

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Ökotrophologie

Emotionales Essen und Übergewicht – eine qualitative Analyse

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 23.09.2019

Vorgelegt von: Katja Lukic

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Gutachter/innen: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
oec.troph. Josephine Danneberg

Zusammenfassung

Hintergrund

Emotionale Zustände und Situationen können die Nahrungsaufnahme beeinflussen. Diese Zustände und Situationen können große Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten haben und zu Über- oder Unterernährung führen (Geliebter & Aversa, 2003, S. 342). Emotionales Essen wird definiert als Essen als Reaktion auf eine Reihe von negativen Emotionen wie Angst, Depressionen, Wut und Einsamkeit, um mit negativen Folgen/Einflüssen umzugehen (Ricca, et al., 2009, S. 418) und als Essen als Reaktion auf eine Reihe von negativen Emotionen (Goldbacher, et al., 2012, S. 610; Boutelle, Braden, Knatz-Peck, Anderson, & Rhee, 2018, S. 79). In einigen Studien werden auch die positiven Emotionen berücksichtigt und zum emotionalen Essen gezählt (Geliebter & Aversa, 2003, S. 341). Des Weiteren wird emotionales Essen seit längerem mit Gewichtszunahme und Fettleibigkeit in Verbindung gebracht (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, Anderson, & Rhee, 2018, S. 79). Aus diesem Grund ergibt sich Handlungsbedarf. Die Behandlung von emotionalem Essen als Teil eines Programms zur Gewichtsabnahme kann ein vielversprechender Weg sein, um Verhaltensinterventionen zu verbessern (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, Anderson, & Rhee, 2018, S. 80). Es wurden bereits einige Programme entwickelt, die sich mit emotionalem Essen in Kombination mit Übergewicht beschäftigen. Bei den bisher entwickelten Programmen wurde jedoch nicht explizit dargelegt, ob die Teilnehmer nach ihren individuellen Wünschen gefragt wurden und ob sie die Programminhalte für sinnvoll erachten. Aus dieser Tatsache leitet sich die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit ab: Welche Hilfsangebote halten die Patienten für sinnvoll und was würde ihnen in diesen speziellen Situationen helfen?

Methodik

Es wurde ein Leitfadeninterview, unter Verwendung eines selbst erstellten qualitativen Fragebogens, mit 14 Personen aus dem medicum Hamburg durchgeführt. Die Antworten wurden mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion

Es hat sich gezeigt, dass Alternativen zum emotionalen Essen bestehen. Emotional essende Personen würden in einer kritischen Situation gerne auf eine Person zurückgreifen können, die ihnen zuhört und mit der über die Situation gesprochen werden kann. Auch eine Ablenkung wird als hilfreich empfunden, wobei die Art der Ablenkung keine Rolle spielt. Das Hören von Musik, Kopf freibekommende Aktivitäten bis zur körperlichen Aktivität können hierfür als Beispiel genannt werden. Ganz banal würde einer Person in stressigen Situationen auch eine Reduktion von Stress ausreichen, um nicht emotional zu essen.

Anderen Personen würde Anerkennung, Freude, eine fachkundige Ernährungsberatung oder eine Zurechtweisung genügen. Es besteht dennoch weiterer Forschungsbedarf.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
1.1 Problembeschreibung.....	5
1.2 Forschungsfrage und Forschungsziel.....	5
1.3 Aufbau der Arbeit.....	6
2. Theoretischer Hintergrund.....	6
2.1 Emotionales Essen.....	6
2.1.1 Definition von emotionalem Essen.....	6
2.1.2 Prävalenz von emotionalem Essen.....	7
2.1.3 Erfassung von emotionalem Essen.....	7
2.1.4 Einfluss von Emotionen auf das Essverhalten.....	8
2.1.5 Therapeutische Ansätze zur Behandlung von emotionalem Essverhalten.....	8
2.2 Übergewicht.....	10
2.2.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht.....	10
2.2.2 Prävalenz von Übergewicht.....	11
2.2.3 Folgeerkrankungen.....	12
2.2.4 Behandlungsmöglichkeiten von Übergewicht.....	12
2.3 Emotionales Essen und Übergewicht.....	20
2.3.1 Zusammenhang zwischen emotionalem Essen und Übergewicht.....	20
2.3.2 Programme zur Behandlung von Übergewicht und emotionalem Essen.....	21
3. Studie Emotionales Essen und Übergewicht.....	24
3.1 Methodisches Vorgehen.....	24
3.2 Erhebungsinstrument.....	24
3.3 Erstellung Interviewleitfaden und Auswahl der Interviewteilnehmer.....	24
3.4 Datenerhebung.....	26
3.5 Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	27
4. Eigene Reflexion der Interviews.....	27
5. Ergebnisse.....	29
5.1 Situationen, aus denen emotional gegessen wird.....	29
5.2 Alternativen zum emotionalen Essen.....	30
5.3 Mitnahme aus den Beratungen.....	31
5.4 Bewertung der Beratung im Hinblick auf den Erfolg.....	32
5.5 Gewichtsverlauf.....	33
6. Diskussion.....	34

7. Limitationen.....	36
8. Fazit.....	37
Literaturverzeichnis	38
Abkürzungsverzeichnis.....	41
Abbildungsverzeichnis	41
Anhang.....	42

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Täglich beschäftigt sich der Mensch mit dem Essen. Es ist ein wichtiges Element in unserem Leben. Der Mensch benötigt Nahrungsmittel, um dem Körper alle wichtigen Nährstoffe zu liefern, sowie das Gehirn zu versorgen (Taitz, 2013, S. 12). Ohne die Aufnahme von Nahrungsmitteln wäre der Mensch nicht lebensfähig (Taitz, 2013, S. 21). Darüber hinaus dient die Nahrungsaufnahme nicht nur der Erfüllung von biophysiological Grundbedürfnisse, sondern hängt auch mit wichtigen sozialen und emotionalen Regulierungsfunktionen zusammen (Palmeira, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2017, S. 2). Diese fallen unter den Begriff „Affektregulation“ (Herpertz, Herpertz-Dahlmann, Fichter, Tuschen-Caffier, & Zeeck, 2011, S. 23). Emotionale Zustände und Situationen können die Nahrungsaufnahme beeinflussen. Diese Zustände und Situationen können große Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten haben und zu Über- oder Unterernährung führen (Geliebter & Aversa, 2003, S. 342). Dabei wird in der Theorie gewusst, was und wann gegessen werden sollte. Die Problematik liegt in der Differenz und der Umsetzung des Wissens (Taitz, 2013, S. 26). Emotionales Essen ist bereits im Jugendalter weit verbreitet (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, Anderson, & Rhee, 2018, S. 79). Des Weiteren reagieren Individuen mit einem hohen Maß an emotionalem Essen auf emotionale Belastungen mit erhöhtem Appetit und erhöhter Nahrungsaufnahme, insbesondere von süßen und fettreichen Lebensmitteln (Goldbacher et al., 2012, S. 610). Aus diesem Grund wird emotionales Essen seit längerem mit Gewichtszunahme und Fettleibigkeit in Verbindung gebracht (Boutelle et al., 2018, S. 79). Aus diesem Grund besteht Handlungsbedarf.

1.2 Forschungsfrage und Forschungsziel

Es bestehen bereits einige Programme, die sich mit emotionalem Essen in Kombination mit Übergewicht beschäftigen. Es wurden nur Interventionen durchgeführt, um das vorhandene oder entwickelte Programm zu überprüfen. Aus dieser Tatsache leitet sich die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit ab: Welche Hilfsangebote halten die Patienten für sinnvoll und was würde ihnen in diesen speziellen Situationen helfen.

Das Ziel dieser Arbeit ist eine Grundlage für die Entwicklung von Strategien zur konkreten Betreuung von Menschen, die durch ihre Gefühle geleitet essen, zu liefern.

1.3 Aufbau der Arbeit

Um die Fragestellung zu beantworten, wird im Folgenden der Aufbau der Arbeit erklärt.

Das methodische Vorgehen gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil beschäftigt sich mit dem theoretischen Hintergrund, der mittels Literaturrecherche erarbeitet wurde. Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit einer selbst durchgeführten Studie.

Die Ergebnisse der Studie werden analysiert und im Anschluss einer Diskussion unterzogen.

Zum Abschluss werden die wichtigsten Aussagen und Ergebnisse zusammengefasst und abschließend dargestellt.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Emotionales Essen

2.1.1 Definition von emotionalem Essen

Emotionales Essen wird definiert als Essen als Reaktion auf eine Reihe von negativen Emotionen wie Angst, Depressionen, Wut und Einsamkeit, um mit negativen Folgen/Einflüssen umzugehen (Ricca et al., 2009, S. 418) und als Essen als Reaktion auf eine Reihe von negativen Emotionen (Goldbacher et al., 2012, S. 610; Boutelle et al., 2018, S. 79). In einigen Studien werden auch die positiven Emotionen berücksichtigt und zu emotionalem Essen dazugezählt (Geliebter & Aversa, 2003, S. 341). Jeder Mensch geht anders mit seinen Emotionen um, was sich am Beispiel Stress verdeutlichen lässt. 38% bis 72% der Personen gaben bei stressbezogenen Studien an, weniger zu essen, wenn sie gestresst waren, während 28% bis 50% berichteten, in diesen Situationen mehr zu essen. Eine Minderheit in jeder Umfrage glaubte, dass Stress ihre Nahrungsaufnahme nicht verändert hat (Gibson, 2006, S. 56). Bei negativen emotionalen Zuständen oder Situationen berichteten Übergewichtige, dass sie mehr aßen als Normal- und Untergewichtige. Bei positiven emotionalen Zuständen oder Situationen trat das Gegenteil ein, wobei die untergewichtige Gruppe mehr aß als die anderen Gruppen. Es könnte spekuliert werden, dass das emotionale Essverhalten zur Gewichtszunahme beim Übergewicht und zur Gewichtsabnahme beim Untergewicht beitragen könnte. In Zeiten von Stress, wie zum Beispiel während der Prüfungszeit für Studenten, essen übergewichtige Menschen mehr als andere (Geliebter & Aversa, 2003, S. 346). Die Nahrungsaufnahme erfolgt nicht durch ein ausgeglichenes Hauptgericht, sondern ist gekennzeichnet durch Lebensmittel mit einem hohen Fett- und Zuckergehalt (Schnepper, Meule, Reichenberger, & Blechert, 2017, S. 2).

2.1.2 Prävalenz von emotionalem Essen

Gibson hat einen Übersichtsartikel veröffentlicht, in dem bisherige Erhebungen mit der Prävalenz von emotionalem Essen angegeben werden. Es wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet. Deswegen werden im Folgenden nur die Werte wiedergegeben, die mit dem Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) erhoben wurden. Es konnten keine Angaben über die Prävalenz in Deutschland gefunden werden.

Bereits im Kindesalter kommt emotionales Essen vor. 2008 betrug dieses in Schweden sowohl bei den 11 bis 12-jährigen Mädchen und Jungen 15 %. Bei den 11 bis 18-jährigen Mädchen/Jugendlichen lag die Prävalenz 2009 in den USA bei 21,8 % und bei den gleichaltrigen Jungen/Jugendlichen bei 20 %. Im Erwachsenenalter liegen diese Werte deutlich höher. Bei den Frauen in den Niederlanden waren es 2009 31,5 % und bei den Männern 40,3 %, die emotional essen (Gibson, 2012, S. 444).

2.1.3 Erfassung von emotionalem Essen

Das emotionale Essen kann mit Skalen erfasst werden. Im Folgenden werden zwei Fragebögen, die diese Skalen enthalten, genauer beschrieben.

Der erste Fragebogen ist der Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ), beziehungsweise der Fragebogen zum Essverhalten (FEV). Der FEV ist eine deutsche und überarbeitete Version des TFEQ (Pudel & Westenhöfer, 1998, S. 184). Dieser TFEQ ist dreidimensional und besitzt dadurch drei getrennte Skalen zu unterschiedlichen Themen. Die Subskala, die sich mit emotionalem Essen beschäftigt, nennt sich „Störbarkeit des Eßverhaltens durch situative oder emotionale Auslöser“ (Pudel & Westenhöfer, 1998, S. 189). In dieser Skala soll der „Verlust der Kontrolle über das Eßverhalten durch emotionale oder situative Umstände erfass(t)“ werden (Pudel & Westenhöfer, 1998, S. 208).

Der DEBQ ist wie der TFEQ und auch der FEV dreidimensional. Die Skala „gezügelt Essen“ ist mit der Skala vom FEV vergleichbar. Die Skala beinhaltet „emotionales Essen“ und „externales Essen“. Emotionales Essen wird als Folge von emotionalen Zuständen verstanden, während das externale Essen von situativen Außenreizen bestimmt wird (Pudel & Westenhöfer, 1998, S. 189).

Werden hohe Werte auf der Skala erreicht, zählt die Person als „emotionaler Esser“ (Macht, 2005, S. 305). Bisher fehlt die Validität für die beiden Subskalen „emotionales Essen“ und „externales Essen“ (Pudel & Westenhöfer, 1998, S. 189).

2.1.4 Einfluss von Emotionen auf das Essverhalten

Die Zusammenhänge zwischen den Emotionen und dem Essverhalten sind sehr verzweigt. Alle Emotionen können das Essverhalten beeinflussen. Laut Befragungen kommt die Veränderung des Essverhaltens bei speziellen Emotionen häufig vor. Nahrungsreize können mit positiven und negativen Gefühlen verbunden sein. Sind die emotionalen Reaktionen positiv, wird das Verlangen zur Nahrungsaufnahme gefördert, während sie bei negativer Verknüpfung die Nahrungsaufnahme meiden. Dabei reagieren Menschen unterschiedlich, teilweise gegensätzlich, auf die gleichen Emotionen (Macht, 2005, S. 304). Die Reaktionen „hängen sowohl von individuellen Unterschieden (zum Beispiel Body-Mass-Index) als auch situationsbezogenen Gegebenheiten (Stimmung, Zeitdruck) ab“ (Schnepper et al., 2017, S. 4). Verdeutlicht werden kann dieses am Beispiel Stress. Stress, als negative Emotion, führt nur dann zu einem Anstieg des Essverhaltens, wenn das Essen die Funktion hat, die negative Emotion zu verringern (Macht, 2005, S. 305). Das Essverhalten dient in diesem Fall der Kontrolle der Emotion und nicht der Energiegewinnung (Schnepper et al., 2017, S. 1). Unter diesen Umständen wird auch von emotionalem Essverhalten gesprochen. Zusammenfassend gibt es einen Einfluss von Emotionen auf das Essverhalten. Die Art der Nahrungsaufnahme und das Essverhalten verändern umgekehrt auch die emotionale Verfassung (Macht, 2005, S. 308).

Das Affect Regulation Model wurde auf Grundlage von Beobachtungen bei Erwachsenen entwickelt. Es hat das Konzept des "emotionalen Essens" eingeführt und betrachtet das emotionale Essen als Bewältigungsmechanismus zur Regulierung und Reduzierung negativer Emotionen (Goossens, Braet, Vlierberghe, & Mels, 2009, S. 68). Nach diesem Modell wird emotionales Essen nicht durch das Vorhandensein negativer Emotionen ausgelöst, sondern durch den Mangel an adaptiven Strategien zur Bewältigung negativer emotionaler Zustände (Boutelle et al., 2018, S. 79). Entsprechende Beweise stammen aus einer Studie mit übergewichtigen Jugendlichen, die signifikante Assoziationen zwischen emotionalem Essen und erhöhten Symptomen von Angst und Depression fand (Goossens et al., 2009, S. 68).

2.1.5 Therapeutische Ansätze zur Behandlung von emotionalem Essverhalten

Es gibt keine Leitlinie, die sich konkret mit der Behandlung von emotionalem Essen beschäftigt. Ein Grund dafür könnte sein, dass emotionales Essen nicht als eigene Krankheit diagnostiziert ist. Es wird in Zusammenhang mit Übergewicht oder einer Binge Eating Disorder genannt. Als Binge Eating Disorder werden wiederkehrende Essanfälle bezeichnet, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, mindestens zwei Mal

die Woche auftreten (Herpertz et al., 2011, S. 24). Vor allem bei der Binge Eating Disorder wird emotionales Essen als ein Risikofaktor für deren Entstehung genannt (Herpertz et al., 2011, S. 206). Der Zusammenhang zwischen emotionalem Essen und Überwicht wird im weiteren Verlauf in dieser Bachelorarbeit behandelt.

Jennifer L. Taitz hat zum Umgang mit emotionalem Essen ein Buch veröffentlicht. Sie betont, dass „dieses Buch allerdings kein[er] Ersatz für eine umfassende Therapie dar[stellt]. Sollten Sie sich aber schon in professioneller Behandlung befinden, kann seine ergänzende Lektüre sinnvoll sein“ (Taitz, 2013, S. 15).

Es gibt drei Therapieformen, mit denen emotionales Essen behandelt werden kann. Die erste ist die „Dialektische-Behaviorale Therapie (DBT)“. Entwickelt wurde diese von Marsha Linehan. Ihrer Meinung nach ist es nicht sinnvoll, Menschen zu einer Verhaltensänderung zu zwingen. Der Weg liegt im Akzeptieren, welcher mit der Veränderung zusammenfällt. Gefühle lassen sich erst regulieren, wenn sie akzeptiert werden. Zudem spielt der Umgang mit Situationen eine Rolle. Linehan nennt den Weg zur Akzeptanz „Stresstoleranz“. Die Therapie kann behilflich sein, eigenes Verlangen zu identifizieren, in Worte zu fassen und zwischenmenschliche Beziehungen zu optimieren (Taitz, 2013, S. 16f).

Eine weitere Therapieform ist die „Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)“. Steven Hayes, Kirk Strosahl und Kelly Wilson haben diese konzipiert. ACT ist bei der Bewältigung von fest verankerten Abläufen nützlich. Zudem unterstützt diese Therapieform die Umsetzung des Wunsches, ein Leben nach eigenen Anschauungen zu führen. Negative Gefühle sollen dabei nicht unterdrückt, sondern toleriert werden. Parallel dazu sollen die eigenen, wichtigen Ansichten nicht vernachlässigt werden. Stattdessen sollen diese weiterhin im Vordergrund bleiben und verfolgt werden (Taitz, 2013, S. 17f).

Die „Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)“ ist die letzte vorgestellte Therapieform. Erfunden wurde diese von Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale. Im Mittelpunkt steht die „achtsamkeitsbasierte Stressbehandlung“. Die Menschen sollen sich von andauernden und belastenden Gedanken lösen. Durch Achtsamkeit können eigene Gefühle leichter ausgehalten werden. Dadurch kann der Kreislauf aus Stress und aus dem Blickwinkel verschobenen Gedanken durchdrungen werden (Taitz, 2013, S. 18f).

2.2 Übergewicht

2.2.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht

Die Weltgesundheitsorganisation (world health organization- WHO) hat eine Gewichtsklassifizierung herausgebracht. Die WHO-Klassifizierung basiert in erster Linie auf dem Zusammenhang zwischen dem Body-Mass-Index (BMI) und der Mortalität. Bevor auf die Klassifizierung eingegangen wird, wird zunächst der BMI genauer definiert. Der BMI ist ein Index, der das Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße darstellt. Er wird häufig verwendet, um Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen zu klassifizieren. Er ist definiert als Quotient des Körpergewichts in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat (kg/m^2) (World Health Organization, 2000, S. 8).

Der BMI ist ein nützliches, wenn auch primitives Maß zur Erfassung des Gewichts. Er kann verwendet werden, um die Prävalenz innerhalb einer Population und die damit verbundenen Risiken abzuschätzen. Der BMI berücksichtigt jedoch nicht die großen Unterschiede in der Körperfettverteilung oder das damit verbundene Gesundheitsrisiko bei verschiedenen Personen und Bevölkerungsgruppen (World Health Organization, 2000, S. 7). Des Weiteren unterscheidet der BMI nicht zwischen Muskelmasse und Fettmasse. Auch das Körperwasser wird nicht berücksichtigt (Wirth, 2013, S. 20). Infolgedessen variiert die Beziehung zwischen BMI und Körperfettgehalt je nach Körperbau und Proportion (World Health Organization, 2000, S. 8).

Classification of adults according to BMI^a

Classification	BMI	Risk of comorbidities
Underweight	<18.50	Low (but risk of other clinical problems increased)
Normal range	18.50–24.99	Average
Overweight:	≥25.00	
Preobese	25.00–29.99	Increased
Obese class I	30.00–34.99	Moderate
Obese class II	35.00–39.99	Severe
Obese class III	≥40.00	Very severe

Abbildung 1: WHO Gewichtsklassifikation

Mit einem BMI unter 18,5 gilt eine Person als untergewichtig. Liegt der BMI zwischen 18,5 und 25 gilt eine Person als normalgewichtig. Ab einem BMI über 25 wird eine Person als übergewichtig eingestuft. Adipositas lässt sich als Krankheit definieren, bei der sich überschüssiges Körperfett soweit angesammelt hat, dass die Gesundheit beeinträchtigt werden kann (World Health Organization, 2000, S. 6). Die WHO hat bezüglich des BMIs weitere Kategorien entwickelt, die Adipositas konkretisieren. Präadipositas liegt vor, wenn

eine Person einen BMI von 25 bis unter 30 besitzt. Adipositas Grad 1 besteht, wenn der BMI zwischen 30 und unter 35 liegt. Adipositas Grad 2 liegt vor, wenn der BMI zwischen 35 und unter 40 beträgt. Ein BMI über 40 beschreibt eine Adipositas Grad 3.

Darüber hinaus wird das Risiko für Begleiterkrankungen dargestellt. Sowohl der BMI als auch ein Maß für die Fettverteilung (Taillenumfang oder Taillen-Hüft-Verhältnis) sind wichtig für die Berechnung des Risikos von Begleiterkrankungen bei Adipositas. Je niedriger der BMI ist, desto geringer ist das Risiko für Begleiterkrankungen. Es gibt auch Einflussfaktoren, die berücksichtigt werden müssen. Die Art der Ernährung, die ethnische Gruppe und die körperliche Betätigung zählen hierzu.

Die Ursache für Übergewicht, beziehungsweise Adipositas, ist die unerwünschte positive Energiebilanz und die damit verbundene Gewichtszunahme. Adipöse unterscheiden sich allerdings in der Menge an überschüssigem Fett und auch in der regionalen Verteilung dieses Fettes im Körper. Die Fettverteilung wirkt sich auf die mit Adipositas verbundenen Risiken und die daraus resultierenden Krankheiten aus.

Die Klassifizierung von Fettleibigkeit in der Kindheit oder Jugend wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die Körpergröße während dieser Zeit noch zunimmt und sich die Körperzusammensetzung ständig ändert (World Health Organization, 2000, S. 6). Vor diesem Hintergrund haben viele Länder Referenzkarten für das Wachstum auf der Grundlage von weight-for-age (Gewicht in Relation zum Alter) und height-for-age (Größe in Relation zum Alter) erstellt (World Health Organization, 2000, S. 11).

Die abgestufte Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas zeichnet sich durch mehrere Vorteile aus. Sie erlaubt aussagekräftige Vergleiche des Gewichtsstatus innerhalb und zwischen den Populationen. Ebenso ist eine Identifizierung von Personen und Gruppen mit erhöhtem Risiko für Morbidität und Mortalität möglich. Die Festlegung von Prioritäten für Interventionen auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene wird dadurch ermöglicht. Darüber hinaus sorgt die Klassifizierung für eine solide Grundlage zur Bewertung von Maßnahmen (World Health Organization, 2000, S. 7).

2.2.2 Prävalenz von Übergewicht

Im Jahr 2017 waren 53 % der Erwachsenen in Deutschland übergewichtig und ca. 16 % adipös (Statistisches Bundesamt, 2018).

Die Werte variieren bei den beiden Geschlechtern. 62 % der erwachsenen Männer und 43 % der erwachsenen Frauen waren im Jahr 2017 übergewichtig. Der Anteil der übergewichtigen Frauen war um einiges geringer. 18 % der Männer (Statistisches

Bundesamt, 2018) und 15 % der Frauen waren adipös (Statistisches Bundesamt, o.J.). Der Anteil der Männer liegt in beiden Fällen höher. Es waren demzufolge 2017 mehr Männer übergewichtig und adipös, als es bei den Frauen der Fall war.

2.2.3 Folgeerkrankungen

Die gesundheitlichen Folgen von Adipositas sind vielfältig und reichen von einem erhöhten Risiko eines vorzeitigen Todes bis hin zu mehreren nicht tödlichen, aber lähmenden Beschwerden, die sich negativ auf die Lebensqualität auswirken. Adipositas ist auch ein wichtiger Risikofaktor für nicht übertragbare Krankheiten (NCDs) wie zum Beispiel nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus (NIDDM), Herz-Kreislauf-Erkrankung (CVD) und Krebs. Zusätzlich ist diese Erkrankung in vielen Industrieländern mit verschiedenen psychosozialen Problemen verbunden. Die wichtigsten gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit sind insbesondere NIDDM, koronare Herzkrankheit (CHD), Bluthochdruck, Gallenblasenerkrankungen, psychosoziale Probleme und bestimmte Krebsarten. Für die verschiedenen Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit Fettleibigkeit stehen, fehlen teilweise detaillierte, relevante Risikodaten. Diese sind nur für wenige Industrieländer verfügbar und zeigen, dass das Risiko an NIDDM, Gallenblasenerkrankungen, Dyslipidämie, Insulinresistenz und Schlafapnoe zu erkranken, bei Adipositas stark erhöht ist. Das Risiko von CHD und Arthrose ist moderat erhöht und das Risiko für bestimmte Krebsarten, Anomalien der Fortpflanzungshormone und Schmerzen im unteren Rückenbereich leicht erhöht (World Health Organization, 2000, S. 39). Zu den lähmenden Beschwerden gehören Atemwegserkrankungen, chronische Probleme des Bewegungsapparates, Hautprobleme und Unfruchtbarkeit (World Health Organization, 2000, S. 42).

Ein Zusammenhang zwischen zahlreichen Störungen, Erkrankungen und Adipositas wurde hergestellt. Dazu zählen „Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, CVD, Karzinome, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, psychosoziale Konsequenzen, wie erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, soziale Diskriminierung und Selbstwertverminderung“ (Klotter, 2007, S. 104).

2.2.4 Behandlungsmöglichkeiten von Übergewicht

Es empfiehlt sich die wirksame Prävention und Behandlung von Adipositas auf das im Folgenden erläuterte zu konzentrieren. Ein Schwerpunkt sollte auf den Elementen des sozialen, kulturellen, politischen, physischen und strukturellen Umfelds, die den Gewichtsstatus der Gemeinschaft oder der Bevölkerung insgesamt beeinflussen, liegen. Es sollte eine Beschäftigung mit Prozessen und Programmen zur Behandlung von

Personen und Gruppen, die einem besonders hohen Risiko für Fettleibigkeit und deren Begleiterkrankungen ausgesetzt sind, stattfinden. Darüber hinaus sollten Managementprotokolle für Personen mit bestehender Adipositas entwickelt werden. Maßnahmen zur Prävention oder Behandlung von Übergewicht sollten daher sorgfältig konzipiert werden, um Essstörungen zu vermeiden. Die übermäßige Angst vor Fettleibigkeit, insbesondere bei jungen Mädchen, ist hierbei als ein besonders kritischer Auslöser für Essstörungen zu betrachten. Entsprechende Maßnahmen sollten auch andere ungesunde Verhaltensweisen, wie zum Beispiel das Rauchen von Zigaretten verhindern, die in der Überzeugung angenommen werden können, dass sie eine Gewichtszunahme verhindern (World Health Organization, 2000, S. 154).

Das Adipositas-Management umfasst die folgenden vier Schlüsselstrategien: Vermeidung einer Gewichtszunahme, Förderung der Gewichtserhaltung, Management von Begleiterkrankungen bei Übergewicht und Förderung der Gewichtsabnahme (World Health Organization, 2000, S. 155).

Obwohl die Prävention potentiell den effektivsten und einen langfristigen Ansatz für das Management von Übergewicht bietet, sind intensivere Maßnahmen erforderlich, um bestehende Gewichts- und Gesundheitsprobleme zu bewältigen. Effektive Managementstrategien erfordern eine koordinierte und programmierte Betreuung, die in der gesamten Gemeinde und den Gesundheitsdiensten angeboten wird. Der Schwerpunkt sollte dabei auf der Gewichtserhaltung, dem Management von Begleiterkrankungen bei Adipositas und der Gewichtsabnahme liegen (World Health Organization, 2000, S. 163).

Ein effektives Gewichtsmanagementprotokoll besteht aus den folgenden fünf Hauptphasen: Rekrutierung und Vermittlung, umfassende Gesundheitsbeurteilung, Zielsetzung, Auswahl und Umsetzung eines geeigneten Managementsystems sowie Überwachung und Bewertung. Ein persönliches Unterstützungsprogramm für den übergewichtigen und adipösen Patienten, einschließlich Familienbeteiligung und geschultem Personal, kann das Ergebnis in Bezug auf Gewichtsabnahme und Gewichtaufrechterhaltung erheblich verbessern. Gut geführte Selbsthilfegruppen bieten auch eine nützliche und kostengünstige Form der kontinuierlichen Unterstützung an. Kommerzielle Gewichtsabnahmeorganisationen können für die Gewichtskontrolle von Nutzen sein. Dies setzt jedoch voraus, dass sie einen Verhaltenskodex befolgen, der die Gebühren, die Ausbildung von Beratern und die Förderung von Dienstleistungen umfasst. Eine Reihe von etablierten und gut evaluierten Behandlungen für Übergewicht stehen zur Verfügung. Zu diesen zählen beispielhaft Ernährungsmanagement, körperliche Aktivität,

Verhaltensänderung, Arzneimitteltherapie oder auch Magenoperationen. Die Wirksamkeit der Ernährungstherapie wird deutlich verbessert, wenn Bewegungs- und Verhaltensänderungen in einem individuell zugeschnittenen Plan einbezogen werden (World Health Organization, 2000, S. 197). Deswegen sollte ein Gewichtsmanagementprogramm aus den drei Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie bestehen. Dabei beinhaltet das Gewichtsmanagement sowohl die Gewichtsreduktion als auch die langfristige Stabilisierung des Gewichtsverlustes (Herpertz et al., 2011, S. 42).

Für die Gewichtserhaltung und zur Vermeidung einer Gewichtszunahme sind eine gesündere Ernährung und ein aktiverer Lebensstil notwendig. Zur Reduzierung von Gewicht oder Körperfett muss ein temporärer, negativer Energie- (oder Fett-) Ausgleich geschaffen werden, damit die Fettspeicher zur Deckung des Energiebedarfs genutzt werden können. Das bedeutet, dass entweder die Aufnahme reduziert oder der Energieaufwand erhöht werden muss. Möglich ist auch eine Kombination von beiden Maßnahmen. Die Behandlung von komorbiden Erkrankungen kann erfordern, dass besondere Aufmerksamkeit auf spezifische Ernährungsmerkmale gelenkt wird, z.B. die Salzzufuhr bei hypertensiven Patienten (World Health Organization, 2000, S. 206).

Die Ziele von Gewichtsmanagementstrategien für Kinder unterscheiden sich von denen für Erwachsene, da die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes berücksichtigt werden muss. Im Gegensatz zur Erwachsenenbehandlung, die auf eine Gewichtsabnahme ausgelegt ist, zielt die Kinderbehandlung darauf ab, eine Gewichtszunahme zu verhindern (World Health Organization, 2000, S. 198).

2.2.4.1 Diätetische Behandlung

Ein wesentlicher Bestandteil aller Gewichtsmanagementstrategien ist die Aufklärung von übergewichtigen Patienten über Lebensmittel und Essgewohnheiten, welche die Gewichtskontrolle erleichtern. Die Nahrungsaufnahme und -muster sollten bewertet werden, um Bereiche zu identifizieren, die besondere Aufmerksamkeit erfordern, wie zum Beispiel Ernährungsangemessenheit, Mahlzeitengröße, Mahlzeitenhäufigkeit und -zeitpunkt (World Health Organization, 2000, S. 211). Die Ernährungsempfehlungen sollen individuell angepasst sein und mit den Therapiezielen und dem Risikoprofil vereinbart werden. Den übergewichtigen Menschen soll zudem eine Ernährungsberatung angeboten werden. Der Patient soll über die Ziele, Prinzipien und die Ernährungsumstellung aufgeklärt werden. Dabei soll das persönliche und berufliche Umfeld berücksichtigt werden (Herpertz et al., 2011, S. 44).

Individualisierte Diäten mit geringem Energiebedarf

Für die Gewichtsreduktion sollen nur Ernährungsformen in Betracht gezogen werden, die über einen angemessenen Zeitraum zu einem Energiedefizit führen und dabei mit keinen gesundheitlichen Schäden verbunden sind. Das tägliche Energiedefizit sollte 500 kcal/Tag sollte betragen. In Einzelfällen kann das Defizit auch höher sein. Bei Einhaltung des genannten Defizites kann damit gerechnet werden, dass der Patient circa 0,5 kg pro Woche für einen ungefähren Zeitraum der nächsten drei Monate abnimmt.

Für die Reduktion bietet sich ein schrittweises Vorgehen an. Das Energiedefizit kann durch eine verminderte Fettzufuhr, Kohlenhydratzufuhr oder einer Kombination aus diesen erfolgen. Zur Erreichung des Defizites von 500 kcal/Tag sollte die Fettzufuhr auf circa 60 g/Tag verringert werden. Der Gewichtsverlust ist abhängig von dem Ausgangsgewicht und der vorherigen Fettzufuhr. Die Gewichtsreduktion durch eine Kohlenhydratverminderung ist in den ersten sechs Monaten höher, als bei einer Fettverringerng. Nach einem Jahr gibt es kaum noch Unterschiede zwischen den beiden Varianten. Zusätzlich kann weniger Zucker aufgenommen werden, wodurch eine geringe Energiedichte vorliegt.

Ein zeitlich eingeschränkter Gebrauch von Formulaprodukten kann mit einer Energiezufuhr von 800-1200 kcal/Tag bei bestimmten Patienten in Erwägung gezogen werden. In diesem Fall sollte ein Arzt zu Rate gezogen werden. Mit dieser Kostform kann mit einer Gewichtsreduktion von 5-6% des Ausgangsgewichts gerechnet werden. In den ersten Monaten gibt es eine sehr große Gewichtsreduktion. Nach einem Jahr gibt es zu einer mäßig energiebegrenzten Kost kaum Unterschiede. Die Formuladiät wird nur bei Personen eingesetzt, die aus medizinischen Gründen kurzfristig Gewicht abnehmen sollen und einen BMI von ≥ 30 aufweisen.

Eine extrem einseitige Ernährungsform ist hierbei nicht empfehlenswert. Der Grund hierfür sind die hohen Risiken und die nicht gesicherten Langzeiterfolge dieser Diät-Form (Herpertz et al., 2011, S. 45-48).

Das vorgeschriebene Energieniveau sollte generell nicht niedriger als 1200 kcal/Tag sein (World Health Organization, 2000, S. 212).

Sehr kalorienarme Ernährung

Sehr kalorienarme Diäten (VLCDs) können über einen Zeitraum von 3 Monaten zu einer schnellen Gewichtsabnahme führen. Ein typischer Anwendungsfall ist zum Beispiel eine erforderliche Gewichtsabnahme vor einer Operation bei Patienten mit einem BMI >30 . Für eine langfristige Gewichtserhaltung sind sie jedoch nicht besonders förderlich. Heutzutage

bieten VLCDs in der Regel eine ketogene Ernährung an. Dabei handelt es sich um eine proteinreiche, fettreiche und kohlenhydratarme Ernährung mit einem akzeptablen Mindestenergiestandard von 800 kcal/Tag in Form von protein-, mineralstoff- und vitaminangereicherten Mahlzeiten oder Getränken.

Untersuchungen haben gezeigt, dass VLCDs mit einem Energieniveau von weniger als 800kcal/Tag keine größere Gewichtsabnahme bewirken und weniger akzeptiert werden als Diäten, die dieses Energieniveau liefern (World Health Organization, 2000, S. 213).

2.2.4.2 Körperliche Aktivität

Durch eine Steigerung der Bewegung erfolgt ein höherer Energieverbrauch und in Folge dessen eine negative Energiebilanz. Außerdem reduzieren sich die mit Adipositas assoziierten Krankheiten und die Lebensqualität wird erhöht. Eine Kombination aus Bewegungstherapie und energiereduzierter Ernährung ist für einen Lebensstilwandel mit einer Gewichtsabnahme eine ideale Voraussetzung.

Übergewichtige und adipöse Personen sollen zu mehr körperlicher Aktivität motiviert werden. Dabei sollte zusätzlich versucht werden, das Maß der Bewegung im Alltag zu steigern. Zudem muss sichergestellt werden, dass sie über keine Kontraindikationen verfügen. Für eine effiziente Gewichtsreduktion sollten Übergewichtige > 150 Min./Woche körperlich aktiv sein. Dabei sollte der Energieverbrauch zwischen 1200 bis 1800 kcal/Woche liegen. Nur das Durchführen von Krafttraining ist für eine Gewichtsreduktion nicht wirksam. Das erhöhte Maß an Bewegung dient nicht der Gewichtsabnahme, sondern danach auch zu einer Gewichtsstabilisierung. Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen realistische und verständliche Ziele festgelegt werden (Herpertz et al., 2011, S. 50f)

Die Kombination von Bewegung und Ernährung ist zur Förderung des Fettabbaus effektiver als jede der beiden Methoden alleine. Bewegung begrenzt neben dem Anteil des mageren Gewebes, das bei Schlankheitskuren verloren geht, auch die Gewichtszunahme. Körperliche Aktivität hingegen kann die Körperfettverteilung positiv beeinflussen. Körperliche Aktivität hat zahlreiche positive Auswirkungen, unabhängig von dem BMI und dem Alter der Person. Personen, die mindestens einmal pro Woche mäßig oder intensiv Sport treiben, haben seltener Diabetes mellitus oder kardiovaskuläre Erkrankungen, Hüftfrakturen und psychische Erkrankungen und weisen eine geringere Sterblichkeitsrate als diejenigen auf, die weniger aktiv sind.

Strategien für körperliche Betätigung sollten darauf abzielen, ein höheres Maß an Aktivitäten mit geringer Intensität zu fördern und die Freizeit, die in sitzenden Tätigkeiten verbracht wird, zu reduzieren. Bei übergewichtigen und adipösen Patienten müssen

individuell intensivere Bewegungsabläufe berücksichtigt werden. Atemnot und Muskel-Skelett-Probleme sind bei fettleibigen Menschen weit verbreitet und verhindern, dass die Betroffenen Sport treiben. Dieser Sport wäre für den Verbrauch einer beträchtlichen Menge Energie sehr hilfreich (World Health Organization, 2000, S. 213ff).

2.2.4.3 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen in einem Gewichtsreduktionsprogramm enthalten sein. Dabei kann es in einer Einzel- oder Gruppensitzung durchgeführt werden. Die entsprechende Intervention soll dabei auf den Patienten und die Situation abgestimmt sein. Dabei sollen unterschiedliche Elemente verwendet werden. Beispiele dafür sind:

- „Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Verzehrmenge, Bewegung)
 - Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle)
 - Stimuluskontrolle
 - Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)
 - Zielvereinbarungen
 - Problemlösetraining/Konfliktlösetraining
 - Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining
 - Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen)
 - Rückfallprävention
 - Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht
 - Soziale Unterstützung“
- (Herpertz et al., 2011, S. 53f)

Das Hauptziel der Verhaltenstherapie ist die Verbesserung des Niveaus der körperlichen Aktivität und der Essgewohnheiten, das heißt was, wo, wann und wie gegessen werden sollte. Die Verhaltensbehandlung gilt als wesentlicher Bestandteil eines angemessenen Programms zur Behandlung von Fettleibigkeit (World Health Organization, 2000, S. 215).

2.2.4.4 Medikamentöse Behandlung

Übergewicht und Adipositas werden vorrangig nicht medikamentös behandelt, da das Körpergewicht meist durch eine Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität verringert werden kann. Medikamente werden erst bei keiner oder unzureichender Gewichtsreduktion, obwohl eine Verhaltensänderung eingetreten ist, verwendet. Medikamente sollen nur in Verbindung mit einer Ernährungs-, Verhaltens- und

Bewegungstherapie angewendet werden. Bei einer Behandlung mit Medikamenten sollte diese nur weitergeführt werden, wenn mindestens zwei Kilogramm in dem ersten Monat abgenommen werden. Eine Pharmakotherapie kann angewendet werden, wenn ein BMI ≥ 28 kg/m² und ein zusätzlicher Risikofaktor und/oder Komorbiditäten vorhanden sind. Ein BMI von ≥ 30 kg/m² mit einer Gewichtsreduktion von < 5 % des Startgewichts binnen sechs Monate oder eine Gewichtszunahme von > 5 % während der sechs Monate können ebenfalls eine Pharmakotherapie rechtfertigen (Herpertz et al., 2011, S. 63).

Medikamente, die zur Gewichtskontrolle eingesetzt werden, unterstützen die Patienten bei der Einhaltung von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensänderungsmaßnahmen. Medikamente zur Gewichtskontrolle heilen Fettleibigkeit nicht. Eine Gewichtszunahme ist zu erwarten, wenn Medikamente wieder abgesetzt werden. Die medikamentöse Behandlung sollte als Teil einer langfristigen, auf den Einzelnen zugeschnittenen Managementstrategie für Fettleibigkeit betrachtet werden. Die mit der Medikamentenbehandlung verbundenen Risiken sollten gegen die Risiken einer anhaltenden Fettleibigkeit abgewogen werden.

Medikamente zur Gewichtskontrolle lassen sich allgemein gesehen in zwei Arten unterteilen, nämlich in solche, die auf das zentrale Nervensystem einwirken, um das Ernährungsverhalten, den Appetit und andere Mechanismen zu beeinflussen, und in solche, die peripher wirken und die auf das gastrointestinale System abzielen und die Absorption hemmen oder das Sättigungsgefühl verstärken (World Health Organization, 2000, S. 211-218).

2.2.4.5 Chirurgische Behandlung

Ist eine extreme Form der Adipositas „Adipositas Grad III (BMI ≥ 40 kg/m²) oder Adipositas Grad II (BMI ≥ 35 und < 40 kg/m²) mit erheblichen Komorbiditäten (z. B. T2DM)¹ oder Adipositas Grad I (BMI > 30 und < 35 kg/m²) bei Patienten mit T2DM (Sonderfälle)“ vorhanden und helfen die bisherigen Therapien nicht weiter, kann eine chirurgische Behandlung in Betracht gezogen werden. Ist der gesundheitliche Zustand einer Person sehr kritisch oder besteht die Annahme, dass die Therapien erfolglos bleiben werden, dann kann direkt ein chirurgischer Eingriff erfolgen. Das Ziel des Eingriffes ist es Komorbiditäten zu verringern und die Lebensqualität zu erhöhen. Andererseits müssen die Patienten über den Nutzen und die Risiken einer Operation in Kenntnis gesetzt werden (Herpertz et al., 2011, S. 66ff). Risiken im Zusammenhang mit einer Magenoperation sind Mikronährstoffmangel, Neuropathie, postoperative Komplikationen, "Dumping-Syndrom" und späte postoperative

¹ T2DM steht für Diabetes mellitus Typ 2

Depressionen. Es wurde jedoch angenommen, dass die meisten Komplikationen, die mit dieser Art von Operation verbunden sind, im Gegensatz zu den meisten anderen Operationen, mit Verhaltenstherapien behandelbar sind (World Health Organization, 2000, S. 223).

Vor einer Operation muss eine Evaluation über die „metabolische, kardiovaskuläre, psychosoziale und Ernährungssituation“ erfolgen. Existieren Kontraindikatoren wie,

- „instabile psychopathologische Zustände,
- konsumierende und neoplastische Erkrankungen,
- aktive Substanzabhängigkeit,
- eine unbehandelte Bulimia nervosa,
- chronische Erkrankungen wie Leberzirrhose,
- andere schwer gesundheitlich einschränkende Erkrankungen, welche sich durch den postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern können“

sollte keine Operation erfolgen. Wurde ein chirurgischer Eingriff vorgenommen sollen lebenslang Nachkontrollen erfolgen (Herpertz et al., 2011, S. 68).

Die Magenoperation gilt heute als die effektivste Methode, um bei schwer adipösen (BMI >35) und sehr stark adipösen (BMI >40) Personen Gewicht zu reduzieren und die Gewichtsabnahme aufrechtzuerhalten. Für die Behandlung von Fettleibigkeit stehen verschiedene Operationsverfahren zur Verfügung, die im Allgemeinen auf einer Einschränkung der Energiezufuhr, auf einer Malabsorption oder Verdauungsstörung der Nahrung oder auf einer Kombination aus beidem basieren (World Health Organization, 2000, S. 221).

2.3 Emotionales Essen und Übergewicht

2.3.1 Zusammenhang zwischen emotionalem Essen und Übergewicht

Emotionales Essen ist seit Jahrzehnten ein Kernthema der Erklärungen für Überernährung und Fettleibigkeit. Viele Studien verbinden mit dem Thema emotionales Essen ein höheres Risiko für Fettleibigkeit, obwohl nicht alle Studien in dieser Hinsicht konsistent sind. Ein Grund dafür kann sein, dass ähnlich wie bei Essstörungen, selten nur eine einzige Facette des Essverhaltens unabhängig von anderen berücksichtigt wird (Gibson, 2012, S. 457). Emotionales Essen ist zudem eine der frühesten theoretischen Überlegungen zu Fettleibigkeit. Jedoch enthielten diese Aspekte in ihren Theorien, die nun in Bezug auf gezügeltem oder von äußeren Faktoren bestimmtem Essen stehen. Diese werden inzwischen getrennt von emotionalem Essen betrachtet (Gibson, 2012, S. 453). Die Theorien des emotionalen Essens und verwandter Essgewohnheiten haben sich allmählich wie gerade eben erwähnt weiterentwickelt, sodass breitere Aspekte der Persönlichkeitstheorie berücksichtigt werden. Impulsivität und Belohnungsempfindlichkeit können hierfür als Beispiel genannt werden.

Dennoch ist der chronisch übermäßige Verzehr von energiereichen Lebensmitteln, wie es bei emotionalem Essen auftreten kann, ein Risikofaktor für die Gewichtszunahme und ist wahrscheinlich langfristig gesundheitsschädlich (Gibson, 2012, S. 457).

Das Vorhandensein von emotionalem Essen wurde mit einer Gewichtszunahme und einem höherem BMI in Verbindung gebracht. Ebenso wurde festgestellt, dass die Prävalenz von emotionalem Essen in übergewichtigen und fettleibigen Populationen höher ist, als bei Normalgewichtigen. So sind Personen, die essen, um mit negativen Einflüssen umzugehen, für Fettleibigkeit gefährdet. Während negative emotionale Essgewohnheiten mit einem höheren BMI assoziiert wurden, wurden positive emotionale Essgewohnheiten mit einem gesunden oder niedrigeren BMI assoziiert. Dennoch impliziert eine moderate Korrelation zwischen den beiden Konstrukten, dass beide Formen des emotionalen Essens bei einigen Individuen zusammen auftreten können. Ausgehend von dieser Überschneidung ist es plausibel, dass es Phänotypen mit unterschiedlichen Niveaus von positivem und negativem emotionalem Essen gibt. Diese Phänotypen können sich in Bezug auf Körpergewicht, Essstörungspsychopathologie und Emotionsregulationsproblem stark voneinander unterscheiden (Sultson & Akkermann, 2019, S. 2).

Bei anfälligen Personen kann das Essen einen kurzfristigen Effekt auf die Verringerung negativer Emotionen haben. Im Gegensatz dazu kann eine regelmäßige Verwendung des Essens zur Stimmungsverbesserung stark von der Eigenschaft abhängen, sich von negativen Emotionen abzulenken. Die offensichtliche Problematik bei emotionalem Essen

und der Gesundheit ist, dass es zu einer übermäßigen Energieaufnahme und letztlich zu Fettleibigkeit führen wird. Dazu wurde emotionales Essen bei normalgewichtigen und fettleibigen Kontrollpersonen verglichen. Emotionales Essen war bei fettleibigen Personen häufiger vertreten. In Umfragen von adipösen Individuen, die nicht an Gewichtsabnahmeprogrammen teilnahmen, waren die Berichte über emotionales Essen viel höher und auch höher als in Kontrollgruppen (Gibson, 2012, S. 453). Frühere Studien, die mindestens eine moderate Stichprobengröße hatten und Messungen zu dem emotionalen Essen als auch der Fettleibigkeit enthielten, berichteten typischerweise von einem höheren emotionalen Essen in adipösen oder übergewichtigen Gruppen (Gibson, 2012, S. 454).

Zudem haben einige Studien herausgefunden, dass emotionale Esser große Reaktionen auf Stress haben, die ihrerseits mit abdominaler Adipositas in Verbindung gebracht wurden, wenn auch nicht konsequent (Gibson, 2012, S. 457).

Emotionales Essen ist nach psychosomatischer Theorie bei adipösen Menschen häufiger anzutreffen und ist das Ergebnis von Lernerfahrungen aus einem frühen Lebensabschnitt, in dem Lebensmittel zur Bewältigung psychischer Probleme eingesetzt wurden (Larsen, van Strien, Eisinga, & Engels, 2006, S. 237). Wie bei allen psychischen Störungen werden die Phänomene in ihrem Wesen durch ein Zusammenwirken sozialer, psychischer und biologischer Bedingungen verursacht (Herpertz, Zwaan, & Zipfel, 2015, S. 4). Vor allem ist Depression mit einer Gewichtszunahme in Verbindung gebracht worden und kann ein Auslöser für emotionales Essen sein (Herpertz et al., 2015, S.547).

2.3.2 Programme zur Behandlung von Übergewicht und emotionalem Essen

Die Behandlung von emotionalem Essen als Teil eines Programms zur Gewichtsabnahme kann ein vielversprechender Weg sein, um Verhaltensinterventionen zu verbessern (Boutelle et al., 2018, S. 80). Allgemein waren Verringerungen des emotionalen Essens mit einer größeren Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Frauen verbunden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass emotionales Essen ein wichtiger Faktor ist, der bei der Behandlung von Adipösen identifiziert und bewertet werden muss (Goldbacher et al., 2012, S. 610). Die aktuellen Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass körperliche Auslösesymptome einen eindeutigen Einflussfaktor auf das emotionale Essen bei der Behandlung von übergewichtigen und fettleibigen Personen haben könnten, unabhängig von Gefühlen wie Angst, Depression oder Wut (Goldbacher et al., 2012, S. 613). Dennoch deuten die aktuellen Daten darauf hin, dass es wichtig ist, die Zusammenhänge des emotionalen Essens bei ähnlichen Stichproben vonbehandlungssuchenden Patienten

weiter zu verstehen, da die Variabilität des emotionalen Essens nicht durch die Variabilität des BMI erklärt zu werden scheint. Es ist nachvollziehbar, dass individuelle Unterschiede eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung von Fettleibigkeit spielen (Goldbacher et al., 2012, S. 614). Es ist notwendig sich dem gegenwärtigen Moment auf eine offene, akzeptierende und unvoreingenommene Weise bewusst zu machen. Es verbessert die Fähigkeit interne Signale (zum Beispiel Hunger und Sättigung) zu erkennen und hilft, gesündere Entscheidungen zu treffen. Insgesamt scheinen akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Interventionen wirksam zu sein, um Gewichtsselbststigmatisierung, ungesunde Essgewohnheiten (zu denen emotionales Essen zählt), Körperbildanliegen und psychische Belastungen zu reduzieren und gleichzeitig die körperliche Aktivität, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen und sogar die Gewichtsabnahme zu fördern (Palmeira et al., 2017, S.11).

Boutelle et al. haben ein Programm namens PEER (Preventing Emotional Eating Routines) für übergewichtige und fettleibige Jugendliche und ihre Eltern entwickelt, das Emotionsregulationsfähigkeiten mit verhaltensbasierter Gewichtsabnahme und Erziehungstechniken verbindet. Das PEER-Programm wurde gut angenommen. Die erste Wirksamkeit zeigte signifikante Rückgänge beim emotionalen Essen, und es gab Tendenzen zur Gewichtsabnahme und eine Abnahme der Emotionsdysregulation (Boutelle et al., 2018, S. 79).

Die Ergebnisse einer Pilotstudie von Roosen, Safer, Adler, Cebolla, & van Strien zeigen, dass eine DBT-Gruppentherapie, gezielt angewendet bei fettleibigen Personen, erfolgreich bei der Reduzierung des emotionalen Essens und anderer Marker der Ernährungspsychopathologie war und sogar mit der Reduzierung des Körpergewichts sowohl bei der Nachbehandlung, als auch bei dem sechs monatigen Follow-up verbunden war. Zudem kann DBT auch bei einem großen Prozentsatz von adipösen Menschen ohne Binge Eating Disorder, die einen hohen Grad an emotionalem Essen erfahren zur Gewichtserhaltung oder Gewichtsabnahme führen (Roosen, Safer, Adler, Cebolla, & van Strien, 2012, S. 1145).

Das PEER-Programm beinhaltet unter anderem die DBT. Insgesamt umfasste es vier Hauptkomponenten der Behandlung: DBT zur Unterstützung der Emotionsregulation, familienbasierte Therapie (FBT) zur Gewichtsabnahme, Verhaltenstraining zur Förderung der Einhaltung von DBT- und FBT-Fähigkeiten und Emotionsfokussiertes Elterntaining zur Bereitstellung von Emotion-fokussierter Elternschaft zur Unterstützung des Jugendlichen (Boutelle et al., 2018, S.84). Das PEER-Programm wurde gut angenommen. Die ersten Wirkungen waren signifikante Rückgänge beim emotionalen Essen, und es gab Tendenzen

zur Gewichtsabnahme und eine Abnahme der Emotionsdysregulation (Boutelle et al., 2018, S.79).

Eine andere Studie befasste sich mit den mittelfristigen Auswirkungen eines 3-wöchigen Entspannungs-Trainingsprogramms, das durch eine virtuelle Realität erweitert und von tragbaren MP3-Spielern unterstützt wurde, auf emotionales Essverhalten, Angst, Depression und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit für die Esskontrolle bei Frauen mit Fettleibigkeit, die in ein stationäres Programm aufgenommen wurden (Manzoni et al., 2009, S.1427).

Postinterventions-Ergebnisse zeigen, dass sich die wahrgenommene Selbstwirksamkeit für Esskontrolle und Depressionen in der virtuellen Realität und in imaginären experimentellen Gruppen ohne signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen deutlich verbessert hat. Angesichts der Endbewertungen im Krankenhaus wurden emotionale Ess-Episoden offensichtlich zurückgesetzt und das Gewicht innerhalb aller drei Gruppen (Virtuelle Realität, imaginativer Zustand und Kontrollzustand) signifikant reduziert, ohne signifikante Unterschiede zwischen ihnen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Entspannungstraining, durch virtuelle Realität und mobile MP3-Spieler, eine nützliche Technik, bei der Behandlung fettleibiger Frauen mit emotionalem Essen, sein kann. Beide Entspannungsprotokolle waren auch wirksam bei der Verbesserung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zur Ernährungskontrolle, sowohl am Ende der Behandlung als auch bei dem Follow-up. Tatsächlich berichteten die behandelten Probanden nach 3 Monaten über deutlich weniger emotionale Essanfällen im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Manzoni et al., 2009, S.1429 f).

3. Studie Emotionales Essen und Übergewicht

3.1 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen des Leitfrageninterviews dargestellt. Dabei wird als erstes das Erhebungsinstrument vorgestellt. Anschließend gibt es Angaben zur Erstellung des Interviewleitfadens und zur Auswahl der Interviewteilnehmer. Es folgt die Vorgehensweise bei der Datenerhebung, Datenaufbereitung und der Datenauswertung.

3.2 Erhebungsinstrument

Studien können quantitativ oder qualitativ durchgeführt werden. Um die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit zu beantworten, bietet sich ein qualitatives Design an. Die gewählte Stichprobengröße bezieht sich auf wenige Untersuchungseinheiten, wie es bei qualitativen Studien immer der Fall ist. Als Erhebungsinstrument wurde der Interviewleitfaden ausgewählt. „*Leitfadeninterviews* sollte man führen, wenn der theoretische Hintergrund (...) detailliertes Wissen „zur Person“ verlangt (...) oder zur Situation, in der gehandelt wird (...)“ (Meyen, Löblich, Pfaff-Rüdiger, & Riesmeyer, 2019). Beim Thema emotionales Essen wird detailliertes Wissen zur Person verlangt. Die Person soll über ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse berichten. Dieses ist individuell unterschiedlich und kann von Person zu Person variieren. Deswegen wurde ein Einzelinterview ausgewählt. So hat die interviewte Person mehr Zeit, über sich zu berichten, steht dabei alleine im Mittelpunkt und kann von persönlichen Situationen erzählen.

3.3 Erstellung Interviewleitfaden und Auswahl der Interviewteilnehmer

Der Interviewleitfaden wurde selbst erstellt. Dabei wurde, sowohl mit dem betreuenden Professor, als auch mit der Betreuerin im Betrieb, Rücksprache gehalten und der Fragebogen entsprechend angepasst.

Um dem Anspruch einer angemessenen Länge gerecht zu werden, wurden für den Fragebogen acht Fragen entwickelt. Die Beantwortung dieser dauert etwa fünf bis zehn Minuten.

Bei jedem Fragebogen werden drei Schritte durchlaufen. Zu Anfang folgt die „Festlegung der Themen“. Wenn die Themen festgelegt sind, folgt die „Operationalisierung“. Gemeint ist damit, die Ausarbeitung von Hauptfragen, sowie Unterfragen. Der letzte Schritt ist die „Komposition“. In diesem Schritt wird die Reihenfolge der Fragen bestimmt (Meyen et al., 2019).

Die Befragten werden zunächst langsam an das Thema herangeführt. Dazu wird emotionales Essen zuerst definiert. Im Anschluss werden die Teilnehmer dann gefragt, ob sie Ähnliches von sich selbst kennen. Mithilfe dieser Frage wird beurteilt, ob die Person für die Teilnahme an der Studie geeignet ist. Wenn diese Frage bejaht wurde, wird genauer ins Detail gegangen. Die Befragten sollen sich an die letzte Situation erinnern, in der sie durch Gefühle geleitet gegessen haben. Es wird daraufhin nach weiteren Situationen gefragt. Dabei ist interessant zu sehen, ob eher aus positiven oder aus negativen Gefühlen gegessen wird. Nachdem den Interviewten ihre letzten Situationen vor Augen geführt wurden, wird ihnen nun die Forschungsfrage gestellt. Für die spätere Entwicklung von Strategien, ist es wichtig herauszufinden, was genau Betroffenen hilft, um nicht zum Essen zu greifen. Es erfolgt der Bezug zum medicum Hamburg. Einige von den Teilnehmern haben dieses Thema bereits entweder in der Ernährungsberatung oder in der psychotherapeutischen Betreuung angesprochen. Entscheidend ist, was die Befragten daraus mitgenommen haben. Wenn sie nichts mitgenommen haben, ist es, vor allem für das medicum Hamburg, nützlich zu wissen, woran das gelegen hat. Hilfreich ist es zudem zu wissen, wie erfolgreich sie die Ernährungsberatung fanden. Hier kann festgestellt werden, wo noch Verbesserungsbedarf besteht. Um den Erfolg zu überprüfen wird quantitativ nach dem Gewicht zu Anfang der Beratungen und nach dem derzeitigen Gewicht gefragt. Hiermit endet der Fragebogen.

Es ist ein Interviewleitfaden. Dennoch wurde sich nicht strikt an die Reihenfolge gehalten. Je nach Gesprächsablauf kann die Abfolge der Fragen variieren. Es wurden jedoch alle Fragen gestellt.

Die Interviewteilnehmer wurden von einem Gatekeeper, in diesem Fall dem medicum Hamburg, vermittelt. Als erstes wurde mit den Ernährungsberatern der Praxis gesprochen. Es erfolgte eine theoretische Auswahl. Die Berater überlegten sich, welche Patienten für die Beantwortung der Forschungsfrage in Frage kommen. Die Befragten mussten zwei Voraussetzungen erfüllen. Zum einen muss angegeben werden, dass sie aus emotionalen Gründen essen und zum anderen müssen sie in der Vergangenheit, wenn sie es nicht weiterhin sind, übergewichtig gewesen sein. Andere Einschlusskriterien gab es nicht. Die Ernährungsberater haben mir die von der Praxis intern zugeordneten Patientennummer zukommen lassen. Dort konnte mithilfe des internen Systems genaueres über die Patienten in Erfahrung gebracht werden. Ich habe eine Exceltabelle mit zusätzlichen Informationen erstellt, wie zum Beispiel, ob die Patienten auch in der psychotherapeutischen Betreuung sind oder waren. Zusätzlich wurden die Telefonnummern ermittelt und aufgeschrieben. Der Zugriff auf diese Datei war nur direkt im medicum Hamburg möglich. Der Reihe nach

wurden die vorgeschlagenen Personen angerufen. Die Personen, die erreicht wurden und für die Studie zugesagt haben, wurden die Interviewteilnehmer. Es wurde versucht potentielle Teilnehmer solange anzurufen bis eine theoretische Sättigung erreicht wurde. Das heißt, es wurden solange Personen angerufen, bis keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen wurden (Meyen et al., 2019). Die Stichprobe ist im Rahmen der Bachelorarbeit angemessen. Zu berücksichtigen ist die zeitlich begrenzte Bearbeitungsphase. Eine größere Stichprobe hätte mehr Zeit erfordert. Zudem kamen in den letzten Interviews keine ausschlaggebenden neuen Erkenntnisse hinzu.

3.4 Datenerhebung

Wie bereits bei der Auswahl der Interviewteilnehmer erwähnt, wurden die Personen direkt aus dem medicum Hamburg angerufen. Es erfolgte eine kurze Vorstellung meinerseits, wer ich bin, worum es in dieser Studie geht, in welchem Entstehungskontext die Studie entstand und die ungefähre Dauer der Befragung. Wenn die Personen zugesagt haben, wurden sie gefragt, wann es ihnen zeitlich am besten passt das Interview zu führen. Zur Auswahl stand die persönliche Befragung im medicum Hamburg oder am Telefon durchzuführen. Durch diese Auswahl sollte sichergestellt werden, dass potentielle Teilnehmer durch den Anreiseweg zur Praxis nicht abgeschreckt werden. Nicht alle Patienten wohnen in Hamburg und durch die Vorauswahl konnte die Distanz berücksichtigt werden. Danach wurde ein passender Termin vereinbart. Einige Interviews wurden direkt nach dem Informationsgespräch geführt.

Jeder Teilnehmer hat ein Informationsschreiben erhalten. Darin wurde alles Wichtige noch einmal zusammengefasst. Dieses konnten sie auch behalten.

Vor dem jeweiligen Interview wurden die Teilnehmer erneut über die wichtigsten Themen unterrichtet, gefolgt von der Frage, ob es für sie in Ordnung sei, das Gespräch aufzuzeichnen. Bei den persönlichen Interviews war eine Aufnahme leicht möglich. Das Diktiergerät wurde auf den Tisch gestellt. Zu Beginn des Interviews wurde die Aufnahme gestartet und zum Ende wieder beendet. Bei den telefonischen Interviews gestaltete sich die Aufnahme zu Beginn etwas schwieriger und es musste erst überlegt werden, welche Möglichkeiten bestehen. Durch die Lautsprecherfunktion wurde dieses Problem gelöst. Es erfolgte ein Probedurchlauf, um zu überprüfen, ob das Gesagte auf der Aufnahme zu verstehen ist.

Nach den Probedurchläufen wurden die eigentlichen Interviews mit den zu Befragenden durchgeführt und gleichzeitig aufgenommen.

Am Ende des Interviews wurde auf die Teilnahmeerklärung eingegangen. Bestehende Fragen wurden geklärt und die Erklärung unterschrieben.

3.5 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Jeder Teilnehmer hat eine Zuordnung bekommen. Es wurde das Wort Patient (Pat.) vergeben und eine Nummer verteilt. Die Interviews wurden anhand der Aufnahme transkribiert. Das Niedergeschriebene sollte dabei so formuliert sein, „dass andere keine Probleme beim Lesen haben“ (Meyen et al., 2019). Dabei wurde auf Füllwörter wie zum Beispiel äh, hm oder dergleichen verzichtet. Unverständliche Passagen wurden mit einem (?) markiert. Pausen oder längere, redefreie Abschnitte wurden entsprechend hervorgehoben.

Die Datenaufbereitung und Datenauswertung erfolgte mit der Analysesoftware MAXQDA. Die Transkripte wurden analysiert und mit Codes versehen. Diese Codes wurden im Anschluss sortiert und mit den interviewten Personen in Verbindung gesetzt.

4. Eigene Reflexion der Interviews

Ich habe kein Problem damit, auf andere Personen zuzugehen. Trotzdem ist ein Interview nochmal etwas ganz anderes. Dadurch, dass ich die Patienten auf dem Handy oder zu Hause angerufen habe, bin ich stark davon ausgegangen, dass sie gestresst sind, sich genervt fühlen oder dergleichen, wenn ich sie anrufe. Ich bin nicht davon ausgegangen, dass sie mir interessiert zuhören. Das ich vom medicum Hamburg aus angerufen habe, hat mir das wahrscheinlich den Einstieg um einiges erleichtert. Da alle von Ihnen schon einmal in der Praxis waren oder teilweise noch dort in Behandlung sind, wissen sie, dass es die Institution wirklich gibt. Bei Nachfragen hätten sie diese auch direkt im medicum Hamburg klären können. Ich bin davon ausgegangen, dass mir jeder zweite, den ich anruf, direkt eine Absage gibt und das Interview gar nicht erst mit mir führen möchte. Zu meiner Überraschung waren alle Personen, die ich erreicht habe, sehr freundlich und offen gegenüber meiner Studie. Nur eine Patientin hat mir direkt am Telefon abgesagt. Die anderen wollten sehr gerne teilnehmen. Vor allem die erste Patientin, die ich angerufen habe, war sehr positiv eingestellt, dass es mir direkt leichter gefallen ist, weitere Personen anzurufen. Es hat mich am Anfang Überwindung gekostet, mit den Anrufen zu starten, da ich von einer negativen Einstellung ausgegangen bin. Nachdem ich das erste Telefonat

geschafft hatte, war ich bestärkt, direkt weiter anzurufen. Daraufhin sind mir die weiteren Telefonate auch leichter gefallen. Am Ende habe ich überhaupt nicht mehr darüber nachgedacht, wie die Reaktion am Telefon sein könnte. Vor dem ersten Interview war ich ein bisschen aufgeregt. Ich war mir nicht sicher, ob ich mir die Fragen gut überlegt hatte, ob der Ablauf harmonierte oder ob ich wichtige Informationen oder Fragen außen vor gelassen hatte. Ich wusste nicht, wie ich reagiere, wenn die Person mir gegenüber zu viel redet oder im Gegenteil nur einsilbig oder sehr kurz antwortet. Auch war mir nicht klar, wie viel Zeit ich meinem Gegenüber zum Antworten geben sollte. Ich kann nachvollziehen, dass man spezielle Schulungen für qualitative Interviews braucht. Es erfordert Feingefühl und es ist nicht einfach, das Gesagte nicht zu bewerten im Sinne von Kommentaren wie „das freut mich“ oder „das ist ja schade“. Dennoch muss auf die Person eingegangen werden und es ist notwendig, den Befragten durch die Fragen zu leiten. Beim ersten Interview habe ich vergessen, bei einer Antwort genauer nachzuhaken beziehungsweise genauer nachzufragen. Im Nachhinein sind mir noch Punkte eingefallen, die ich hätte konkretisieren können. Je öfter und je mehr Interviews ich geführt habe, desto sicherer wurde ich und lernte besser einzuschätzen, bei welchen Fragen ich nochmal nachhaken musste, da der Interviewte zu wenig preisgab. Ich habe mehr Zeit für die Interviews eingeplant, als sie tatsächlich gedauert haben. Alle telefonischen Interviews waren viel schneller durchgeführt als die persönlichen. Rückblickend muss ich sagen, dass ich die persönlichen Interviews besser fand. Das miteinander war ein ganz anderes als das am Telefon. Ich konnte überprüfen, ob das Gesagte mit der Körperhaltung und der Mimik übereinstimmt. Die Personen haben sich wirklich Zeit genommen, alles ausführlich zu erzählen, ohne zum nächsten Termin zu hetzen. Die telefonischen Interviews hingegen waren logisch gesehen „einfacher“ durchzuführen. Wir haben uns auf einen Zeitpunkt geeinigt oder haben das Interview direkt im Anschluss geführt. Die Personen mussten keinen zusätzlichen Weg auf sich nehmen und ich konnte mich zeitlich nach ihnen richten. Zusammenfassend kann ich sagen, dass ich durch das Führen der Interviews viele positive Erfahrungen sammeln konnte. Dennoch kann ich mir nicht vorstellen, Interviews dieser Art tagtäglich zu führen. Positiv zu erwähnen ist, wie wichtig das Thema der Befragung einigen Patienten ist. Sie zeigten Interesse an den Ergebnissen der Befragung und den möglichen Strategien, welche das medicum Hamburg aufgrund der Ergebnisse entwickeln könnte. Daran lässt sich die Relevanz der Thematik erkennen.

5. Ergebnisse

Insgesamt wurden vierzehn Personen interviewt. Darunter waren zehn Frauen und vier Männer. Es wurde versucht genauso viele Männer, wie Frauen zu befragen. Das war allerdings nicht möglich, da es deutlich mehr weibliche, als männliche, übergewichtige Patienten mit emotionalem Essverhalten in der Ernährungsberatung im medicum Hamburg gibt. Die erste Kontaktaufnahme fand am 15.07.2019 statt. Das erste Interview wurde am selben Tag durchgeführt. Das letzte Interview wurde am 12.08.2019 geführt. Insgesamt dauerten die Interviews zwischen 02:45 Minuten und 13:47 Minuten. Davon waren drei Interviews persönlich und elf telefonisch.

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
Ja	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Abbildung 2: Emotionale Esser

Direkt am Anfang des Interviews gab es eine Definition von emotionalem Essen. Um an der Studie teilnehmen zu können, musste die erste Frage mit ja beantwortet werden. Die Befragten mussten sich mit der Definition identifizieren. Das war bei allen Teilnehmern der Fall, wie man in *Abbildung 2* sehen kann. Ansonsten hätte ich das Interview an dieser Stelle beendet und nach weiteren Kandidaten Ausschau gehalten.

5.1 Situationen, aus denen emotional gegessen wird

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
Verfügbarkeit										■		■		■
Trauer									■					
Ärger						■	■							
Traurigkeit					■							■		
Urlaub				■									■	
Einsamkeit			■		■						■			
Frust		■	■		■	■						■		
Belohnung	■							■		■			■	
Stress	■						■			■	■			■
Langeweile	■		■									■		

Abbildung 3: Gründe für emotionales Essen

Nachdem geklärt wurde, dass die Interviewten gefühlsgeleitet essen, wurde nach entsprechenden Situationen gefragt. Am häufigsten wurden Stress und Frust genannt. Dicht gefolgt von Belohnung. Auch Langeweile, Einsamkeit und die Verfügbarkeit wurden genannt. Die Verfügbarkeit bezieht sich auf das Vorhandensein bestimmter Lebensmittel, die dazu verleiten, mehr oder häufiger zu essen. Beispiele wären Süßigkeiten in der Büroschublade oder im Wohnzimmerschrank. Ärger, Traurigkeit und Urlaub wurden am zweitwenigsten genannt. Eine Person hat aus Trauer gegessen. In *Abbildung 3* kann man

zusätzlich zu diesen Informationen noch sehen, welche Situationen bei welchen Personen auftauchen. Dafür stehen auf der x-Achse die Patienten und auf der y-Achse die Situationen. Es können auch mehrere Situationen auf eine Person zutreffen. Pat. 1 isst beispielweise aus Stress, Langeweile und als Belohnung. Auf der anderen Seite isst Pat. 9 nur aus Trauer. Im Schnitt werden ein bis vier Situationen genannt. Die Größe der Kästchen ist bei allen Patienten und Situationen gleich groß. Das heißt, dass das Wort nur einmal in dem Interview gefallen ist.



Abbildung 4: Gemeinsame Nennung

In *Abbildung 4* ist dargestellt, welche Situationen gemeinsam genannt wurden. Dabei stehen auf der x- und y-Achse genau die gleichen Wörter. Es gibt zwei Punkte, bei denen es eine Übereinstimmung gibt. Stress wurde einmal zusammen mit Ärger genannt. Traurigkeit und Frust wurden auch einmal zusammen erwähnt.

5.2 Alternativen zum emotionalen Essen

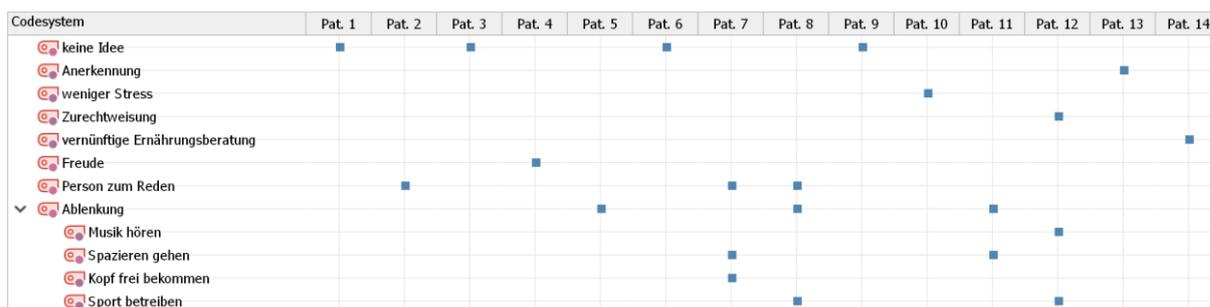


Abbildung 5: Alternativen zum emotionalen Essen

Die Patienten wurden gefragt, was ihnen in einer der Situationen helfen könnte, besser mit ihren Emotionen oder Gefühlen umzugehen. Vier der Befragten hatten keine Idee, was ihnen anstelle des Essens sonst helfen könnte, besser mit dem Gefühl oder der Situation umzugehen. Drei Personen berichteten, dass ihnen ein Ansprechpartner helfen würde. Dabei handelt es sich um eine Person, mit der sie über das Geschehene reden können. Genauso wurde drei Mal erwähnt, dass eine Ablenkung hilfreich wäre. Beispiele, die für Ablenkungen genannt wurden, sind Musik hören, spazieren gehen, den Kopf frei

bekommen oder Sport betreiben. Einem Patienten würde es ausreichen, für seine Arbeit Anerkennung zu bekommen. Einem anderen Befragten würde es helfen, weniger Stress zu haben. Einer anderen Person würde es reichen, zu einem früheren Zeitpunkt eine unterstützende Ernährungsberatung gehabt zu haben. Pat. 12 hätte sich eine Zurechtweisung gewünscht. Die Person hatte als Beispiel Männchen genannt, die auf der Schulter sitzen und jeden Schritt bewerten. Ein anderes Beispiel für diesen Punkt war, Elektroschocks zu verteilen, wenn versucht wird emotional zu essen. Das wäre ein Signal nichts zu essen und das Verhalten sofort zu beenden.

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
☐ Schwere Umsetzung					■			■				■		

Abbildung 6: Umsetzung der Alternativen

Auch wenn Alternativen bekannt sind, haben drei Patienten, Pat. 5, Pat. 8 und Pat. 12 beim Interview hervorgehoben, dass die Umsetzung nicht immer leicht, sondern eher schwer ist. Zu dem identischen Punkt wurde zu bedenken gegeben, dass die Umsetzung nicht in jeder Situation möglich ist.

5.3 Mitnahme aus den Beratungen

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
☐ Alternativen finden												■	■	
☐ in Ruhe essen										■				
☐ Reinspielen der Psyche				■										
☐ gute Ernährungsumstellung													■	
☐ Umsetzung														■
☐ Mitbestimmung													■	
☐ nichts herausgekommen	■	■												
☐ wurde angeschnitten					■	■	■	■						
☐ wurde nicht angesprochen		■			■	■	■	■	■					

Abbildung 7: persönliche Mitnahme aus den Beratungen

Wenn das emotionale Essen in der Ernährungsberatung oder psychotherapeutischen Betreuung angesprochen wurde, was genau haben die Befragten mitgenommen? Sechs Teilnehmer, in diesem Fall Pat. 2, Pat. 5, Pat. 6, Pat. 7, Pat. 8 und Pat. 9, haben das Thema emotionales Essen weder in der Ernährungsberatung, noch in der psychotherapeutischen Betreuung angesprochen. Pat. 8 hat einmal geäußert, dass es nicht angesprochen, aber angeschnitten wurde. Im ersten Moment mag diese Aussage nach einem Widerspruch klingen. Gemeint ist, dass das emotionale Essen in der psychotherapeutischen Betreuung nicht angegangen wurde, dafür allerdings in der Ernährungsberatung angeschnitten wurde. Für zwei Interviewte ist bei dem Thema herausgekommen, dass sie eigenständig Alternativen finden müssen. Für Pat. 10 hat sich herausgestellt, dass er in Ruhe essen muss. Pat. 4 wurde klar, dass die Psyche bei dem kompletten Thema eine große Rolle spielt. Pat. 14 hat mitgenommen, sich gut an die Absprachen aus den

Ernährungsberatungen halten zu können. Für Pat. 13 ist herausgekommen, dass bereits eine gute Ernährungsumstellung erfolgt ist und dass dennoch auch mitbestimmt beziehungsweise bestimmt werden darf, was sich in Maßen genehmigt wird. Für zwei Teilnehmer ist nichts bei der Beratung oder der psychotherapeutischen Betreuung herausgekommen.

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
Schalter umlegen	■													
Medizincheck													■	
Umgang mit Situationen						■								
keine genaue Benennung	■											■		

Abbildung 8: Verbesserungsvorschläge für die Beratung

Die Teilnehmer wurden gefragt, falls sie nichts aus der Beratung mitnehmen konnten, was ihnen gefehlt hat. Pat. 1 konnte nichts Konkretes benennen. Die Person begründete, dass ein Schalter umgelegt werden muss und dieser nur von der eigenen Person umgeschaltet werden kann. Pat. 12 konnte ebenfalls keine genaue Benennung abliefern.

Pat. 6 hätte sich genau das Thema gewünscht, wie mit Situationen für das emotionale Essen umgegangen wird. Pat. 13 hingegen hätte sich einen umfassenderen medizinischen Checkup gewünscht.

5.4 Bewertung der Beratung im Hinblick auf den Erfolg

Codesystem	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5	Pat. 6	Pat. 7	Pat. 8	Pat. 9	Pat. 10	Pat. 11	Pat. 12	Pat. 13	Pat. 14
sehr guter Erfolg		■	■	■					■		■			■
guter Erfolg							■							
mittelmäßiger Erfolg												■		
kein Erfolg	■				■	■		■		■				

Abbildung 9: Erfolg

An dieser Stelle sollten die Befragten die Beratung im Hinblick auf den Erfolg bewerten. Dabei konnten sich vier Kategorien herauskristallisieren. Keinen Erfolg nahmen Pat. 1, Pat. 5, Pat. 6, Pat. 8 und Pat. 10 war. Pat. 12 empfand den Erfolg als mittelmäßig. Für Pat. 7 gab es einen Erfolg und die Beratung wurde als gut eingestuft. Für die Pat. 2, Pat. 3, Pat. 4, Pat. 9, Pat. 11 und Pat. 14 gab es ebenfalls einen Erfolg und die Beratung wurde als sehr gut bewertet. Pat. 13 hat die Frage nicht direkt beantwortet. Durch seine Erzählung stellte sich heraus, dass er mit der Beratung zufrieden war und es einen kleinen Erfolg bei ihm gab.

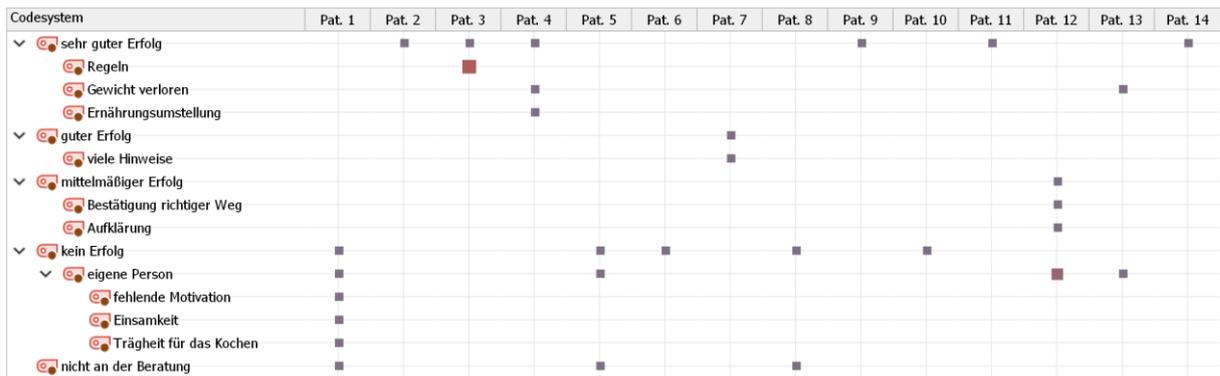


Abbildung 10: Erfolg mit Unterpunkten

Abbildung 10 konkretisiert den Erfolg. Bei denen, die keinen Erfolg verspürt haben, haben Pat. 1, Pat. 5 und Pat. 8 gesagt, dass es nicht an der Ernährungsberatung an sich lag. Pat. 1 und Pat. 5 waren sich einig, dass es an der eigenen Person liegt. Zu diesem Punkt haben sich auch Pat. 12 und 13 bekannt. Pat. 1 wurde genauer und berichtete, dass die Motivation fehlt, eine Trägheit für das Kochen vorhanden ist und die Einsamkeit nicht zum gewünschten Ziel beitragen. Pat. 12 hat die Bestätigung bekommen, dass er auf dem richtigen Weg ist und wurde entsprechend über einzelne Themen genauer aufgeklärt. Pat. 7 geht es ähnlich. Er schildert, dass er viele Hinweise erhalten hat. Von den Patienten, die die Beratung sehr gut fanden, haben zwei Personen, dieses genauer begründet. Pat. 3 hat öfters erwähnt, wie wichtig ihm Regeln sind. Deswegen ist das Kästchen auch größer als die anderen. Die Größe gibt die Anzahl der Nennungen wieder. Pat. 4 belegt den Erfolg daran, dass er Gewicht verloren hat und seine Ernährung umgestellt hat.

5.5 Gewichtsverlauf

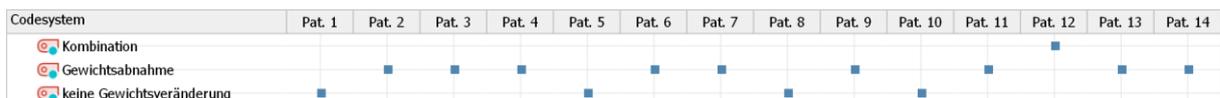


Abbildung 11: Gewichtsverlauf

Bei Pat. 1, Pat. 5, Pat. 8 und Pat. 10 hat sich das Gewicht seit Anfang der Beratung bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht verändert. Pat. 2, Pat. 3, Pat. 4, Pat. 6, Pat. 7, Pat. 9, Pat. 11, Pat. 13 und Pat. 14 haben alle seit Beginn der Ernährungsberatung Gewicht abgenommen. Bei Pat. 12 gab es eine Mischung aus beidem. Erst wurde Gewicht abgenommen und seitdem bleibt es gleich.

6. Diskussion

Alle Personen, die befragt wurden zählen sich selbst zu emotionalen Essern. Dabei sind die Situationen aus denen emotional gegessen wird teilweise identisch, teilweise unterscheiden sich diese dennoch. Der Großteil der Teilnehmer isst aufgrund von negativen Gefühlen. Nur Pat. 4 isst aufgrund von positiven Gefühlen und das im Urlaub. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass ein anderes Essverhalten im Urlaub nicht ungewöhnlich ist. Die Schnittstelle hierzu ist die Belohnung. Auch diese wurde von vier Personen genannt. Im Vergleich zur Literatur stellt sich ebenfalls das negative Essen deutlich in den Vordergrund. Es gibt Studien, die sich mit positivem, emotionalem Essen auseinandersetzen, die Mehrheit beschäftigt sich dennoch mit dem negativen Aspekt. Das könnte daran liegen, dass sich bei der Definition von emotionalem Essen, der negative Aspekt durchgesetzt hat. Die Berücksichtigung des positiven, emotionalen Essens kommt wiederum immer mehr. Es liegt nahe, dass sobald zum Beispiel Süßigkeiten vorhanden und nicht weit entfernt sind, diese dann eher konsumiert werden. Im Gegensatz dazu wird weniger auf Süßigkeiten zurückgegriffen, wenn sich eine Person erst auf den Weg zum Kiosk oder dem Supermarkt machen müsste. An dieser Stelle müssten die Kosten und der Aufwand gegeneinander abgewogen werden.

Bei der Nähe der Nennung ist es nicht verwunderlich, dass Stress und Ärger nah beieinander liegen. Diese beiden Situationen gehen meistens in einander über. Die Beziehung zwischen Traurigkeit und Frust liegt nicht so nahe. Wenn eine Person frustriert ist, heißt das nicht unbedingt, dass diese dadurch traurig ist.

Vier Personen ist bei dem Interview keine Alternative zum emotionalen Essen eingefallen. Eine Hypothese vor Beginn der Befragung war, dass mindestens einer Person keine Alternative einfallen wird. Diese Hypothese hat sich bestätigt. Dazu muss erwähnt werden, dass die Nachdenkphasen zu der Frage nicht lang waren. Zudem haben die Personen die Fragen beim Interview das erste Mal gehört. Sie haben diese nicht vorher gesehen, um sich entsprechend vorbereiten zu können. Eine weitere Vorabhypothese war, dass Alternativen zum emotionalen Essen Ablenkungen in allen möglichen Formen sind. Diese wurden von einigen Teilnehmern genannt und zum Teil präzisiert. Offensichtlich ist, dass wenn eine Person Stress hat, in so einer Situation am ehesten weniger Stress helfen würde, um nicht emotional zu essen. Wobei sich hier die Frage stellt, wie dieses am besten erreicht werden kann. Stressbewältigungsstrategien wären eine gute Option. Die entsprechende Effektivität müsste durch Studien in Erfahrung gebracht werden. Alle Vorschläge, die von den befragten Personen genannt wurden, sind positiv assoziiert. Das ist in diesem Fall auch schlüssig, weil emotionales Essen mit einer negativen Einstellung betrachtet wird. Es wurde

berichtet, dass sich die Personen im Anschluss daran geärgert haben, zu zum Beispiel den Süßigkeiten gegriffen zu haben. Ein offenes Ohr hingegen kann die komplette Situation von außen betrachten und das Wahrgenommene in Worte fassen. Dadurch kann die Person aus dem Tunnelblick geraten und das Geschehene aus einer anderen Perspektive betrachten. In eine ähnliche Richtung geht der Punkt Zurechtweisung. Nur das an dieser Stelle eine außenstehende Person nicht nur reflektieren, sondern aktiv in das Geschehen eingreifen soll. Dabei muss es nicht zwangsläufig eine Person sein, als Beispiel wurden Elektroschocks genannt. In diesem Zusammenhang wäre es ein Lernprozess, der letztendlich dazu führen würde, dass die Tätigkeit nicht ausgeführt wird. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass das eine extreme Alternative wäre.

Den Teilnehmern sind, bis auf wenige Ausnahmen, alternative Handlungen bekannt. Die Theorie in die Praxis umzusetzen ist nicht unbedingt einfach. Diesen Punkt haben auch einige Befragte hervorgehoben. Das heißt, es müssen Alternativen gefunden werden, die auf jede Situation anwendbar sind.

Überraschend war, dass fast die Hälfte der Patienten das emotionale Essen weder in der Ernährungsberatung noch in der psychotherapeutischen Betreuung angesprochen haben. Mit diesem Resultat wurde nicht gerechnet. Eine Person hat dieses Thema wenigstens angeschnitten. Dadurch ist es begründet, dass sich Pat. 4 thematisch den Umgang mit solchen Situationen gewünscht hätte, genau wie Pat. 1, der gerne gewusst hätte, wie man den inneren Schalter umlegt.

Eine Annahme war, dass wenn ein Erfolgserlebnis eintritt, dass die Ernährungsberatung als hilfreich bewertet wird. In Relation zu diesem Punkt wurde das Gewicht als Erfolgsvariable hinzugezogen. Die Hypothese wurde von allen bis auf Pat. 6 bestätigt. Pat. 6 verspürte keinen Erfolg, obwohl eine Gewichtsabnahme stattgefunden hatte. Das erscheint widersprüchlich. An dieser Stelle müsste konkreter nachgefragt werden, warum kein Erfolgserlebnis trotz Gewichtsabnahme eintrat. Ähnlich ging es Pat. 12, wobei die Aussage nicht widersprüchlich erscheint. Der Erfolg und zugleich die Ernährungsberatung wurden als mittelmäßig eingestuft. Dabei wurde Gewicht abgenommen, das Gewicht ist seitdem aber stabil und verändert sich nicht mehr. Bei denen kein Erfolg eingetreten ist und bei denen seitens des Gewichts keine Änderung stattgefunden hat, ist es erstaunlich, dass die eigene Person als Ursache dafür identifiziert worden ist, wenn es eine Erklärung gab. Wenn nicht die eigene Person als Ursache genannt wurde, dann wurde dennoch hervorgehoben, dass es nicht an der Ernährungsberatung lag.

Boutelle, Braden, Knatz-Peck, Anderson & Rhee nahmen an, dass die Behandlung von emotionalem Essen als Teil eines Programms zur Gewichtsabnahme ein

vielversprechender Weg sein kann. Erstaunlicherweise haben drei Personen, die erfolgreich Gewicht verloren haben, das emotionale Essen nicht in der Ernährungsberatung angesprochen, während drei Personen nicht erfolgreich waren und dieses Thema ebenfalls nicht angesprochen haben. Pat. 1 und Pat. 6 fanden die Beratung im Hinblick auf den Erfolg nicht hilfreich, während ihnen gleichzeitig auch keine Alternativen zum emotionalen Essen eingefallen sind, möglicherweise, weil sie das emotionsgesteuerte Essen nicht in der Beratung angesprochen haben.

7. Limitationen

Im Rahmen der Bachelorarbeit war es nicht möglich eine größere Stichprobe zu untersuchen. Deswegen konnten keine Interviews bis zur theoretischen Sättigung geführt werden. In einer zukünftigen Studie sollte dieses versucht werden. Personen, die für qualitative Befragungen geschult wurden, hätten aus den Interviews wahrscheinlich mehr mitgenommen und hätten gewusst an welcher Stelle sie nachhaken müssten. Dieses ist beispielweise erst bei der Analyse aufgefallen, dass an einer Stelle genauer nachgefragt werden müsste. Die Erfahrung spielt bei den Interviews eine entscheidende Rolle. Je mehr Interviews geführt werden, desto sicherer fühlt sich der Interviewer und lernt entsprechend daraus. Eine weitere Limitation ist, dass nicht gleichviele Männer und Frauen befragt wurden. Dadurch konnten die Ergebnisse nicht im Hinblick auf das Geschlecht verglichen werden. Infolgedessen wäre es zudem wichtig zu erfahren, ob bei Geschlechtsunterschieden auch unterschiedliche Interventionen von Nöten sind oder ob Interventionen geschlechtsunabhängig erfolgen können. Im Hinblick auf die Intervention wäre wichtig zu erfahren, ob unterschiedliche Behandlungen für die unterschiedlichen Arten des emotionalen Essens notwendig sind. In dieser Studie wurde nicht erfragt, zu welchen Lebensmitteln gegriffen wird. Die Wissenschaft liefert Studien, in denen vermehrt zu energiereichen und fetthaltigen Lebensmitteln gegriffen wird. Aufgrund der kurzen Bearbeitungsphase konnte in der Bachelorarbeit nicht darauf eingegangen werden. Eine weitere Limitation war, dass nur Patienten aus dem Medicum befragt wurden, die die Ernährungsberatung entweder schon absolviert haben oder kurz vor dem Ende stehen. Die Befragung sollte vergleichsweise in einer ähnlichen Einrichtung durchgeführt werden, um zu sehen, ob zu ähnlichen Ergebnissen oder zu komplett anderen gelangt werden würde. Die Wirksamkeit von DBT kann in dieser Studie weder belegt noch widerlegt werden. Es gab keinen Zugang zu der Information, ob DBT in der psychotherapeutischen Betreuung angewandt wurde. In Folge dessen kann nichts über die Beziehung der erfolgreichen Gewichtsabnahme zu der psychotherapeutischen Betreuung berichtet werden.

8. Fazit

Diese Studie ist im Vergleich zu den in der Literaturrecherche gefundenen Studien einzigartig, weil keine anderen Studien die Teilnehmer direkt gefragt haben, welche Alternativen ihnen sonst helfen würden. Es wurde in anderen Studien das emotionale Essen auf andere Parameter untersucht. Im Großen und Ganzen sind Alternativen zum emotionalen Essen vorhanden. Emotional essende Personen würden in einer kritischen Situation gerne auf eine Person zurückgreifen können, die ihnen zuhört und mit der über die Situation gesprochen werden kann. Auch eine Ablenkung empfinden sie als hilfreich. Dabei spielt die Art der Ablenkung keine Rolle. Es kann von Musik hören, über Kopf frei bekommen bis körperlich aktiv werden reichen. Ganz banal würde einer Person auch in stressigen Situationen weniger Stress ausreichen, um nicht emotional zu essen. Anderen Personen würde Anerkennung, Freude, eine vernünftige Ernährungsberatung oder eine Zurechtweisung genügen. Es besteht dennoch weiterer Forschungsbedarf. Die Alternativen müssten auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Einigen Personen helfen diese Alternativen. Die Anwendbarkeit auf andere Personen muss getestet werden. Darüber hinaus ist die schwere Umsetzung der Alternativen, welche von einigen Befragten genannt wurde, zu berücksichtigen. Es müsste eine Alternative gefunden werden, die sich in jeder Situation anwenden lässt und die als hilfreich betrachtet wird. Es gibt einige Studien, die sich mit dem emotionalen Essen auseinandersetzen, allerdings sind diese meistens mit negativen Gefühlen verbunden. Bezüglich der Wirksamkeit von Therapiemöglichkeiten wurden einige Studien durchgeführt. Zurzeit sind noch nicht viele Therapien zur Behandlung von emotionalem Essen in Kombination mit Übergewicht entwickelt. Es wird darauf hingewiesen, dass sobald das emotionale Essen reduziert wird, gleichzeitig eine Gewichtsabnahme stattfindet. Das heißt, dass ein Hauptthema bei dem Ziel der Gewichtsabnahme emotionales Essen sein sollte.

Literaturverzeichnis

- Boutelle, K. N., Braden, A., Knatz-Peck, S., Anderson, L. K., & Rhee, K. E. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating Disorders*, 26(1), 79–91.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418252>
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341–347.
[https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00100-9](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00100-9)
- Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89(1), 53–61.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.024>
- Gibson, E. (2012). The psychobiology of comfort eating: Implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural Pharmacology*, 23(5 and 6), 442–460. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328357bd4e>
- Goldbacher, E. M., Grunwald, H. E., LaGrotte, C. A., Klotz, A. A., Oliver, T. L., Musliner, K. L., ... Foster, G. D. (2012). Factor structure of the Emotional Eating Scale in overweight and obese adults seeking treatment. *Appetite*, 59(2), 610–615.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.005>
- Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L. V., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., & Zeeck, A. (2011). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Springer-Verlag.
- Herpertz, S., Zwaan, M. de, & Zipfel, S. (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer-Verlag.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals.

- Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237–243.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.006>
- Macht, M. (2005). *Eating and emotions*. 52(8), 304–308.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427–1432. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.004>
- Meyen, M., Löblich, M., Pfaff-Rüdiger, S., & Riesmeyer, C. (2019). Qualitative Methoden in der Kommunikationswissenschaft. In M. Meyen, M. Löblich, S. Pfaff-Rüdiger, & C. Riesmeyer (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Kommunikationswissenschaft: Eine praxisorientierte Einführung* (S. 1–211). https://doi.org/10.1007/978-3-658-23530-7_1
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 1359105316686668. <https://doi.org/10.1177/1359105316686668>
- Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie: Eine Einführung*. Hogrefe.
- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., ... Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53(3), 418–421. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.07.008>
- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutricion Hospitalaria*, 27(4), 1141–1147. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5843>
- Schnepper, R., Meule, A., Reichenberger, J., & Blechert, J. (2017). Wie Emotionen Appetit und Essverhalten bestimmen. *NUTRITION-News*, 14, 1–4.

- Sultson, H., & Akkermann, K. (2019). Investigating phenotypes of emotional eating based on weight categories: A latent profile analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1024–1034. <https://doi.org/10.1002/eat.23119>
- Taitz, J. L. (2013). *Wenn Essen nicht satt macht: Emotionales Essverhalten erkennen und überwinden*. Balance-Buch-und-Medien-Verlag.
- Wirth, A. (2013). *Adipositas: Epidemiologie . Ätiologie . Folgekrankheiten . Therapie*. Springer-Verlag.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. World Health Organization.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
BMI	Body-Mass-Index
CHD	Koronare Herzkrankheiten
CVD	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
DBT	Dialektische Behaviorale Therapie
DEBQ	Dutch Eating Behavior Questionnaire
FBT	Familienbasierte Therapie
FEV	Fragebogen zum Eßverhalten
MBCT	Achtsamkeitsbasierte Kognitive Theorie
NCDS	Nicht übertragbare Krankheiten
NIDDM	Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus
PAT	Patient
PEER	Preventing Emotional Eating Routines
TFEQ	Three Factor Eating Questionnaire
VLCDS	Sehr kalorienarme Diäten
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: WHO Gewichtsklassifikation.....	10
Abbildung 2: Emotionale Esser	29
Abbildung 3: Gründe für emotionales Essen	29
Abbildung 4: Gemeinsame Nennung	30
Abbildung 5: Alternativen zum emotionalen Essen	30
Abbildung 6: Umsetzung der Alternativen	31
Abbildung 7: persönliche Mitnahme aus den Beratungen	31
Abbildung 8: Verbesserungsvorschläge für die Beratung.....	32
Abbildung 9: Erfolg	32
Abbildung 10: Erfolg mit Unterpunkten.....	33
Abbildung 11: Gewichtsverlauf.....	33

Anhang

Interviewleitfaden

Emotionales Essen beschreibt auf der einen Seite das Essen, welches durch negative Gefühle, wie z.B. Wut oder Ärger ausgelöst wird und auf der anderen Seite das Essen, welches durch positive Gefühle, wie z.B. Freude ausgelöst wird.

-Kennen Sie so etwas für sich selbst?

-Können Sie mir Ihre letzte Situation schildern, in der Sie durch Gefühle geleitet gegessen haben?

-Gibt es noch andere Situationen, in denen so etwas öfters passiert?

-Können Sie sich irgendetwas vorstellen, was Ihnen in einer der Situation helfen würde, besser mit den Gefühlen/Emotionen umzugehen?

-Wenn dieses Thema in der Ernährungsberatung oder psychotherapeutische Betreuung angesprochen beziehungsweise angegangen wurde, was ist für Sie persönlich dabei herausgekommen?

-Falls für Sie nichts dabei herausgekommen ist, was hat Ihnen gefehlt?

-Wie fanden Sie die Beratung, im Hinblick auf den Erfolg?

-Dann kommen wir zu der letzten Frage: Können Sie mir Ihr Gewicht, zu Anfang der Beratungen und Ihr derzeitiges Gewicht nennen?

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Zeit und Ihre Teilnahme!

Ausführliches Informationsschreiben zur Teilnahme an einer Studie zum Thema Emotionales Essen und Übergewicht im Rahmen einer Bachelorarbeit

Ich möchte Sie einladen, an einer Befragung zum Thema Emotionales Essen und Übergewicht teilzunehmen. Ich möchte Sie über die Studie und Befragung informieren und um Ihre Unterstützung bitten. Falls Ihnen etwas unklar ist oder Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, dieses Informationsschreiben zu lesen.

Wozu wird diese Befragung durchgeführt?

Das Ziel meiner Arbeit ist es eine Grundlage für die Entwicklung von Strategien zur konkreten Betreuung von Menschen, die durch ihre Gefühle geleitet essen, zu liefern.

Warum bitten wir gerade Sie um eine Teilnahme an diesem Forschungsprojekt?

Ich habe mich mit meinem Ziel an die Ernährungsberater des medicum Hamburgs gewandt. Die Ernährungsberater haben mir passende Teilnehmer mittels der Patientenummer zukommen lassen. Durch die Ernährungsberaterinnen bin ich also auf Sie aufmerksam geworden.

Über Ihre Mithilfe und Teilnahme wäre ich sehr dankbar.

Was ist mit Ihrer Teilnahme verbunden?

Sollten Sie zustimmen, an meiner Studie teilzunehmen, müssen Sie nichts weiter tun. Im Laufe der nächsten Woche werde ich mich bei Ihnen melden und fragen, ob Sie mit der Durchführung einer Befragung einverstanden sind. Um Ihnen Zeit und Mühe zu ersparen, bietet es sich an, die Befragung direkt im medicum Hamburg durchzuführen. Auf Ihren Wunsch hin kann das Interview aber auch am Telefon durchgeführt werden. Nach meiner Erfahrung wird die Befragung ungefähr 10 Minuten dauern. Die Interviewerin wird die Befragung mithilfe eines vorgefertigten Fragebogens durchführen. Falls Sie zeitlich weniger flexibel sind, nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, damit wir einen Termin vereinbaren können.

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie entscheiden, welche Fragen Sie beantworten und in welchem Umfang. Sie können die Teilnahme an der Studie außerdem jederzeit ohne Nachteile oder Angabe von Gründen verweigern bzw. von der Studie zurücktreten.

Was geschieht mit den gesammelten Informationen? Wie wird der Datenschutz beachtet?

Die Daten, die sich aus den durchgeführten Befragungen ergeben, werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Befragungen erfolgen strengst vertraulich.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, den 23.09.2019