patienten- und Therapeutensicht) bleiben auch nach statistischer Kontrolle des GSI bestehen. Bezüglich der Patient-Therapeuten-Beziehung fand sich ein signifikanter Unterschied bei den Subgruppen der beiden unsicheren Bindungsstile sowie des sicheren Stils in der Beziehungseinschätzung durch die Therapeutin: sicher ($n = 47$; $M = 3,79$, $SD = 0,47$), ambivalent ($n = 19$; $M = 3,65$, $SD = 0,36$) und vermeidend gebunden ($n = 25$; $M = 3,37$, $SD = 0,48$) ($F(2,88) = 7,068$, $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,138$, sicher Gebundene $>$ vermeidend Gebundene). Da sich bei der Aufteilung des unsicheren Bindungsstils in ambivalent und vermeidend keine weiteren Unterschiede fanden, haben wir die unsicheren Bindungsstile als gemeinsame Kategorie analysiert und dargestellt. Von den Skalen des IIP-D war die Skala „introvertiert/sozial vermeidend“ signifikant höher bei den unsicher Gebundenen. Der Gesamtwert (GSI) und der Depressionswert des Brief Symptom Inventars (BSI) waren ebenfalls signifikant höher bei unsicher als bei sicher gebundenen Patienten. Dagegen unterschieden sich die 2 Gruppen nicht signifikant auf allen anderen Skalen des IIP-D und der Angstskala des BSI (Tab. 2). Nach Einbezug der Kovariaten (GSI) unterschieden sich die sicher von den unsicher Gebundenen jedoch nicht mehr signifikant hinsichtlich der Ausprägung auf der Skala „introvertiert/sozial vermeidend“ des IIP-D ($F(1,76) = 1,24$, $p = 0,27$, $\eta^2 = 0,016$). Die Einbeziehung von BMI,

Tab. 2 Psychodiagnostische Daten von 107 adipösen Patienten aus der EBPR-Interview-Beurteilung des Bindungsstils.

	Sicherer Bindungsstil N = 58 (54%)			Unsicherer Bindungsstil N = 49 (46%)			p
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
HAQ Patient 3.Sitzung	52	4,4	0,6	42	4,0	0,8	0,022
HAQ Therapeut 3.Sitzung	56	3,8	0,5	48	3,5	0,4	0,005
IIP-D PA (autokratisch/dominant)	51	0,71	0,53	42	0,75	0,49	0,472
IIP-D BC (streitsüchtig/konkurrierend)	51	0,73	0,51	42	0,85	0,52	0,219
IIP-D DE (abweisend/kalt)	51	0,73	0,57	42	0,99	0,75	0,125
IIP-D FG (introvertiert/sozial vermeidend)	51	0,93	0,64	42	1,28	0,86	0,049
IIP-D HI (selbstunsicher/unterwürfig)	51	1,37	0,84	42	1,43	0,98	0,831
IIP-D JK (ausnutzbar/nachgiebig)	51	1,47	0,74	42	1,45	0,80	0,983
IIP-D LM (fürsorglich/freundlich)	51	1,55	0,69	42	1,54	0,77	0,816
IIP-D NO (expressiv/aufdringlich) MW	51	0,96	0,62	42	1,03	0,70	0,777
IIP-D Gesamt	51	1,06	0,47	42	1,16	0,61	0,305
BSI Gesamt GSI	51	55,6	10,5	41	61,0	12,1	0,009
BSI Depression	54	51,6	12,8	45	58,3	10,8	0,008
BSI Angst	54	50,0	12,8	45	53,3	10,9	0,125

Geschlecht und Alter beeinflusste in einer Regressionsanalyse nicht die Bedeutung des Bindungsstils (sicher vs. unsicher Gebundene) für die Vorhersage der psychischen Symptomausprägung (GSI des BSI). Das Modell klärt allerdings nur 8,4% der Varianz auf ($F_{(4,74)} = 2,79$, $p = 0,032$).

Diskussion

In unserer Untersuchung adipöser und präadipöser Patienten mit dem EBPR waren 54% sicher, 21% ambivalent und 25% vermeidend gebunden. Der sichere Bindungsstil von adipösen und präadipösen Patienten geht dabei mit einer positiver wahrgenommenen Patient-Therapeuten-Beziehung durch die Patienten und durch ihre Therapeutin einher. Die Therapeutin schätzt außerdem die Beziehung am positivsten bei den sicher Gebundenen ein, gefolgt von den ambivalent Gebundenen. Die Beziehung zu den vermeidend Gebundenen schätzte sie dagegen am negativsten ein. Bezogen auf die psychische Belastung zeigten die unsicher Gebundenen insgesamt und in der Skala Depression deutlich höhere Werte. Die psychische Symptomausprägung moderierte auch den Unterschied in der Skala des IIP-D „introvertiert/sozial vermeidend“, der dann nicht mehr signifikant wurde.

Bei der Entscheidung, Bindungsstile bei Adipösen zu erheben, hatten wir uns für das Verfahren zur Erhebung der Bindungsstile mit der Methode des EBPR entschieden, das noch relativ neu, im deutschen Sprachraum jedoch gut eingeführt und validiert ist [17,50]. Ob sich die Verteilung der Bindungsstile bei der Erhebung mit anderen Fremdbeurteilungsmethoden wie bspw. dem Adult Attachment Interview (AAI) bestätigt hätte, lässt sich nicht beurteilen. Vergleiche [53] lassen darauf schließen, dass jeweils verschiedene Aspekte von Bindung mit den verschiedenen Methoden abgebildet werden. Bei klinisch unauffälligen Probanden sind bei Erhebungen mit dem AAI [20] und dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen [61] ca. 50–60% sicher gebunden. Die Verteilung der Bindungsstile der von uns untersuchten Adipösen unterschied sich nicht von jener klinisch unauffälliger Probanden, anders als die Ergebnisse von Anderson et al. [62,63] und von Cooper et al. [22], deren Untersuchungen allerdings an adipösen Kindern und Adoleszenten durchgeführt wurden. Nur 10% der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen weisen in verschiedenen Studien einen sicheren Bindungsstil

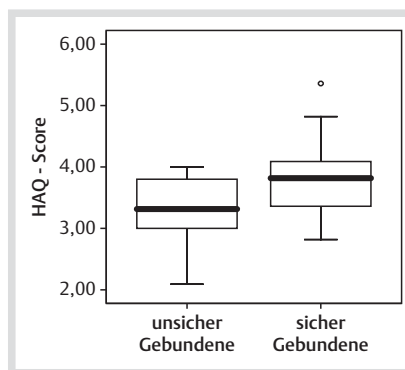


Abb. 2 Einschätzung der Patient-Therapeuten-Beziehung sicher vs. unsicher Gebundene nach der 3. Sitzung durch die Therapeutin N = 104 ($p = 0,005$).

auf [39]. Ob nun adipöse Patienten tatsächlich nicht vermehrt unsicher gebunden sind, sollte in weiteren Erhebungen mit größeren repräsentativen Stichproben an Erwachsenen untersucht werden. Als ein Selektionsartefakt können bei unserer Untersuchungsgruppe die Teilnahmebereitschaft und Eigenfinanzierung (450,00€) für das 1-jährige Gruppenreduktionsprogramm angesehen werden, die eine grundsätzliche Bereitschaft, eine therapeutische Beziehung einzugehen, voraussetzten.

Die von uns erfassten adipösen und präadipösen Patienten sind repräsentativ für eine Inanspruchnahmeklientel aus einer universitären internistisch-endokrinologischen Ambulanz. In der Normalbevölkerung gibt es bei Vorliegen einer Adipositas keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern: ca. 17% der Männer und 20% der Frauen sind adipös [64]. In der vorliegenden Studie lag der Anteil an Frauen mit 88% dagegen deutlich höher, was jedoch auch von anderen Programmen für Adipöse berichtet wird: so sind in der Studie von Lo Coco et al. [47] 80% der Patienten, die eine Behandlung suchen, weiblich. Die Altersgruppe der 40–59-jährigen war am stärksten vertreten, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass sich diese Altersgruppe die Gebühren des Programms in Höhe von 450,00€ am ehesten leisten konnte.

Die Ergebnisse zu mit dem IIP-D abgebildeten Beziehungsaspekten zeigten zunächst hypothesenkonform einen Zusammenhang zu den Bindungstypen bei den untersuchten Adipositaspatienten und der FG-Skala (introvertiert/sozial vermeidend) des IIP. Dieser Effekt wurde jedoch durch die psychische Belastung moderiert und verschwand nach deren Kontrolle. Auch zeigten sich bei allen anderen IIP-D-Skalen keine Unterschiede, was den Er-

gebnissen von Haggerty et al. [44] widerspricht, welche bezüglich des Gesamtwertes des IIP-64 eine positive Korrelation mit den beiden unsicheren Bindungsstilen bei Patienten, die psychotherapeutische Behandlung in einer Klinik suchten, fanden. Dies lässt die zu prüfende Vermutung zu, dass bei der Gruppe der unsicher gebundenen Psychotherapiepatienten die interpersonellen Probleme gravierender ausgeprägt sind und Auslöser oder verstärkendes Motiv für das Aufnehmen einer Therapie sind, was unsicher gebundenen Menschen, wie oben beschrieben, im Vergleich zu sicher gebundenen eher schwer fällt. Die adipösen unsicher gebundenen Patienten, die sich einer Gewichtsreduktionsgruppe anschließen, unterscheiden sich jedoch nicht von den sicher gebundenen in der Ausprägung interpersonaler Probleme. Möglicherweise handelt es sich bei den unsicher gebundenen Gruppenteilnehmern in Bezug auf die interpersonelle Problematik um eine positive Selektion, der das Einlassen auf ein solches Gruppenangebot möglich war.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass als sicher gebunden eingeschätzte Adipöse die Therapeut-Patienten-Beziehung (HAQ) in der 3. Therapiestunde signifikant hilfreicher einschätzten als die unsicher gebundenen. Auch die Therapeutin schätzte in der 3. Therapiestunde ihre Beziehung zu den sicher Gebundenen positiver ein als zu den unsicher Gebundenen, was mit anderen Studien zum Bindungsverhalten zwischen Patient und Therapeut übereinstimmt [23, 65]. Insofern stimmen die Ergebnisse der sehr unterschiedlichen diagnostischen Instrumente in der Selbst- und der Fremdbeurteilung bei Adipösen überein. Bei der Erhebung der Patient-Therapeuten-Beziehung ist zu berücksichtigen, dass ausschließlich die Beziehungen zur Gruppentherapeutin, nicht aber jene zu anderen beteiligten Professionen, wie z.B. den Ernährungsberaterinnen oder Internisten, untersucht wurden. Nach Bowlby ([13] S. 140) entspricht die Funktion des Therapeuten derjenigen einer Mutter, die ihrem Kind eine verlässliche Basis bietet. Es überrascht nicht, dass die unsicher gebundenen Patienten in dieser zeitlich begrenzten Gruppentherapie die Patient-Therapeuten-Beziehung schlechter beurteilen [30]. Diese vernachlässigt die spezifischen Bedürfnisse von vermeidend und ambivalent gebundenen Patienten [16], denn die Bereitstellung einer sicheren Basis für die Exploration ist ein wesentliches Charakteristikum der therapeutischen Beziehung [66]. Strauss ([16] S. 8) vertritt mit Verweis auf weitere Autoren die Auffassung, „dass Patienten bspw. (aber keineswegs nur) zu Beginn einer Therapie (einer ‚fremden Situation‘) durch die Aktivierung des Bindungssystems auf Verhaltensweisen zurückgreifen, die vom inneren Arbeitsmodell der Bindung bzw. den entsprechenden ‚states of mind‘ abgeleitet sind, um mit unangenehmen Gefühlen fertig zu werden“. Im Hinblick auf die therapeutischen Faktoren und Erfahrungen in der Gruppentherapie stellt Strauss [16] dar, dass sich Bindungsmerkmale in der Gruppe als bedeutsam erweisen. Malinckrodt und Chen [67] zeigen, dass die Wahrnehmung anderer in der Gruppe durch den Bindungsstatus, insbesondere bei vermeidenden Personen, differiert. Diese schätzen andere weniger freundlich, aber auch weniger dominant ein. Sachse und Strauss [68] konnten nachweisen, dass vermeidend gebundene Patienten interpersonale Gruppenerfahrungen (Altruismus, Kohäsion, interpersonales Lernen) weniger als hilfreich bewerten als kognitive Erfahrungen (wie Klarifikation, Einsicht). Nach Strauss [16] sagt ein ambivalenter Bindungsstil eine negativere Bewertung der therapeutischen Beziehung voraus, aber es zeigte sich nicht in allen Studien ein direkter Zusammenhang von unsicherer Bindung und spezifischer Qualität der therapeutischen Beziehung.

Den Unterschied in der Beziehungseinschätzung zwischen vermeidend und ambivalent gebundenen Patienten auf Seiten der Therapeutin erklären wir uns als Resultat der Gegenübertragung, die zwischen den Bindungsstilen zu differenzieren scheint, was in der Review von Strauss [14] bestätigt wird. In früheren Untersuchungen zeigte sich außerdem, dass sich vermeidend gebundene Patienten nur schwer auf die Therapie einlassen können und ablehnendes Verhalten zeigen [18], was zur negativeren Einschätzung auf Seiten der Therapeutin unserer Studie geführt haben wird. Ambivalent gebundene Patienten wirken dagegen verstrickt und fordernd, erkennen ihre Probleme zwar durchaus an, neigen aber dazu zu übertreiben [69], was von der Therapeutin zwar positiver in Bezug auf die therapeutische Beziehung wahrgenommen wurde, aber dennoch zu einer Abstufung im Vergleich zu den sicher Gebundenen führt [14, 16, 19].

Die unsicher gebundenen Teilnehmer unserer Studie zeigten eine deutlich höhere psychische Gesamtbelastung, aber auch höhere Depressionswerte. Dieses könnte darauf schließen lassen, dass diese unsicher gebundenen Patienten psychisch instabiler sind und durch emotionales Essen innere Leere und Depressivität auszugleichen versuchen [37, 38]. So sollte in weiteren Studien überprüft werden, welcher Fokus stärker ausgeprägt ist: die Reduzierung des psychischen Beschwerdedruckes oder die des Gewichtes. Es erscheint lohnenswert, bei adipösen Patienten die Auswirkungen der psychischen Belastung stärker in die Therapie einzubeziehen bzw. für diese Patienten ggf. zunächst die Behandlung dieser Beschwerden in den Fokus zu rücken, ohne jedoch die stabilisierende Wirkung einer Gewichtsreduktion bzw. die destabilisierende Wirkung des hohen Gewichtes zu vernachlässigen. Der unsichere Bindungsstil als moderierender Faktor scheint dabei zentral zu sein, denn das Erleben einer sicheren Bindung, eines sicheren Hafens für die Patienten innerhalb der Therapie unterstützten eine Verbesserung auf körperlicher und psychischer Ebene, wie die Studie mit Teilnehmern der Overeaters Anonymous von Hertz et al. [70] zeigte.

Mit unserer Studie rücken für Gruppentherapieangebote oder einzelne Module von Gewichtsabnahmeprogrammen bindungsspezifische Aspekte der adipösen Teilnehmer in den Blick. Es ist anzunehmen, dass sich Programme, die den Bindungsstil und dessen Implikationen außer Acht lassen, in Aufbau und Konzeption eher an sicher Gebundene richten, die dann auch erfolgreicher Gewicht reduzieren [48] als unsicher Gebundene. Auch die hohe psychische Belastung der von uns untersuchten unsicher gebundenen Adipösen spricht für eine Konzeption der Therapie, die zunächst als sichere Basis fungiert und damit ggf. zunächst für eine stabilisierende und Bindungssicherheit vermittelnde Einzeltherapie. Hier müsste vor Behandlungsbeginn eine individuelle Therapieplanung erfolgen, die die aktuelle Hauptbelastung des Patienten eruiert. Steht die Belastung durch das hohe Gewicht im Vordergrund, ist eher auf die Gewichtsreduktion zu fokussieren. Stellt sich jedoch eher die psychische Belastung wegen des Gewichtes oder interpersoneller Probleme oder eine Kombination aus beiden als Hauptbelastung heraus, gilt es zunächst die Funktion des Essens als Emotionsregulation für instabile Beziehungsmuster und unsichere Bindung zu verstehen und dem Patienten eine haltende Bindungserfahrung in der Therapie, sei es im Einzel- oder Gruppensetting [37], zu ermöglichen und die Gewichtsreduktion erst danach zu verfolgen. Levy et al. [30] formulieren für die Forschung die folgenden Hinweise: die Behandlung von ambivalent gebundenen Patienten wird schwieriger und langwieriger sein als die sicher gebundener. Bei vermeidend gebundenen Patienten wird der Therapeut aktiver sein

müssen. Bei ambivalent gebundenen dagegen braucht es eine „containende“ therapeutische Haltung in Bezug auf die emotionalen Erfahrungen des Patienten, was bis hin zu explizitem Benennen des therapeutischen Settings und dem verstärkten Bereitstellen von Struktur führen kann. Der Therapeut sollte dabei nicht zu gegensätzlich zum Bindungsstil agieren [19]. Ohne diese Berücksichtigung können Gewichtsreduktionsprogramme weniger auf die Belange und Besonderheiten von unsicher gebundenen Adipösen eingehen. Bisher gibt es noch keine ausreichenden Konzepte und Studien zur bindungsspezifischen Passung der Patienten zu bestimmten Therapien oder Therapeuten [30]. Dieses dürfte ein lohnendes Thema für Untersuchungen zum Einfluss des Bindungsstils und des Therapie-settings auf den Therapieerfolg bei erwachsenen Adipösen sein.

Fazit für die Praxis

Die Relevanz des Bindungsstils für die psychische Symptomausprägung bei präadipösen und adipösen Kursteilnehmern hat sich bestätigt und auch die Bedeutung des Bindungsstils für die Wahrnehmung der Patient-Therapeut-Beziehung erwies sich als bedeutsam. Dies lässt den Schluss zu, dass Gewichtsreduktionsprogramme auch auf den vorhandenen Bindungsstil und die sich daraus ergebenden Bedürfnissen ausgerichtet werden sollten. Zusätzlich ist eine psychische Komorbidität ggf. zuerst oder gleichzeitig zu behandeln, bevor eine Fokussierung auf den Gewichtsverlust möglich wird.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Deutsche Adipositas-Gesellschaft. Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie 2007 Im Internet www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf Stand: 3.3.2013
- 2 Dieterle C, Landgraf R. Folgeerkrankungen und Komplikationen der Adipositas. *Internist* 2006; 47: 141–149
- 3 Allison DB, Fontaine KR, Manson JAE et al. Annual Death Attributable to Obesity in the United States. *JAMA* 1999; 282: 1530–1538
- 4 Sabbioni MEE. Adipositas. In: Uexküll Tv. *Psychosomatische Medizin*. 6. Auflage. Urban & Fischer; 2003; 671–685
- 5 Loos RJ. Recent progress in the genetics of common obesity. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 68: 811–829
- 6 Phelan S, Wing RR, Loria CM et al. Prevalence and predictors of weight-loss maintenance in a biracial cohort: results from the coronary artery risk development in young adults study. *Am J Prev Med* 2010; 39: 546–554
- 7 Teixeira PJ, Silva MN, Mata J et al. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 22
- 8 Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2011; 12: 709–723
- 9 Kiefer F, Grosshans M. Beitrag der Suchtforschung zum Verständnis der Adipositas. *Nervenarzt* 2009; 80: 1040–1049
- 10 Wing RR. Weight cycling in humans: A review of the literature. *Ann Behav Med* 1992; 14: 113–119
- 11 Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML et al. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 346–354
- 12 Köhler L. Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Hrsg. *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer; 2002; 3–8
- 13 Bowlby J. *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter; 1995 (Originalausgabe: A Secure Base. London: Routledge; 1988)
- 14 Strauss B. Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung mit der Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 436–446
- 15 Brisch KH. *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000
- 16 Strauss B. Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 2006; 51: 5–14
- 17 Strauss B, Lobo-Drost A. *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR) -Manual. Version 1.1*. Jena/Hamburg; 1999
- 18 Tasca GA, Taylor D, Bissada H et al. Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *J Pers Assess* 2004; 83: 201–212
- 19 Kiesewetter S, Köpsele A, Köpp W et al. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – First observations with different attachment styles. *GMS Psychosoc* 2010; 7: 1–9
- 20 Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development* 2009; 11: 223–263
- 21 Kirchmann H, Steyer R, Mayer A et al. Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research* 2012; 22: 95–114
- 22 Cooper MJ, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eat Behav* 2011; 12: 94–96
- 23 Albani C, Blaser G, Körner A et al. Connections between attachment prototypes and relationship patterns. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 67–75
- 24 Goldman GA, Anderson T. Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology* 2007; 54: 111–117
- 25 Kivlighan DM Jr, Patton MJ. Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology* 1998; 45: 274–278
- 26 Smith AE, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 326–337
- 27 Bernecker S, Levy KN, Ellison WD. in press. A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*
- 28 Buchheim A, Strauss B, Kächele H. Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 128–133
- 29 Kirchmann H, Mestel R, Schreiber-Willnow K et al. Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychother Res* 2009; 19: 234–248
- 30 Levy KN, Ellison WD, Scott LN et al. Attachment style. *Journal of Clinical Psychology* 2011; 67: 193–203
- 31 Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatr Q* 1961; 35: 458–481
- 32 Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books; 1973
- 33 Charone JK. Eating disorders: Their genesis in the mother-infant relationship. *International Journal of Eating Disorders* 1982; 1: 15–42
- 34 Alexander KE, Siegel HI. Perceived hunger mediates the relationship between attachment anxiety and emotional eating. *Eat Behav* 2013; 14: 374–377
- 35 Baldaro B, Rossi N, Caterina R et al. Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 191–195
- 36 Petermann F, Häring J. Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In: Petermann F, Pudiel V. *Übergewicht und Adipositas*. Hogrefe; 2003; 263–279
- 37 Hernandez-Hons A, Woolley SR. Women's Experiences with Emotional Eating and Related Attachment and Sociocultural Processes. *Journal of Marital and Family Therapy* 38: 589–603
- 38 Rommel D, Nandrin JL, Ducro C et al. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite* 2012; 59: 21–26
- 39 Zachrisson HD, Skarderud F. Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 2010; 18: 97–106
- 40 Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 282–290

- 41 *Armstrong J, Roth D.* Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *Journal of Eating Disorders* 1989; 8: 141–155
- 42 *Platts H, Tyson M, Mason O.* Adult Attachment Style and Core Beliefs: Are They Linked? *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 332–348
- 43 *Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K.* Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 549–560
- 44 *Haggerty G, Hilsenroth MJ, Vala-Stewart R.* Attachment and Interpersonal Distress: Examining the Relationship between Attachment Styles and Interpersonal Problems in a Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009; 16: 1–9
- 45 *Horvath AO.* The alliance. *Psychotherapy* 2001; 38: 365–372
- 46 *Martin DJ, Garske JP, Davis MK.* Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 28: 438–450
- 47 *Lo Coco G, Gullo S, Scrima F et al.* Obesity and Interpersonal Problems: An Analysis with the Interpersonal Circumplex. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012; 19: 390–398
- 48 *Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K et al.* Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *Biopsychosoc Med* 2012; 6: 1–8
- 49 *Dick A, Vanderbilt S, Jacot C et al.* Erinnerungtes elterliches Erziehungsverhalten und aktuelle Bindungsorganisation im Erwachsenenalter: Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2005; 34: 35–38
- 50 *Kirchmann H, Fenner A, Strauss B.* Konvergenz des Erwachsenen-Bindungsprototypen-Ratings (EBPR) mit verschiedenen Selbstbeschreibungsinstrumenten zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2007; 57: 334–342
- 51 *Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM et al.* Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15: 371–389
- 52 *Strauss B, Kirchmann H, Eckert J et al.* Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychother Res* 2006; 16: 579–594
- 53 *Kirchmann H, Strauss B.* Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2008; 1: 293–327
- 54 *Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L et al.* Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1983; 171: 480–491
- 55 *Bassler M, Potratz B, Krauthauser H.* Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 1995; 40: 23–32
- 56 *Bachelor A.* Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clin Psychol Psychother* 2011, doi:10.1002/cpp.792
- 57 *Ulvenes PG, Berggraf L, Hoffart A et al.* Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49: 291–302
- 58 *Henry W, Strupp H, Schacht T et al.* Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: Psychodynamic approaches. New York: Wiley; 1994; 480–489
- 59 *Horowitz LM, Strauß B, Kordy H.* Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz Test; 2000
- 60 *Franke GH.* Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI). Hogrefe; 2000
- 61 *Höger D, Stöbel-Richter H, Braehler E.* Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2008; 58: 284–294
- 62 *Anderson SE, Whitaker RC.* Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 235–242
- 63 *Anderson SE, Gooze RA, Lemeshow S et al.* Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics* 2012; 129: 132–140
- 64 *Benecke A, Vogel H.* Übergewicht und Adipositas. Robert Koch-Institut, Hrsg. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16: 2003
- 65 *Hardy GE, Aldridge J, Davidson C et al.* Therapist responsiveness to client attachment styles. *Psychother Res* 1999; 9: 36–53
- 66 *Farber BA, Lippert RA, Nevas DB.* The therapist as attachment figure. *Psychotherapy* 1995; 32: 204–212
- 67 *Mallinckrodt BA, Chen EC.* Attachment and interpersonal impact perceptions of group members. *Psychother Res* 2004; 14: 210–230
- 68 *Sachse J, Strauß B.* Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 134–140
- 69 *Dozier M, Bates BC.* Attachment state of mind and the treatment relationship. In: Atkinson L, Goldberg S. (eds.). Attachment issues in psychopathology and intervention. NJ: Earlbaum, Mahwah; 2004; 167–180
- 70 *Hertz P, Addaad M, Ronel N.* Attachment styles and changes among women members of overeaters anonymous who have recovered from binge-eating disorder. *Health Soc Work* 2012; 37: 110–122

RESEARCH

Open Access

Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention

Sybille Kiesewetter^{1*}, Andrea Köpsel¹, Knut Mai², Andrea Stroux³, Thomas Bobbert², Joachim Spranger², Werner Köpp¹, Hans-Christian Deter¹ and Bettina Kallenbach-Dermutz¹

Abstract

Background & Aims: The long-term success of life-style interventions in the treatment of obesity is limited. Although psychological factors have been suggested to modify therapeutic effects, specifically the implications of attachment styles and the patient-therapist relationship have not been examined in detail yet.

Methods: This study included 44 obese patients who participated in a one-year multimodal weight-reduction program. Attachment style was analyzed by the Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) inventory and its relation to a one-year weight reduction program was studied. The patient-therapist-relationship was assessed using the Helping Alliance Questionnaire.

Results: Attachment style was secure in 68% of participants and insecure (preoccupied and dismissing) in 32%. Interestingly a significantly higher weight-reduction was found in securely (SAI) compared to insecurely attached individuals (UAI; $p < 0.05$). This estimation correlated positively also to the quality of helping alliance ($p = 0.004$).

Conclusions: The frequency of insecure attachment in obese individuals was comparable to that of the normal population. Our data suggest a greater weight-reduction for SAI than for UAI, and the patient-therapist relationship was rated more positively. The conclusion can be drawn that a patient's attachment style plays a role in an interdisciplinary treatment program for obesity and has an influence on the effort to lose weight.

Keywords: attachment style, obesity, patient-therapist relationship, weight reduction

Introduction

The incidence of obesity is increasing worldwide. Data from the German microcensus conducted in 2005 revealed that about 58% of adult men and 42% of adult women are overweight (Body Mass Index $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) [1].

This is of special importance given that obesity is one of the major risk factors for diabetes, cardiovascular disorders and cancer [2-4].

Although large intervention trials were able to demonstrate that a multimodal life-style intervention can prevent type 2 diabetes mellitus in individuals at risk, the long-term effect of those interventions on body weight is limited [5,6]. The poor long-term success of weight reduction may be based on the fact that obesity is a

complex disorder. Genetic and environmental parameters affect energy homeostasis [7,8]. Additionally, it is well known that psychological parameters have a substantial effect on the body weight and well being of the individuals [9,10]. Concerning the therapy of obese subjects, the relationship to the therapist may play an important role [11]. These relationships depend especially on earlier experiences and the attachment style of the patient. Therefore the benefit from a weight loss program may be related to the patient's attachment style and the ability of the patient to engage in group interaction [12].

Attachment theory assumes that humans and most mammals have a biologically predisposed attachment system [13]. This system is responsible for the strong emotional mother-child (primary caregiver-child) relationship [14]. It is activated as soon as an outer or inner danger arises that cannot be overcome by the child himself and thus has a survival-ensuring function. The so-

* Correspondence: sybillekiesewetter@gmx.de

¹Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Germany

Full list of author information is available at the end of the article

called “attachment behavior” is triggered. The small child turns to a familiar person, e.g. his mother or father, to whom he develops a very specific attachment. His feelings, expectations and behavioral strategies are integrated into this attachment relationship, which develops during the first year of life. In its basic structure it is stable over time [15] and forms an emotional basis throughout life, although change in different directions through emotional experiences in new relationships or through psychotherapy is possible. Attachment styles are currently differentiated as secure, preoccupied, dismissing, fearful-avoidant, and unresolved [16]. This could have consequences especially in obese patients. A cofactor in some individuals with obesity is assumed to be immature affect regulation, which has its roots in the interaction with the primary caregivers [10] and is related to early attachment experiences. Bruch [9,17] stresses the motivational elements in the development of obesity and assumes that obese individuals are not able to distinguish feelings of hunger from other physical needs or from emotional tension. Therefore, we assumed that obese patients, like patients with other eating disorders [18,19] may have a more insecure attachment style compared to clinically normal subjects.

Compliance and adherence is usually poor in obese individuals [20,21], which may also be attributable to the attachment style of individuals as an important reason: Attachment strategies play an important role in the development of a therapeutic relationship [22]. Despite this potential impact on the therapeutic success of interventions, the significance of attachment styles for weight reduction therapy in obese individuals has not yet been investigated. We hypothesized that insecurely attached obese patients may lose less weight than securely attached patients (H1). Additionally the patient-therapist relationship may be assessed more positively by obese individuals with secure attachment than by those with

insecure attachment (a) and is also assessed more positively by the therapist for the former than for the latter individuals (b).

Method

Subjects

44 volunteers (40 women and 4 men) participated in a weight reduction program for 12 months. Mean age was 52.3 ± 10.5 years. Mean starting weight was 108.2 ± 23.6 kg and a BMI of 38.3 ± 7.4 kg/m² respectively. All participants were screened for serious health problems and the intake of medication and were excluded if vascular diseases, hepatic or renal diseases or severe psychological co-morbidities were found. Further characteristics of the participants are provided in table 1.

The experimental protocol was approved by the Institutional Review Board, and all subjects gave written informed consent. We certify that all applicable institutional and governmental regulations concerning the ethical use of human volunteers were followed during this research.

Dietary and psychosocial intervention

All volunteers documented their eating behaviour for 3 days before intervention. Based on eating protocols, individual counselling was provided, with the recommendation of a daily calorie intake of 400-600 kcal less than the total energy expenditure. The diet was composed according to the guidelines of the German Association of Nutrition with the following distribution of macronutrients: carbohydrates 50%, fat 30% and protein 20% of the daily energy intake. Meetings for all volunteers took place over the first 6 months once a week in groups consisting of 10-12 participants with participation costs amounting to 450 €. In the first 90 minutes at the first 10 sessions, nutrition-consultants accomplished group workshops with practical cooking exercises. One

Table 1 Further characteristics of the participants.

	total N = 44 (100%)		Insecure attachment style total N = 14 (32%)		Secure attachment style total N = 30 (68%)		p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Age (years)	52.3	10.5	51.7	8.6	52.6	11.4	n.s.
BMI baseline (kg/m ²)	38.3	7.4	40.6	9.1	37.2	6.4	n.s.
Weight reduction in% (BMI points)	6.3	6.2	3.5	8.0	7.6	4.7	0.047
Weight in kg baseline	108.2	23.6	116.0	22.3	104.5	23.7	0.034
Weight reduction in kg after 1 year	5.7	7.5	2.0	10.2	7.5	5.1	0.029
HAQ patient 3rd session	4.3	0.6	3.9	0.7	4.5	0.5	0.004
HAQ therapist 3rd session	3.6	0.6	3.4	0.5	3.8	0.6	0.019

Age = Age at the beginning of the program; BMI baseline = Body mass Index (BMI) at the beginning of the program; HAQ patient 3rd session = Helping Alliance total score of the patients after the 3rd session; HAQ therapist 3rd session = Helping Alliance total score of the therapist after the 3rd session

workshop was provided by a physician with further hints and advice. At all dates, moderate exercise with gymnastics or aqua-fitness was performed during the last 60 minutes. The patients participated on average in 12 60- to 90-minute sessions of interactional group therapy [23]. This type of psychodynamic group therapy requires active treatment by the therapist. He or she uses supportive interventions such as giving advice, and often mirrors the acting-out of group members. Transference onto the therapist in this setting is not an explicit goal. Consequently, interactional group therapy is more adequate for these obese patients attending a weight reduction program and who mostly do not have a primarily psychotherapeutic objective.

In months 7 to 12, the participants had consultations with the nutritionists every 6-8 weeks. Anthropometry was determined in all participants before the dietary intervention and at the end of the program, after 12 months. All measurements were performed as previously described [24].

Psychosocial parameters

Attachment style was determined in all participants before the start of the weight reduction by conducting semi-standardized one- to two-hour attachment interviews with the patients using the German version of the Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) [25] inventory. The interviewers had previously undergone intensive rater training. The AAPR has demonstrated its reliability and validity in a variety of studies [26]. It shows satisfactory psychometric features with respect to inter-rater reliability, internal consistency of scales, and discriminatory power of the individual items [27]. Analysis focused on the three organized attachment styles (secure, preoccupied and dismissing) found in the individuals of this study: Securely attached adults experienced in their childhood the primary caregivers as acting and reacting sensitively and promptly and were therefore able to develop a sense of basic trust as adults. Preoccupied attached adults experienced during their childhood that the mother sometimes reacted adequately but sometimes not. This led to insecurity towards the primary caregiver regarding their availability during an emotional emergency. As adults, they show a tendency to cling and feel insecure. Adults with a dismissing attachment style mostly experienced insensitive or uncaring parents. As adults, they try to avoid affection and help from others, and strongly strive for autonomy.

The patient-therapist relationship was determined for all participants and the therapist after the 3rd group session using the German version of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) [28,29]. The 11-item questionnaire comprises 2 subscales: 1) help received from the

therapist, i.e. whether he or she really provides the help needed; 2) the therapist-patient relationship. Patients rate the applicability of the statements with regard to the two subscales on a 6-point Likert scale ranging from 1 ("No, I think this does not apply at all.") to 6 ("Yes, I think this fully applies.") without a neutral middle point.

Depression was assessed using the Brief Symptom Inventory (BSI) [30].

Statistical analysis

All data are presented as mean (M) and standard deviation (SD) or the absolute and relative frequencies for categorical data. Success in weight reduction within one year has been quantified by changes relative to baseline data. Due to the skewed distribution of numerical variables, differences between groups were analyzed using the Mann-Whitney U test, or Wilcoxon signed rank test for comparisons between different time points. The Chi square test was used for group comparisons involving categorical data. Fisher's exact test was used instead if more than 25% of the cells had an expected cell size of less than five. To test whether or not the attachment style has an effect on weight reduction, a one way ANOVA was used. Coefficients are considered significant if the respective p-values are less than $\alpha = 0.05$.

Results

The total group of 44 obese patients (BMI ≥ 30) comprised 4 men (9%) and 40 women (91%) between the ages of 20 and 69 (52.3 ± 10.5). At the beginning of the weight reduction program, 39% of the patients had grade I (BMI = 30.0 - 34.9), 34% grade II (BMI = 35.0 - 39.9), and 27% grade III obesity (BMI ≥ 40.0). BMI ranged from 30.2 to 69.0 kg/m².

In total, participants had a 6.3% reduction of body weight (with a range from 20.9% reduction to 11.2% weight gain) at month 12 compared to baseline ($p < 0, 001$).

Within the group of 44 patients, 30 (68%) were securely and 14 (32%) insecurely attached (6 (14%) with a preoccupied and 8 (18%) with a dismissing attachment style). At baseline, secure and insecure patients did not differ with respect to sex, age, or BMI, but did differ in regard to weight in kg at baseline (0.034, Table 1). In a subsample of patients with depression values the insecure and secure attached patients differed with respect to the depression-scale of the BSI at baseline (secure attached (N = 25): 52.7 (SD: 10.6); insecure attached (N = 11): 62.5 (SD: 11.4), $p = 0.024$).

Most interestingly, the weight loss was more pronounced for securely than for insecurely attached patients (7.6% vs. 3.5%, Table 1). The ANOVA confirmed that weight reduction among individuals with a secure attachment style was significantly higher than

among the insecurely attached ($p = 0.047$) individuals. Taking the BMI at baseline into account, the effect of attachment style on weight reduction still shows a statistical tendency ($p < 0.1$).

The patient-therapist relationship (HAQ) was assessed more positively by securely than by insecurely attached patients ($p = 0.004$), and the relationship components were also assessed more positively by the therapist in securely attached patients ($p = 0.019$, Table 1). There was no significant association between weight loss and the ratings of the patient-therapist relationship (HAQ: patients rating $p = 0.694$, therapists rating $p = 0.466$).

Discussion

Psychological factors have been postulated to be involved in the success of weight reduction programs. We here demonstrated that the attachment style of participants had an effect on the success of a multi-factorial lifestyle intervention in terms of weight reduction.

That insecure attachment was not more common among the obese patients in this study than has been reported in non-clinical individuals (securely attached: 60%; preoccupied: 17% dismissing: 23% [31]) suggests that obesity did not affect the occurrence of different attachment styles. But, there could be a selection bias. In a study with anorectic and bulimic patients Goodwin & Fitzgibbon [32] showed that insecurely attached eating-disordered patients often decline an outpatient treatment offer, which would also explain the high percentage of securely attached patients in our random sample: Insecurely attached subjects do not enroll in such a one-year group program in the first place. Therefore, our study was not representative, since voluntary participation has certainly biased results.

The sex ratio of our random sample of 91% women and 9% men approximately coincides with that of treatment-seeking obese populations reported in literature (85% women and 15% men; [33]). This could be attributed to treatment motivation being determined by social rejection, which applies mainly to obesity in women. The largest age group in this study comprised 40 - 59-year-olds. These individuals may have a stronger desire to lose weight. Another reason could be that they are more able and willing to afford the participation costs.

Compliance to weight reduction programs is usually poor in obese individuals and therefore they often regain weight [20]. Thus improved compliance might contribute to the therapeutic effect in those individuals with secure attachment style. This assumption is supported by the finding that the patient-therapist relationship was assessed to be more positive in secure compared to insecure participants. Indeed, previous publications confirmed that securely attached adults are considerably more cooperative in a patient-therapist situation [22].

This corresponds to observations indicating that securely attached individuals have better access to their emotions and eating habits, can therefore better perceive, understand and name them, and thus also have better prerequisites for successful weight reduction [23]. Individuals with an insecure attachment style are more likely to have problems with these issues; in the case of emotional entanglement, for example, preoccupied attached individuals do not perceive eating as an attempt to compensate. Dismissively attached individuals, on the other hand, tend to have difficulties in experiencing emotions and thus compensate by eating; in the case of therapeutic failure, they tend to blame others - in this setting the therapist.

It may be assumed that insecurely attached patients have difficulties in coping with the disease and also with time-limited therapies [34]. Thus the limited number of group therapy sessions offered in our setting might have negatively affected especially preoccupied attached patients, while securely attached patients were more stable in this respect. In addition, different reactions of the therapists, which are well known to occur and may have been induced by the patients' attachment style [11], may also have affected differences in weight loss.

Some limitations of our study should be mentioned: For estimating the distribution of attachment styles in representative, non-therapy seeking obese individuals compared to normal weight individuals, our study results are not representative and further studies are required. This trial was a clinical outcome study, it was not randomized and there was no control group. Predominantly women were studied; thus, the results can not be transferred to male subjects. Due to the small number of cases, we did not analyze the subgroups of binge eating, night or emotional eaters, and the effect of additional psychiatric co-morbidities in this study. To estimate the relevance of attachment styles according gender, age, and different subgroups, future studies are desirable. But there is a strong support for the assumption that the attachment style and the helping alliance between patient and physician are important in the therapy of obesity and probably other diseases.

Acknowledgements

Joachim Spranger was supported by a research group (Molecular Nutrition) of the Federal Ministry of Education and Research (BMBF) and a Heisenberg-Professorship of the Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Author details

¹Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Germany. ²Department of Endocrinology, Diabetes and Nutrition, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Germany. ³Department of Epidemiology and Statistics, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Germany.

Authors' contributions

SK: carried out the psychodiagnostic part of the study, participated at the group therapy and drafted the manuscript. AK carried out the psychodiagnostic specification of the attachment style. KM was responsible for the analysis of somatic data of the obese patients. AS performed the statistical analyses. TB selected the obese patients for the study and carried out the medical examination. WK was supervisor of the attachment style judgments and carried out the interrater reliability measurements. HCD participated in the design and coordination of the study and was the PI. BKD gave support for the therapeutic activity of the study, supervised the group therapist and was responsible for all therapeutic activity in the outpatient clinic for eating disorders. All authors read and approved the final manuscript.

Competing interests

None of the authors have any financial or personal relationships with other people or organisations that could inappropriately influence (bias) our work.

Received: 16 December 2011 Accepted: 2 February 2012

Published: 2 February 2012

References

1. Federal Bureau of Statistics: Number of overweight persons on the rise. Wiesbaden: Press release No. 227. 2006, 227, Accessed November 30, 2010, at http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/press/pr/2006/06/PE06__227__23.psm.
2. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC: Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001, **345**(11):790-797.
3. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ: Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003, **348**(17):1625-1638.
4. Hu FB, Willett WC, Li T, Stampfer MJ, Colditz GA, Manson JE: Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J Med* 2004, **351**(26):2694-2703.
5. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M, Finnish Diabetes Prevention Study Group: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001, **344**(18):1343-1350.
6. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL: Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 2001, **74**(5):579-584.
7. Bouchard C, Tremblay A, Després JP, Nadeau A, Lupien PJ, Thériault G, Dussault J, Moorjani S, Pinault S, Fournier G: The response to long-term overfeeding in identical twins. *N Engl J Med* 1990, **322**(21):1477-1482.
8. Hebebrand J, Hinney A: Zur Erbllichkeit der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 2000, **9**:78-83.
9. Bruch H: Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books; 1973.
10. Baldaro B, Rossi N, Caterina R, Codispoti M, Balsamo A, Trombini G: Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003, **27**(2):191-195.
11. Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Shapiro DA: Therapist responsiveness to client attachment styles. *Psychother Res* 1999, **9**:36-53.
12. Eggert J, Levendosky A, Klump K: Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *Int J Eat Disord* 2007, **40**:149-155.
13. Bowlby J: Attachment Vol. 1 of "Attachment and loss". London: Hogarth Press; 1969.
14. Brisch KH: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.
15. Scroufe L, Carlson E, Levy A, Egeland B: Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1999, **11**:1-13.
16. Sydow K: Systemic Attachment Theory and Therapeutic Practice: A Proposal. *Clin Psychol Psychother* 2002, **9**:77-90.
17. Bruch H: Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatr Q* 1961, **35**:458-481.
18. Tasca GA, Taylor D, Bissada H, Ritchie K, Balfour L: Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *J Pers Assess* 2004, **83**(3):201-212.
19. Ringer F, McKinsey Crittenden P: Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2006, **15**(2):119-130.
20. Wing RR: Weight cycling in humans: A review of the literature. *Ann Behav Med* 1992, **14**(2):113-119.
21. Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML, Beetsch JW, Schoeller DA, Erondou N, Pietrobelli A: Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr* 2007, **85**(2):346-354.
22. Strauss B: Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 2006, **51**:5-14.
23. Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC: Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy - first observations with different attachment styles. *GMS Psychosoc Med* 2010, **7**:Doc04.
24. Bobbert T, Rochlitz H, Wegewitz U, Akpulat S, Mai K, Weickert MO, Möhlig M, Pfeiffer AF, Spranger J: Changes of adiponectin oligomer composition by moderate weight reduction. *Diabetes* 2005, **54**(9):2712-2719.
25. Strauss B, Lobo-Drost A: Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR). Version 1.1 Manual 1999.
26. Strauss B, Kirchmann H, Eckert J, Lobo-Drost A, Marquet A, Papenhausen R, Mosheim R, Biebl W, Liebler A, Seidler KP, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Mestel R, Daudert E, Nickel R, Schauenburg H, Höger D: Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychother Res* 2006, **16**(5):579-594.
27. Sachse J, Strauss B: Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002, **52**:134-140.
28. Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M: Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 1983, **171**(8):480-491.
29. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H: Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 1995, **40**:23-32.
30. Franke GH: Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI). Göttingen: Beltz Test 2000.
31. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ: Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64**(1):8-21.
32. Goodwin RD, Fitzgibbon ML: Social Anxiety as a Barrier to Treatment for Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2002, **32**:103-106.
33. Petermann F, Pudel V: Ein Dialog zum Einstieg. In *Übergewicht und Adipositas*. Edited by: Petermann F, Pudel V. Göttingen: Hogrefe; 2003:17-26.
34. Jellema A: Dismissing and Preoccupied Insecure Attachment and Procedures in CAT: Some Implications for CAT Practice. *Clin Psychol Psychother* 2002, **9**:225-241.

doi:10.1186/1751-0759-6-3

Cite this article as: Kiesewetter et al.: Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *BioPsychoSocial Medicine* 2012 **6**:3.

Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles

Psychodynamische Mechanismen und Gewichtsreduktion in der Gruppentherapie Adipöser – erste Beobachtungen zu den Auswirkungen der verschiedenen Bindungsstile

Abstract

Objectives: Successful long-term results are extremely rare in non-surgical obesity treatment. Interactional difficulties with the attending physicians and the limited compliance of obese patients are a frequently described dilemma in repeated psychotherapeutic group treatment attempts. The type of relationship initiation and the attachment behavior probably play a central role in this connection but have not yet been systematically investigated.

Methods: This paper focuses on the attachment styles of obese subjects and their effects on psychodynamic group therapy within the context of a weight-reduction program.

Results: The attachment styles are characterized in 107 pre-obese and obese patients, and their effects on patients and therapists in group therapy are described.

Conclusion: The paper surveys the motivational situation, clinical pictures, and repeated group topics.

Keywords: obesity, attachment styles, psychotherapy, group, therapist

Zusammenfassung

Ziele: Langanhaltende Therapieerfolge in der nicht operativen Adipositasbehandlung sind äußerst gering. Interaktionelle Schwierigkeiten mit den behandelnden Ärzten und eine eingeschränkte Compliance von adipösen Patienten stellen das immer wieder beschriebene Dilemma bei sich wiederholenden Gruppenpsychotherapieversuchen von adipösen Patienten dar. Die Art der Beziehungsaufnahme und das Bindungsverhalten spielen hierbei vermutlich eine zentrale Rolle, wurden bisher jedoch noch nicht systematisch untersucht.

Methoden: Der Beitrag fokussiert daher als einen neuen Zugangsweg die Bindungsstile Adipöser und deren Auswirkungen auf die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie bei TeilnehmerInnen eines einjährigen Gewichtsreduktionsprogramms.

Ergebnisse: Es werden die Charakteristika der Bindungsstile bei 107 untersuchten übergewichtigen und adipösen Patienten sowie deren Effekte auf die Gruppentherapie beschrieben.

Konklusion: Es wird ein Überblick über die Motivationslage, die Störungsbilder und die wiederkehrenden Gruppenthemen der TeilnehmerInnen gegeben.

Introduction

In industrialized countries, obesity is becoming an increasingly pressing economical problem as well as a health hazard. Currently, around 13% of the adult population in

Germany [1] and almost one third (31%) of adults in the U.S. is considered obese with a body mass index $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ [2]. There seems to be an irreversible upward trend in these figures. Despite all efforts, therapeutic success in obese patients is very low [3], [4].

Sybille Kiesewetter¹
 Andrea Köpssel¹
 Werner Köpp¹
 Bettina
 Kallenbach-Dermutz¹
 Andreas F.H. Pfeiffer²
 Joachim Spranger²
 Hans-Christian Deter¹

1 Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Germany

2 Department of Endocrinology, Diabetes and Nutrition, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Germany

Stroebe [3] references longitudinal studies, according to which only around 5% of the patients managed to maintain their reduced weight for five years.

A large influence on the course of obesity, the patient's will to recover, and the success of the treatment is usually attributed to a good relationship between physicians/therapists and patients. Without a positive relationship, therapeutic measures may fail because the patient does not comply, as he may not, for example, understand or follow therapeutic advice, or take the prescribed medication. Interactional difficulties with the attending physicians and the limited compliance of obese patients are a frequently described dilemma in the repeated attempts to treat obese subjects [5], [6]. These difficulties could be attributed to a subject's insecure attachment style, which usually has a strong impact on the relationship with the therapist. Yet, systematic research concerning attachment styles of obese subjects is missing. In order to investigate the relationship between the attachment styles of obese subjects and their effects on interactional group therapy, we have accompanied and unsystematically observed a group of obese patients who took part in a one-year weight reduction program. The aim of these observations and description is to build hypotheses for further clinical investigations. Clearly, the long-term goal will be to identify if the attachment style and the quality of the patient-therapist-relationship are prognostic factors for successful weight reduction and thus to create a basis for the modification of therapeutic measures. Successful weight reduction thereby is defined as a long lasting reduction of 5% [7], [8]. The studies that have thus far examined prognostic indicators of success in weight reduction failed to yield uniform results (for reviews on this topic, see [9], [10], [11]). Most studies on the predictive quality of attachment styles for the success of treatment show that the degree of attachment security is the best predictor of treatment success [12], [13]. Therefore we plan for the first time in the context of obesity treatment to examine if the attachment style and the patient-therapist-relationship have any influence on the treatment outcome of obese adults.

The attachment theory assumes that humans and most mammals have a biologically predisposed attachment system that provides protection from inner and outer dangers and anxieties. Different infant behavioral strategies motivate the caregivers to look after children in need of protection [14], [15]. Bowlby understands attachment to be the expression of an emotional nucleus of felt security and perceived protection from danger in the presence of an attachment figure [16]. The precipitate of these early relationships and attachment experiences thus characterizes the (inner) representance world of the mature individual (for an overview of attachment theory see [17], [18]). One important co-factor in the development of obesity seems to be an immature affective regulation, which has its roots in the interaction with the primary caregiver [19] and is related to the early attachment experiences. Hilde Bruch stresses on the motivational aspects of the development of obesity in early

childhood [20], [21]. Obese subjects have not learned to distinguish hunger from other bodily needs or emotional agitation. Sharpe and colleagues [22] demonstrated the association between insecure attachment styles and high scores of weight already in pre-adolescent and adolescent girls, which places them at risk for eating disorders. Also the influence of a disordered hunger and satiation regulation established during childhood is mentioned [23]. This disordered regulation is often caused by parents using food as reward or punishment. In such cases, offering food is often used as a replacement for affection and as a strategy to solve problems. Any form of frustration is thus regulated with eating. Additionally, such children have not learned to distinguish between different motivations (e.g. fear vs. hunger), or to react appropriately. Several studies (cf. [23]) have shown the strong influence of family structures on the development of obesity during childhood.

Applying these findings to elements of the attachment theory which also focuses on early-childhood experiences, suggest the following hypothesis: The same aspects of the parent-child-relationship leading to an insecure attachment style also form the basis for the development of obesity. We can assume that those children who have been offered food to compensate for all kinds of needs, have also experienced inadequate care in other aspects. This would typically lead to an insecure attachment style. In contrast, children who experienced adequate care and who have learned to distinguish between hunger and other emotions will develop a secure attachment style. For obese subjects with a secure attachment style, it can be assumed that the development of obesity is caused by one of the many other possible factors.

Research on the way in which different attachment styles can affect various psychotherapeutic interventions is increasing steadily [17], [24], [25], [26], [27], [28]. Strauss [29] suggests a sensibility in relating the findings of attachment theory to the observations made in a psychotherapeutic interaction, particularly the therapeutic relationship as it can resemble the relationship to an attachment figure.

In the following, we describe the link between the different attachment styles of obese subjects and their effects on interactional group therapy observed by the group therapist [30].

Methods

Subjects

The study was conducted on 118 pre-obese and obese (BMI ≥ 25 ; mean 36.2 ± 6.9) patients who took part in a one-year weight-loss program (aim of therapy: 5% weight reduction). The group of patients comprises 13 men (11%) and 105 women (89%), aged 20 to 71 (mean = 52.6 ± 11.5). Some patients showed psychological symptoms like binge eating (16%), depression (26%) and anxiety (18%) in self rating questionnaires. Before being

included, patients were adequately informed about the study and signed a statement of consent.

Therapy

The department of endocrinology at Charité Berlin has been running this multi part weight loss program since several years. Participants were mostly alerted to the courses by posters in the hospital, television programs and the Internet. The costs amounted to 450 €, up to 50 percent of which was refunded by the health insurance in some cases. Alternative therapy options like bariatric surgery were not offered at this time.

Depression and anxiety were assessed using the Brief Symptom Inventory (BSI) [31]. The patient-therapist relationship was determined in all participants and the therapist after the 3rd group session using the German version of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) [32], [33]. The second author of this article works as the group psychotherapist in the program, which presented the opportunity for the psychosomatic department to accompany the obesity groups. Interactional group therapy is one of several modules in this program, and took place every 2 weeks. The psychotherapy was done in groups of ten to twelve patients. The patients participated on average in 12 60- to 90-minute sessions of psychoanalytical-interactional group therapy. Between 2 and 5 patients in each group had previously taken part in psychosomatic health resort treatments or had had individual psychotherapy. Most other patients, however, had not come into contact with psychotherapy.

Interactional group therapy calls for an active behavior from the therapist, who uses supportive interventions such as giving advice, and often mirrors the acting-out of group members. Transference onto the therapist in the sense of a transference neurosis is not an explicit goal. Giving answers is generally preferred over giving interpretations. Thus, it is easier for the therapist to offer the patient a form of reality check, and encourage social competence [34]. Consequently, interactional group therapy is more adequate for obese patients, who most often do not have a primarily psychotherapeutic objective. The effects of the attachment style in group therapy were described in retrospective by the group therapist as well as the motivational situation, clinical pictures, and repeated group topics. A working group of five experts meets regularly to discuss the treatment process and provide collegial supervision for the therapist and the interviewer.

Adult Attachment Prototype Rating (AAPR)

In the initial phase of the program, attachment styles of the patients were identified using the German version of the Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) [35], which includes an interview focusing on attachment behavior in childhood and adulthood. Both interviewers (first two authors) had previously undergone intensive rater train-

ing. The attachment style was then rated by two independent raters, in order to ensure high reliability. Subjects were assigned to an attachment style only if the two raters agreed in their overall assessment. The AAPR has demonstrated its reliability and validity in a variety of studies [27]. It shows satisfactory psychometric features with respect to inter-rater reliability, internal consistency of scales, and discriminatory power of the individual items [25].

The experimental protocol was approved by the Institutional Review Board, and all subjects gave written informed consent. We certify that all applicable institutional and governmental regulations concerning the ethical use of human volunteers were followed during this research.

Results

According to the Brief Symptom Inventory (BSI) 31% of the patients were conspicuous concerning psychological distress in the global scale ($T \geq 63$), 26% had a conspicuous depression score and 18% showed an increased anxiety score. Although we did not explore eating disordered behaviour systematically we can report that 16% of all participants reported 8 or more eating attacks without vomiting per month (mean = 6.26 ± 18.03 with a great range between 0 and 120, median = 0).

Based on the results of the AAPR, we were able to identify the attachment styles in a group of 107 pre-obese and obese patients, whereas 11 (9.3%) of the 118 attending patients did not participate in the attachment interview because of scheduling difficulties, difficulties with the video recording or dropout.

Securely attached patients

54% of 107 subjects had a secure attachment style. However, the AAPR allows a further distinction which can be categorized as "clearly" or "probably" securely attached. 30% of the subjects were rated as "clearly" securely attached, whereas 24% of the patients were "probably" securely attached. Patients with attachment security describe relationship experiences coherently and are normally able to integrate good and bad experiences during the interview. They give a complete picture with appropriate affect regulation; reflection and reappraisal of experiences become evident. The importance and appreciation of attachments and relationships are emphasized in their narratives (cf. [36], [37], [35]).

Insecure-ambivalently attached patients

The descriptions by patients with insecure-ambivalent strategies are usually affect-laden. In the immediate conversational situation, they are often virtually flooded by earlier events, and the time levels start to blur. They actually shift back in time and it occurs as if the long-time-ago experience happens now. The patients appear to be extremely caught up in their story. The narrative style is

often unstructured, and there are extravagant descriptions from which the narrators are not yet able to inwardly dissociate themselves. Experiences of drastic separation are largely unprocessed. Strong efforts directed toward others become evident together with indications of excessive dependency needs. These patients mostly experienced unpredictable behavior in connection with their primary caregiver (cf. [36], [37], [35]). Out of the 107 subjects, 21% were assigned to the insecure-ambivalent attachment style.

Insecure-avoidantly attached patients

The insecure-avoidantly attached patients often give listeners a fragmentary picture; there are few concrete memories. The patients apparently had rejecting, non-bonding mothers. They describe experiences characterized by a lack of intimacy and support. At the same time, the affective burden is denied, and the parents are partially idealized without any perceptible signs of an inner relation. These people usually strive for independence and rely on their own strength, while separation experiences are trivialized. Little empathetic capacity and compassion are noticeable (cf. [36], [37], [35]). Out of the 107 subjects, 25% were assigned to this attachment style.

Motivational situation, clinical picture and group topics

It can be assumed that the specific attachment pattern of each patient has been activated in the group and in the interview [15], [38]. Furthermore, we expect that both the subjective and objective success of the therapy depend on the interplay of motivation, clinical picture and attachment style, which are elucidated in the following. Motivations for group therapy and previous psychotherapeutic experiences were as heterogeneous as the patients' initial weight or their social class status. Based on our observations the patients can be divided into four general categories according to their motivational situation:

1. Those who say "yes" to the group,
2. "fatalists", who initially tolerate the circumstances,
3. "rebels", who can be subdivided into open and subtle ones,
4. those who stay away or appear irregularly.

An exceptional situation for psychotherapy in general arises in these weight-loss groups, because motivation to undergo therapy is commonly regarded as an essential prerequisite for therapy. This hardly applies to these groups, since the focus here is on a physical level and the goal for the patients is the weight reduction of about 5% and not the participation in group psychotherapy as one of many treatment components.

Considering the dominant clinical picture of obesity, the lack of psychotherapy motivation was no surprise in itself, but still constituted a difficult hurdle: Even though there

are genetic fundamentals for the over-weight, obesity also testifies to a somatization, which can in turn be understood as a defense against a psychic form of expression. The subconscious fear of many patients regarding psychotherapy is probably directed towards a reversal of this somatic shift [39]. Nevertheless the patients started the program with the intention to reduce weight by developing a stable self-regulation. But how this stable self-regulation was to be achieved had not been defined at the beginning. In all of the groups the same problems arose concerning the inability to feel and verbalise emotions. At some point the groups realized that they react by eating instead of feeling. At this stage the patients planned to support one another to clarify and identify their emotions.

Clinical picture

More than half of the patients in the weight reduction program describe themselves as being "addicted to food", and show related behavioral patterns. Their thoughts often center around eating: "When is the next time I will be able to eat, and how much? How much should I eat when I am in company? How much food do I have at home?" and so forth. Moreover, obese persons can possibly suffer from the social consequences of their addiction. As a result they can retreat due to possible discrimination at work or social settings.

Flores [18] has shed some light on the attachment styles of addicts and the implications for group therapy. However, there is a clear difference in the therapeutic approach for substance addicts and for persons with eating disorders. Abstinence is one of the requirements for the psychotherapeutic treatment of alcoholics and drug addicts, although relapses may occur repeatedly during the treatment. In the weight reduction program, the improper eating behavior still remains unchanged, especially during the initial phases of therapy, as abstinence of eating can obviously not be achieved. Thus, the affect regulation can still be achieved through disordered eating behavior, and the need for emotional regulation by others can be denied. As Flores [18] (p. 67) puts it, "The denial of the need for others is what leads individuals to seek gratification (e.g., drugs, alcohol, food, sex, work, and gambling) outside the realm of interpersonal relationships." Other studies similar to Flores' work on addicts have shown that for obese subjects, food is used as self-medication or self-regulation of mood, resulting in an "inability to control carbohydrate consumption results which has been suggested to be one factor hindering the weight loss of the obese" [40] (p. 175).

The biographic narratives, the interaction in the group and the reactions of transference and countertransference revealed the relatively homogeneous psychodynamic background of the clinical picture. Patients often described a long-lasting emotional deprivation experience in early childhood, which mostly results in undifferentiated orality. Hence, these patients have an increased need to re-experience the denied relationships but at the same

time are unable to shape them. Increased food intake can hence be understood as a substitute for such relationship experiences aimed at avoiding social dependence.

In coping with their increased emotional needs, the group members showed predominantly three different social strategies:

1. altruistic renunciation,
2. appellative passivity, and
3. open oral greed.

Altruistic renunciation

If the unfulfilled need cannot be reconciled with their self-perception and their aspiration to independence and autarky, some of the subjects try to fulfill their own need in others by way of altruistic renunciation: Through this, the other person is excessively taken care of regardless of their actual needs. Only through identification with the other person does the subject feel cared for. In addition, the caregiver hopes to produce a similar behavior toward himself. While this strategy does not conflict with their self-image of modesty, it often overstrains relationships by the unwanted extensive care and by the increased disappointment of not having their actions reciprocated. In the group therapy, subjects with this pattern of behavior for example insist on giving others time to speak even if the others do not want to. These subjects would then support and coach others, up to the point where it appears as if they are acting on the other's behalf. All this would be clad in phrases such as "But I mean only well!" A phenomenon of the countertransference was observed such that the therapist first urged the patient to use the time for themselves but was then slowly taken by a subtle fury which was connected to the imposing and self-denying quality of altruistic renunciation.

Appellative passivity

Subjects of appellative passivity try to cater to their needs by encouraging others to fulfill their needs for them. By remaining passive, the other person is thus forced to act for both themselves and the subject. Again, this allows the patient to maintain their self-perception of having no needs of their own and to deny them in a process of delegation, while getting others to attend to them. However, this strategy also usually leads to dysfunctional relationships: The other person feels increasingly angry as he has to solely contribute to the relationship and, as a result, seems to be the only one who actually has needs and requires attention. In the countertransference of the group therapist, this causes also a narcissistic offense and a pendulum motion between active commitment and sulky refusal.

Open oral greed

A final strategy in group therapy with obese patients is open oral greed. The immense hunger for attention and

care is again not at odds with the patient's image of being self-sufficient, since the unconscious right to compensate on account of the early deprivations cancels out the shame of asking too much. In their mind the suggestion of being a victim grants them the right to make unlimited demands. The therapist is thus often put in the role of the denying and failing mother, and is considered the perpetrator when she, for instance, does not contribute to the therapeutic interview but also forbids self-supply, i.e. of food and drinks during the sessions. In the countertransference, impulses of distancing and justification are triggered, which bring about anger of being unjustly accused.

Patients often oscillate between these three strategies of dealing with their increased needs. For example, at the beginning of the session, patients asserted that they didn't need any of this (altruistic renunciation), but soon used the entire session exclusively for themselves irrespective of the needs of others (open oral greed).

In all three strategies, patients manage to fulfill their strong needs in a form that is consistent with their self-perception of having no needs at all. Yet, this also means that the behavior is not psychically corrected. On the other hand, the countertransference, which in all three strategies is characterized by anger, also shows the failure of this social behavior to compensate for the increased need for orality. All of them disrupt relationships and jeopardize a long-lasting, correcting, and emotionally satiating shaping of relationships. After these mostly fruitless attempts to build relationships, patients tend to switch to self-supply and eat generously.

In the therapeutic process, the patients are encouraged to consciously accept their increased needs for emotional attention. It facilitates the advancement of social competences in group therapy, which are to fulfill interpersonal needs more adequately, and to support each other with mutual feelings and actions. This cannot be achieved in every group.

Group topics with obese patients

The patients in the therapy groups often lack consciousness of their problems, as the psychic aspects causing obesity or their effects are repressed. If they do realize a problem, it usually concerns the esthetic or health related effects of obesity but not the aspects of dysfunctional relationship and attachment behavior. Acknowledging that self-care in the form of food leaves them empty and unsatisfied requires a great and conscious effort on the part of the obese patients. They are generally not used to contemplating their swallowed feelings, expressing, differentiating, and finally assigning them to certain experiences and events. Patients with eating disorders typically rather act them out and somatize them. The experience of an entire group trying to clarify their own feelings, perhaps even if one of them empathizing and sharing experiences contradicts mostly all of their previous experiences. The excessive identification with the role of the care giving mother is also a frequent topic

resulting in a lesser pronunciation of other personality dimensions. The patients justly feel that they are neither considered nor accepted or appreciated with all the facets of their personality. But in the course of psychotherapy they have to be made aware of the connection to their one-sided role concept. The mirroring of role patterns occurring not only in everyday situations but also in group therapy, and especially of their effects on the group's interaction, oftentimes allows the patients to test other roles in small steps and to get unexpectedly great appreciation. Such exemplary relationship experiences make it easier for them to analyze their own deficits, which have previously been in the background.

Time and again, the want for the clarification of affects accompanied with aggression arises. Patients have diffused feelings of anger, offense, or general listlessness, but do not realize their actual feelings of aggression. Their rage and frustration toward themselves and their insufficient self-representation on the one hand, and toward the person who caused the frustration on the other hand are resolved by "chewing" and "swallowing" the corresponding events, using food as a substitute.

Treatment problems with respect to the attachment styles

The influence of the group varies according to the patient's attachment style. As Mikulincer and Shaver [17] explain, securely attached adults project their positive representations onto the group. They feel good in the company of others, they trust in the support of the group, and when they engage in the group, they are emotionally free and feel open and secure. Likewise, group cohesion plays an important role for the insecure-ambivalent, as it gives them a sense of security [17].

It has also often been pointed out that insecure-avoidant individuals do not value subjective group-related therapy factors such as group cohesion, altruism, and intimacy in the groups [41], [42], [25]. The research of Mikulincer and Shaver [17] suggests that a cohesive group can even aggravate the poor functioning. It seems that attachment-related anxieties and discomforts are intensified, since the group threatens the subject's sense of complete self-reliance. As a result, the patients with avoiding strategies attribute their weight loss to rather sportive engagement during the program and to the change in their diet than to the evaluation of the causes of their dysfunctional eating habits. Such group members usually do not expect anything from the group therapy, do not open up as much and do not want to deal with the arduousness of self-reflection. Since they do not ascribe positive effects to the group, the latter is denied the harvest of their labors. On the other hand, a longer stagnation in weight reduction commonly leads to a relapse into the old eating behavior and into relationship patterns that have already been identified as harmful. The result is often resignation, shame and self-hatred, which then fosters an attitude of "now, it doesn't matter anyway."

Effects of the attachment styles at group psychotherapy

As expected, the attachment prototypes of the patients cannot be exactly alike. The patients with a distinct attachment pattern polarize and thus also illustrate the descriptions presented here. In spite of this, we are not dealing here with an exclusively subjective experience report, since several observations were shared by the nutrition consultants not involved in the psychotherapy. Most of the patients repeatedly complained about being neglected and receiving inadequate support in the cooking course, as well as in medical attention and in sport activities, even though objectively, offers had been abundant. During case conferences, there was an intensive exchange about phenomena within the groups, in the course of which the preferred defense mechanisms crystallized. These are described in the following and rely on observations that were confirmed in the discourse, but not collected systematically.

Securely attached subjects have a well-balanced range of ways to behave and work things through. In countertransference they usually engendered in the therapist a greater willingness to establish an attachment regardless of sympathies and thus surely also increased their readiness to feel empathy. Securely attached obese patients display a whole range of defense mechanisms, especially denial, and repression.

Insecure-ambivalently attached people were found to be very concerned with keeping the group together by organizing telephone lists, for example, and suggesting meetings outside the group or a private continuation after the termination of group therapy. On the whole, insecure-ambivalently attached individuals find it more difficult to bear inner tensions without disburdening themselves by speaking or acting. Thus, for example, they are quick to surge forward with personal revelations. They mainly relate only to the therapist and virtually flood the group, often without perceiving their effect on others and remaining in touch. In countertransference gratitude is also occasionally felt for the ice-breaking pioneer work these patients often undertake in the group, while increased dosing, structuring and protecting functions are triggered in the therapist at the same time. The preferred defense mechanisms in the groups are: reaction formation, identification, idealization, and projection.

Insecure-avoidant individuals present themselves in a totally different way: they usually came to the interview with their questionnaires carefully filled out and filed. These patients almost always shook the framework of the group with discussion on the topic of "Why are we not allowed to eat, drink, and knit in the group?" They liked to lean back in their chair and say at the beginning of a group session: "You have probably prepared something." Strikingly, these patients frequently reported legal proceedings with neighbors, employers or others. Some of them appeared to smell "evil in the world" directed against them. They could be designated as conspiracy theorists, but it may also be said that they exhibit

anankastic and paranoid features. In countertransference they arouse feelings of anger at wasted attachment chances but also trigger impulses to win them over and get them interested in the group. The defense mechanisms of the insecure-avoidantly attached are intellectualization, rationalization, isolation of affect, devaluation, and a tendency to control others.

The way in which the attachment style presents itself, however, ultimately depends on the “power” of secure or insecure strategies. In the described sample only 30% of the patients following the AAPR were “clearly” securely attached. Furthermore a significant higher level of psychopathology in the “probably” securely attached and the insecure attached patients was found. This fact and the difficulties with the regulation of emotions as well as the activated insecure parts of the “probably” securely attached in the interactional group therapy led to a problem- and conflict-oriented focus in the description of the groups.

Nevertheless in terms of weight reduction, the patients have benefited significantly from the program ($p < 0.001$), whereas surprisingly no difference in regard of a successful weight reduction could be found for securely and insecurely attached patients ($p = 1.0$). No differences were also to be seen between the ambivalently and the avoidantly attached patients in our sample. On the other hand the improvement of the patient-therapist-relationship from the beginning to the end of the treatment seems to have an impact of a successful weight reduction of 5%.

Discussion

We wanted to describe our observations of the effects of attachment styles of obese patients in psychoanalytical interactional group therapy, in order to contribute to a hypothesis on prognostic factors for obesity treatment. Our observations show that a relatively homogenous clinical picture of obesity, leads to recurring and hence classifiable coping strategies of the patients. Although these strategies produce an intrapsychic relief, the somatization of the problems causes obesity and on an interpersonal level dysfunctional relationships. Group therapists of obese patients therefore have to expect a rather bad prognosis as well as a relationship that is hard to handle. Studying the process also in relation to attachment styles broadens the perspective which facilitates and improves therapeutic work. A connection between the described psychodynamic of the clinical picture and the resulting group dynamic will surely be of advantage for future treatments. Despite the comparatively large portion of securely attached patients, obesity groups are difficult. This is due to the patients' general experience of deficiency – irrespective of their attachment style. Because of the behavior of the primary caregiver, the patients in our weight reduction program developed specific inner working model for relationships. At the same time, the process of individuation as well as the character

structuring and the establishment of later neurotic experience and behavioral patterns took place. In this way, a combining element was created, which marked the therapy of obese subjects: the recurring topic of being hungry and having increased needs. But as a consequence of their different biographical background, not all of the obese subjects have the same attachment style which leads to different strategies in dealing with the requirements of an interactional group therapy. According to different studies [43], [25], especially ambivalently attached subjects (in this case with Binge Eating Disorder and obesity) benefit from an interactional group therapy, which focuses on expressing affect, exploring relationship patterns, and encouraging self reflection in patients. In this regard they differ significantly from avoidantly attached patients. Rather for them, Horowitz, Rosenberg and Bartholomew [44] recommend a cognitive therapy. Strauss and colleagues [27] (p. 584) also assumed that avoidant patients would benefit less, “because a confronting and interpreting psychodynamic group treatment could prove too difficult for dismissing patients”. Tasca and colleagues [28] suggest that interpersonal or psychodynamic therapists have to identify avoidantly attached patients before treatment and actively prepare them for the interpersonal and emotional stressors of this sort of treatment. This kind of preparation and motivation of avoidant patients has in our situation so far not been possible but is hoped to be implemented in future treatments.

Why is the process more laborious in some groups than in others? These are mostly groups with extreme avoiders who show few secure strategies. In many cases, these persons cannot be reached by psychotherapy, at least not at the present time. Their often rigid defense formation comprised of rationalization, devaluation, affective isolation, and an enhanced level of aggression and hostility increase the overall resistance of the group, which means that anxious, distrustful components can also partially surface in other patients. On a structural level self-regulation was integrated only moderately as well as the capacity for attachment, self-perception and communication. Thus it is important to make sure that destructive influences, particularly in the decisive initial phase, do not set the norm for the group. For group psychodynamic interpersonal therapy with obese BED-patients, Tasca and colleagues [28], [43] reported relating to all attachment styles an overall higher level of conflict in the group climate and an activation of attachment-related schemas than in a group cognitive behavioral therapy.

It can be assumed that, because of the attachment style, there had been a preselection of the patients. We believe that an increased number of individuals with a secure attachment style could imagine benefiting from a one-year program. Subjects with an insecure attachment style, on the other hand, probably did not have the courage to register themselves. Goodwin and Fitzgibbon [45] showed in a study with anorectic and bulimic patients that the group of insecurely attached patients with an eating disorder often refused an offer of outpatient treatment which

would also explain the large percentage of securely attached patients in our sample. The insecurely attached are unwilling to commit to such a one-year group program. As stated before, generalization of these first results and observations is not possible due to the presupposed effects of selection. Yet they could be checked with a statistically improved, prospective design.

Conclusions

In contrast to other long-term group therapy interventions, which also focused on the change from an insecure to a secure attachment style [18], [26], a change of a patient's attachment style is unlikely, as we considered only twelve sessions. Thus the patients will have considered the therapist only in part as a secure basis [15]. Our observations suggest an absolute need to help patients to develop better emotion regulation skills and the need for long-term therapy focussing on the implementation of a supportive patient-therapist relationship and it's improvement during therapy. Therefore sufficient time is needed to establish a relationship with the group and an effective therapeutic alliance as well as to correct the self-structure in order to be then able to give up excessive eating permanently and succeed also on a physiological level concerning long-term weight reduction.

Notes

Conflicts of Interest

None declared.

References

1. Federal Bureau of Statistics, editor. Number of overweight persons on the rise. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2006 [cited 2009 July 15]. (Press release; No. 227). Available from: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/press/pr/2006/06/PE06__227__23.psmI
2. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006. Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: Public Health Service; 2006. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus06.pdf>
3. Stroebe W. Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. *Psychol Rundsch*. 2002;53(1):14-22. DOI: 10.1026//0033-3042.53.1.14
4. Sabbioni MEE. Adipositas. In: Uexküll Tv. *Psychosomatische Medizin*. 6th ed. München: Urban & Fischer; 2003. p. 671-85.
5. Wing RR. Weight cycling in humans: A review of the literature. *Ann Behav Med*. 1992;14:113-9.
6. Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML, Beetsch JW, Schoeller DA, Erond N, Pietrobelli A. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(2):346-54.
7. Petermann F, Pudel V. Ein Dialog zum Einstieg. In: Petermann F, Pudel V, editors. *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe; 2003. p. 17-26.
8. Wadden TA, Frey DL. A multicenter evaluation of a proprietary weight loss program for the treatment of marked obesity: a five-year follow-up. *Int J Eat Disord*. 1997;22(2):203-12. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<203::AID-EAT13>3.0.CO;2-1
9. Dohm FA, Beattie JA, Aibel C, Striegel-Moore RH. Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *J Clin Psychol*. 2001;57(1):105-17. DOI: 10.1002/1097-4679(200101)57:1<105::AID-JCLP11>3.0.CO;2-I
10. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes rev*. 2005;6(1):43-65. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2005.00166.x
11. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. 2005;6(1):67-85. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x
12. Meyer B, Pilkonis PA. Attachment style. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work*. London: Oxford University Press; 2002. p. 367-82.
13. Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L, Hofmann A, Kemmler G, Danzl C, Kinze J, Biebl W, Richter R. Bindung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 2000;45(4):223-9. DOI: 10.1007/PL00006719
14. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NY: Erlbaum; 1978.
15. Bowlby J. *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter; 1995. (Original: *A Secure Base*. London: Routledge; 1988).
16. Strauss B. Bindung. In: Mertens W, Waldvogel B, editors. *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer; 2000; p. 98-102.
17. Mikulincer M, Shaver P. Attachment, group related processes, and psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2007;57(2):233-44. DOI: 10.1521/ijgp.2007.57.2.233
18. Flores P. Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *Int J Group Psychother*. 2001;51(1):63-81. DOI: 10.1521/ijgp.51.1.63.49730
19. Baldaro B, Rossi N, Caterina R, Codispoti M, Balsamo A, Trombini G. Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27(2):191-5. DOI: 10.1038/sj.ijo.802228
20. Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatr Q*. 1961;35(3):458-81. DOI: 10.1007/BF01573614
21. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
22. Sharpe TM, Killen JD, Bryson SW, Shisslak CM, Estes LS, Gray N, Crago M, Taylor CB. Attachment Style and Weight Concerns in Preadolescent and Adolescent Girls. *Int J Eat Disord*. 1998;23(1):39-44. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-2
23. Petermann F, Häring J. Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In: Petermann F, Pudel V, editors. *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe; 2003. p. 263-79.
24. Petersen Y, Köhler L. Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Intervention in der Terminalphase. *Forum Psychoanal*. 2005;21(3):277-92. DOI: 10.1007/s00451-005-0241-x
25. Sachse J, Strauss B. Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2002;52(3/4):134-40. DOI: 10.1055/s-2002-24959

26. Saunders EA, Edelson JA. Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for women. *Int J Group Psychother*. 1999;49(4):465-85.
27. Strauss B, Kirchmann H, Eckert J, Lobo-Drost A, Marquet A, Papenhausen R, Mosheim R, Biebl W, Liebler A, Seidler KP, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Mestel R, Daudert E, Nickel R, Schauenburg H, Höger D. Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychother Res*. 2006;16(5):579-94. DOI: 10.1080/10503300600608322
28. Tasca G, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for woman with binge eating disorder. *Group Dyn*. 2007;11(1):1-14. DOI: 10.1037/1089-2699.11.1.1
29. Strauss B. Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*. 2006;51(1):5-14. DOI: 10.1007/s00278-005-0461-y
30. Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J. Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, editors. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Fischer; 1993. p. 269-84.
31. Franke GH. Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI). Göttingen: Beltz Test; 2000.
32. Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 1983;171(8):480-91. DOI: 10.1097/00005053-198308000-00005
33. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 1995;40:23-32.
34. König K, Lindner WV. *Psychoanalytische Gruppentherapie*. 2nd ed. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1992.
35. Strauss B, Lobo-Drost A. *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR) – Manual*. Version 1.1. Jena/Hamburg: unpublished Manual; 1999.
36. Asendorpf J, Banse R. *Psychologie der Beziehung*. Bern: Huber; 2000.
37. Buchheim A, Brisch KH, Kächele H. Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1998;48:128-38.
38. Strauss B. Ist die therapeutische Arbeitsbeziehung eine Bindungsbeziehung? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 2001;22(4):381-97.
39. Schur M. Comments on the Metapsychology of Somatization. *Psychoanal Study Child*. 1955;10:119-64.
40. Christensen L. Effects of Eating Behavior on Mood: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 1993;14(2):171-83. DOI: 10.1002/1098-108X(199309)14:2<171::AID-EAT2260140207>3.0.CO;2-U
41. Dozier M. Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Dev Psychopathol*. 1990;2:47-60. DOI: 10.1017/S0954579400000584
42. Rom E, Mikulincer M. Attachment theory and group processes: The association between attachment style and group-related representations, goals, memory, and functioning. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(6):1220-35. DOI: 10.1037/0022-3514.84.6.1220
43. Tasca GA, Ritchie K, Conrad G, Balfour L, Gayton J, Lybanon V, Bissada H. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychother Res*. 2006;16(1):106-21. DOI: 10.1080/10503300500090928
44. Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4):549-60. DOI: 10.1037/0022-006X.61.4.549
45. Goodwin RD, Fitzgibbon ML. Social Anxiety as a Barrier to Treatment for Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2002;32(1):103-6. DOI: 10.1002/eat.10051

Corresponding author:

Prof. Dr. Hans-Christian Deter
Department of Psychosomatics and Psychotherapy,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin
Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Germany,
Tel.: 0049 (0)30/84453996
deter@charite.de

Please cite as

Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC. *Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles*. *GMS Psychosoc Med*. 2010;7:Doc04. DOI: 10.3205/psm000066, URN: urn:nbn:de:0183-psm0000661

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/psm/2010-7/psm000066.shtml>

Published: 2010-08-31

Copyright

©2010 Kiesewetter et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

2.3 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

2.4 Publikationsliste

Publikationen im Rahmen der Arbeit an der Promotion:

Beiträge in Zeitschriften:

Kiesewetter S, Köpsel A, Pfeiffer A, Köpp W, Kastner S, Orth-Gomér K, Deter HC. Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten. *Psychother Psych Med* 2014,64:260–267.

Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, Köpp W, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *BioPsychoSocial Medicine* 2012, 6:3 doi:10.1186/1751-0759-6-3.

Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AFH, Spranger J, Deter HC. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2010;7:Doc04. doi:10.3205/psm000066.

Buchbeitrag:

Kiesewetter S, Deter HC, Köpsel A, Köpp W. Zum Bindungsverhalten von Adipösen in einem einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm. In: Franz M, Frommer J (Hrg.). *Medizin und Beziehung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008:241-264.

Poster:

Kiesewetter S, Köpp W, Köpsel A, Stroux A, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Therapieerfolg und Bindungsstile bei Adipösen – erste Ergebnisse. Abstractband der 58. Jahrestagung der DKPM in Nürnberg, 2007:72-73.

Kiesewetter S, Köpp W, Köpsel A, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B. Therapieerfolg und Bindungsstile bei Adipösen in einem Gewichtsreduktionsprogramm – eine Vorstudie. Abstractband der 57. Jahrestagung der DKPM in Magdeburg, 2006:119.

Weitere Publikationen im Bereich Psychosomatik:

Köpp W, Rost F, Kiesewetter S, Deter HC. The fatal outcome of an individual with anorexia nervosa and Sheehan's syndrome as a result of acute enterocolitis: A case report. *International Journal of Eating Disorders* 2009,43(1),93-96.

Köpp W, Kiesewetter S, Deter HC. Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa. *Forum für Psychoanalyse* 2007,23(3),266-277.

Publikationen im Bereich Mediation/ internationale Familienmediation:

Beiträge in Zeitschriften:

Kiesewetter S, Erb-Klünemann M, Paul CC. Mediation bei internationalen Kindesentführungen.

Perspektive Mediation 2013;10:196-204.

Kiesewetter S, Loebel A. Mediation bei grenzüberschreitenden Familienkonflikten. Die

Wirtschaftsmediation 2012;1:62-64.

Kiesewetter S, Zurmühl S. BAFM-Mitgliederbefragung zur Mediationspraxis in 2010. Zeitschrift für

Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2012;80-81.

Kiesewetter, S. Mediation als Chance: Professionelle Dritte im Umfeld von internationalen

Kindesentführungen. Perspektive Mediation 2011;8(3):130-135.

Erb-Klünemann M, Kiesewetter S. Erfahrungen einer Familienrichterin und einer Mediatorin mit

internationalen Kindesentführungen. Betrifft Justiz 2011;27:124-128.

Zurmühl S, Kiesewetter S. Zur Praxis der Familienmediation - Eine Mitgliederbefragung der BAFM.

Zeitschrift für Konfliktmanagement 2008;107-111.

Kiesewetter S, Schröder S. Das Ringen um die Vergütung der Verfahrenspfleger – eine Übersicht über

Gesetzgebung und Rechtsprechung. Familie, Partnerschaft, Recht 2006;20-25.

Kiesewetter S. Mediation bei Begleitetem Umgang. Zeitschrift für Konfliktmanagement 2005;18-23.

Mitherausgeberin:

Paul CC, Kiesewetter S (eds.). Cross-Border Family Mediation. International Parental Child

Abduction, Custody and Access Cases. 2nd edition. Berlin/ Frankfurt/M.: Wolfgang Metzner, 2014.

Paul CC, Kiesewetter S (Hrsg.). (2011). Cross-Border Mediation. Foreign and International Legal

Provisions. Online Publikation. Berlin/ Frankfurt/M.: Wolfgang Metzner, 2011:abrufbar unter:
<https://www.mediationaktuell.de/mebib/CBM>.

Paul CC, Kiesewetter S (Hrsg.). Mediation bei internationalen Kindschaftskonflikten. München: C.H.

Beck, 2009.

Buchbeiträge:

Kiesewetter S, Paul CC. Family Mediation in an International Context. In: Paul CC, Kiesewetter S

(eds.). Cross-Border Family Mediation. International Parental Child Abduction, Custody and Access Cases. 2nd edition. Berlin/ Frankfurt/M.: Wolfgang Metzner, 2014:37-55.

Kiesewetter S. Mediation bei internationalen Familienkonflikten. In Trenczek T, Berning D, Lenz C

(Hrsg.). Praxishandbuch Mediation und Konfliktmanagement. Baden-Baden: Nomos, 2012:506-510.

- Walker J, Kiesewetter S. Auckland – Hamburg: Elternschaft über Ozeane hinweg. In: Rapp S (Hg.). Mediation Konflikte anders lösen! Lesebuch Familienmediation. Ludwigsburg: Winwin, 2011:95-100.
- Kiesewetter S, Paul CC. Mediationen bei internationalen Kindschaftskonflikten: Handwerkszeug und Besonderheiten. In: Paul CC, Kiesewetter S (Hrsg.). Mediation bei internationalen Kindschaftskonflikten. München: C.H. Beck, 2009:33-52.
- Kiesewetter S, Kleim M, Paul CC. Das deutsch-polnische Mediationsprojekt. In: Paul CC, Kiesewetter S (Hrsg.). Mediation bei internationalen Kindschaftskonflikten. München: C.H. Beck, 2009:161-170.

Verschiedene kürzere Beiträge:

- Walker J, Kiesewetter S. Neues von MiKK - Mediation bei internationalen Kindschaftskonflikten. Spektrum der Mediation 2010;38:56-57.
- Kiesewetter S. Mediation bei internationalen Kindschaftskonflikten. Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2009;216-217.
- Kiesewetter S. Bessere Umsetzung der Mediation - eine Arbeitsgruppe des Europarates. Interview mit Peter Eschweiler. Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2008;175-176.
- Kiesewetter S. Entwicklungen, Kontroversen, Resümees - BAFM-Mitgliederversammlung 2007 in München. Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2008;87-88.
- Sobczyk K, Lack-Strecker J, Kiesewetter S. Deutsch-polnische (Ver-) Bindungen - Das Projekt „Mediation in deutsch-polnischen Kindschaftskonflikten“. Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2007;328-329.

2.5 Eidesstattliche Versicherung

Ich, Sybille Kiesewetter, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Der Einfluss des Bindungsstils auf den Therapieerfolg bei Präadipösen und Adipösen in einem einjährigen Gewichtsreduktionsprogramm“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

17.06.2015

Unterschrift

2.6 Danksagung

An erster Stelle möchte ich den Patientinnen und Patienten danken, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, wiederholt lange Fragebögen ausfüllten und insbesondere danke ich dafür, dass sie durch die Teilnahme an dem Bindungsinterview Einblicke und eine Annäherung an sich und ihr Leben zuließen.

Weiterhin danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr.med. Hans-Christian Deter für die Anregung zum Thema und die Betreuung der Arbeit. Der Gruppentherapeutin des Programms Dipl.-Psych. Andrea Köpsel und PD Dr.med. Werner Köpp danke ich herzlich für die vielfältige Zusammenarbeit und die freundschaftliche Begleitung. Rotraud Zehbe und Silvia Schönfuß als Ernährungsberaterinnen der Gewichtsreduktionsprogramme danke ich für die gute Kooperation. Prof. Dr.med. Joachim Spranger möchte ich für sein Interesse und seine Offenheit für das Thema danken. Prof. Dr.phil. Bernhard Strauß und Dr.phil. Helmut Kirchmann aus Jena danke ich für die Unterstützung im Bereich des EPBR-Trainings und die folgende Begleitung. Für Hilfe, Ratschläge, Unterstützung bei den Übersetzungen und dem Korrekturlesen der Artikel und der Abschlussarbeit bedanke ich mich sehr bei Martin Gloss, Dr. Claudia Müller, Dr. Anika Rasner, Dr. Anton Schwaighofer und meinen Eltern.