



AHG Klinik Schweriner See

Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin

Heft 11

Adipositas bei gestörtem Essverhalten



Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer

Chefarzt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.9 00 - 165

fax: 0 38 67.9 00 - 600

fkshwerin@ahg.de

www.klinik-schweriner-see.de

www.ahg.de/schwerin

Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka

Dr. med. Thomas Fischer

6. Auflage, Januar 2014, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Ulrike Prösch, Beate Drevs

**Adipositas
bei gestörtem Essverhalten
und Binge Eating Disorder**

Ansprechpartnerin für den Bereich Adipositas und gestörtes Essverhalten
sowie Binge eating disorder:

Beate Drevs
Oberärztin

Telefonische Sprechzeit:
Donnerstag 15:00 – 16:00 Uhr
fon: 0 38 67.9 00- 154
fax: 0 38 67.9 00-600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:
fon: 0 38 67.9 00-165

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Diagnosen und Problembereiche	6
Therapeutische Prinzipien	8
Therapieziele	10
Therapiebausteine	11
Literatur	12

Einleitung

Etwa 50 % der deutschen Bevölkerung sind heute übergewichtig. Bei 20 % liegt eine behandlungsbedürftige Adipositas vor. Dies entspricht etwa 16 Millionen Menschen in Deutschland. Frauen und Männer sind in etwa gleich häufig betroffen. In Behandlung kommen die betroffenen Menschen zumeist erst wegen der Folgekrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, koronare Herzkrankheit, Gicht, Arthrose, Diskopathie, Depression, ischämischer Hirninfarkt oder Schlafapnoesyndrom. Die Adipositas ist neben dem Rauchen der wichtigste Risikofaktor für chronische Erkrankungen. Es besteht ein insgesamt erhöhtes Mortalitätsrisiko. Hinzu kommen soziale Konsequenzen wie Arbeitslosigkeit, Frühberentung und oftmals Diskriminierungen durch das soziale Umfeld.

Die Anstrengungen der Betroffenen, ihr Gewicht zu reduzieren, werden an der Tatsache ersichtlich, dass etwa jede zweite Frau und jeder vierte Mann Diätversuche unternommen haben. Kurzfristig können darüber Gewichtsabnahmen erreicht werden, wobei anfangs mehr Protein- und Wasserverluste im Vordergrund stehen. Nach Abbruch der Diät kommt es schnell wieder zur Gewichtszunahme, so dass es langfristig keinen Effekt oder gar eine Zunahme über das Ausgangsgewicht hinaus (Jo-Jo-Effekt) gibt. Zusätzlich besteht oft ein gestörtes Essverhalten (z. B. Frustessen) oder eine Essstörung (Binge eating disorder) mit Essanfällen. Neue Behandlungsansätze der Adipositas (und gestörten Essverhaltens oder Binge eating disorder) bietet die Verhaltenstherapie, die an der Modifizierung des Essverhaltens und der Erarbeitung von alternativem Verhalten, z. B. in Stresssituationen, ansetzt. Die Erfahrungen zeigen, dass sich darüber langfristig das Gewicht reduzieren lässt und sich das Selbstwertgefühl der Betroffenen bessert.

Diagnose und Problembereiche

Zentrales Merkmal der Adipositas ist das Übergewicht. Der Body-Mass-Index (BMI) hat sich als günstig zur Einteilung des Übergewichts bzw. der Adipositas erwiesen. Er ist der Quotient aus dem Körpergewicht in kg und der Körperoberfläche in m^2 . Danach unterteilt man:

BMI = 25 – 30 kg / m^2	– Übergewicht / Adipositas I. Grades
BMI = 30 – 40 kg / m^2	– Adipositas II. Grades
BMI > 40 kg / m^2	– Adipositas III. Grades

Für die Risikobeurteilung hinsichtlich einer kardiovaskulären Erkrankung ist ferner die Fettverteilung wichtig. Sie errechnet sich als Quotient aus Taillen- und Hüftumfang (Taille-Hüft-Verhältnis). Ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen besteht bei Frauen bei einem Quotienten über 0,85 und bei Männern über 1,00. Es ist größer bei stammbetonter oder androider Fettverteilung.

Entscheidendes Charakteristikum für die Entstehung eines Übergewichtes ist die dauerhafte positive Energiebilanz, d. h. die Energiezufuhr übersteigt den Energiebedarf. Die häufig ausschließliche Vorstellung zur Pathogenese der Adipositas, dass zu viel gegessen und sich zu wenig bewegt wird, würde das Problem vereinfachen und ist nicht dazu geeignet, die Probleme dicker Menschen zu verstehen. Folgende weitere Faktoren sind an der Entwicklung von Übergewicht mitbeteiligt:

Biologische Faktoren

Adipöse Menschen haben oftmals eine verminderte Thermogenese. Sie können weniger Fett in Wärme umwandeln als Normalgewichtige, d. h. es kommt zu einer vermehrten Speicherung der aufgenommenen Energie in Fettgewebe.

Genetische Faktoren

Wie Zwillingsbeobachtungen und Beobachtungen an Adoptivkindern zeigen, scheint die Regulation des individuellen Gewichtes im Sinne eines »Set-points« genetisch determiniert zu sein. Neue Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es wahrscheinlich mehrere genetische Konstellationen gibt, die für die Ausformung einer Adipositas prägend sind. Inwieweit es jedoch zur phänotypischen Ausprägung der Adipositas kommt, hängt wiederum auch wesentlich von sozialen und Umweltfaktoren ab.

Soziokulturelle Faktoren

Übergewichtige neigen häufig dazu, Nahrungsmittel mit höherem Fettgehalt zu bevorzugen. Hier spielen soziokulturelle Faktoren mit tradierten Auffassungen wie z. B. »gute Butter«, Kartoffel = »Dickmacher«, fettarmes Essen = »Arme-Leute-Essen« noch immer eine Rolle. Zum anderen sind adipöse Menschen vermehrt außenreizabhängig, d. h. sie lassen sich sehr beeinflussen vom Aussehen, Geruch, Geschmack, Uhrzeit, Menge, Werbung und Verfügbarkeit der Nahrung. Letztere Faktoren haben bekanntermaßen in unserer Zivilisation erheblich an Bedeutung gewonnen.

Essverhalten

Das Essverhalten ist Resultat eines jahrzehntelangen Lernprozesses und wird beeinflusst durch soziokulturelle Rahmenbedingungen, Konditionierungen, Wissen, Einstellungen und emotionale Komponenten. Adipöse haben oftmals ein gezügeltes Essverhalten erlernt. Das bedeutet, dass sie sich wegen der Befürchtung weiterer Gewichtszunahme starre Diätgrenzen auferlegen, um die Kalorienzufuhr zu begrenzen. Rigide Kontrollmechanismen kennzeichnen gezügeltes Essverhalten. Die Betroffenen legen sich Restriktionen auf, wie z. B. »nie wieder Süßigkeiten« oder »nur noch Vollkornbrot« zu essen. Dieses ist im Zeitalter der Überflusgesellschaft zum Scheitern verurteilt. Schon geringe »Diätverstöße« können das ganze Kontrollschema im Sinne des Alles-oder-Nichts-Denkens durcheinanderbringen und zu zügelloser Nahrungsaufnahme führen. Phasen strenger Diät und Phasen zügellosen Essens wechseln einander oft ab und tragen wesentlich zur Entstehung von weiterem Übergewicht bei. Physiologische Hunger- und Sättigungssignale werden überspielt und im Laufe der Zeit »verlernt«. Die Manifestation eines gestörten Essverhaltens oder einer Essstörung werden so gebahnt.

Binge Eating Disorder (Essanfälle) beschreibt eine Form von Essanfällen, die der Bulimia nervosa ähnelt, jedoch kein Erbrechen als Kompensationsverhalten nach sich zieht. In kurzer Zeit wird eine große Menge meist hochkalorischer Nahrungsmittel gegessen. Es kommt zu Essanfällen mit Kontrollverlust, oft verbunden mit der Entwicklung einer Adipositas. In stärkerem Ausmaß im Vergleich zu anderen Adipösen finden sich gestörte Körperwahrnehmung, Depressivität und andere psychische Auffälligkeiten.

Therapeutische Prinzipien

Ausgangspunkt der Behandlung ist eine Analyse des Essverhaltens. Dazu werden von den Patienten zunächst Essprotokolle angefertigt und zusammen mit dem Therapeuten und den Ernährungsberaterinnen ausgewertet.

Zur Reduktion des Körpergewichtes ist u. a. die Schaffung einer negativen Energiebilanz, entweder durch verminderte Energiezufuhr und / oder durch erhöhte Aktivitäten, erforderlich. Langsames Abnehmen ist wichtig, um den Jo-Jo-Effekt zu verhindern. Es gibt keine verbotenen Nahrungsmittel. Reduktionsdiäten werden nicht durchgeführt. Eine ausgewogene Mischkost wird empfohlen. Da vor allem der zu hohe Fettverzehr ausschlaggebend für die erhöhte Energiezufuhr und damit für die Gewichtszunahme ist, geht es darum, die Fettaufnahme zugunsten der Kohlenhydrate zu reduzieren. Anstelle der oft vorhergehenden rigiden Kontrolle des Essverhaltens mit festen Diätvorsätzen soll eine flexible Kontrolle erlernt werden: Durch Wegfall von »Verboten« ist Genuss von Nahrungsvielfalt möglich und es kann eigenverantwortlich entschieden werden, an welchen Stellen Nahrungsmittel zugunsten anderer weggelassen oder reduziert werden. Die Flexibilität betrifft sowohl die Auswahl der Speisen wie auch deren Menge. Sie eröffnet Verhaltensspielräume mit der Möglichkeit der Kompensation. Durch die flexible Kontrolle gerät der Adipöse nicht so schnell in Gefahr, alle Vorsätze bezüglich der vorgenommenen bewussten Ernährung zu verwerfen und gegenregulatorisch in ein gesteigertes Essverhalten zu verfallen. Kurzfristig gesehen ist die Gewichtsabnahme bei flexibler und rigider Kontrolle gleich. Unterschiede gibt es jedoch bzgl. langfristiger Perspektiven. Nach einem Jahr lassen sich mit flexibler Kontrolle noch Erfolge von 60 bis 70 % erzielen.

Die Patienten nehmen am normalen Klinikessen teil und können zwischen drei angebotenen Mittagsmahlzeiten bei täglichem reichhaltigen Salatbuffet wählen. Vermehrt Beachtung findet die Fettreduktion. Wir empfehlen die Einnahme von drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten angelehnt an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Außerdem ist die ausreichende Zufuhr kalorienarmer Getränke (ca. 2 Liter pro Tag) anzuraten. Die Patienten erhalten zudem ernährungsphysiologische Informationen durch eine Ernährungsberaterin. Ein wichtiges Thema ist die Förderung der internen Hunger- und Sättigungsgefühlswahrnehmung. Es gilt herauszuarbeiten, unter welchen Bedingungen und Einflüssen und in welcher Weise das Essen erfolgt. Daraus abgeleitet werden bestimmte Grundregeln für das Essen vermittelt, so beispielsweise, dass das Essen in ruhiger Atmosphäre ohne Zeitdruck erfolgen soll.

Die körperliche Aktivität dient der Aktivierung des Energieverbrauchs mit dem Ziel des Fettabbaus und der Verhinderung des Abbaus von Muskelmasse. Möglichst

sollte sogar Muskelmasse aufgebaut werden. Darüber kommt es meist zur Verbesserung der körperlichen Anpassungs- und Leistungsfähigkeit, zur Stabilisierung des kardiovaskulären Systems, der gesamten Stoffwechsellage, zur Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit, des Körpergefühls sowie der Verringerung sozialer Rückzugstendenzen und des Hungergefühls. Empfohlen wird das regelmäßige Ausüben von Ausdauersportarten wie Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Walking.

Patienten mit einer Adipositas haben häufig ein stark reduziertes Selbstwertgefühl, eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung und sind oftmals depressiv. Das Essen hat in vielen Fällen zusätzliche Funktionen gewonnen, die es zu analysieren gilt. Daraus leiten sich therapeutische Interventionen ab mit dem Ziel, Veränderungsschritte i. S. beispielsweise einer effizienten Stress- und Problembewältigungsstrategie mit dem Patienten gemeinsam zu erarbeiten. In dem Maße, wie dysfunktionales Essverhalten als auch Hintergrundprobleme bearbeitet werden können, werden weitere günstige Bedingungen für ausgewogenes Essverhalten geschaffen.

Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit sowie der Reduktion gesundheitlicher Probleme dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Ziele:

- Langfristige Ernährungsumstellung und in deren Folge langfristige langsame Gewichtsabnahme
- Änderung des Essverhaltens im Sinne einer flexiblen Kontrolle
- Verbesserung der Selbstregulationskompetenzen, z.B. durch Stimuluskontroll-techniken
- Erarbeitung eines Psychogeneseverständnisses für die dysfunktionalen Anteile des Essverhaltens
- Verbesserung der Wahrnehmung internaler Reize wie Hunger und Sättigung
- Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen
- Verbesserung der Stress- und Problembewältigungsstrategien
- Förderung körperlicher Aktivitäten
- Verstärkung sozialer Kompetenzen
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Rückfallprophylaxe

Therapiebausteine

Um Essverhalten ändern zu können, muss zunächst eine individuelle Verhaltensanalyse erhoben werden. Hierbei werden auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des gestörten Essverhaltens mit dem Patienten zusammen erarbeitet. Es werden durch diese Essprotokolle geführt, die zunächst erst einmal die Selbstbeobachtung fördern. Neben der Erfassung der Nahrungsmenge werden auch die Bedingungen der Nahrungsaufnahme wie Gedanken, Gefühle sowie Hunger- und Sättigungswahrnehmung berücksichtigt. Die weitere Patientenschulung und störungsspezifische Behandlung erfolgt in der Antidiätgruppe. Hauptanliegen ist die Förderung natürlicher Selbstregulationskompetenzen bezüglich eines gesunden Essverhaltens und die Vermittlung der flexiblen Kontrolle des Essverhaltens. Die Patienten bestimmen nach ausreichender Information über Nahrungszusammensetzung und Nahrungsmenge selbst ihre Ernährung. In der Antidiätgruppe wechseln gruppenpsychotherapeutische Angebote mit Lehrküchenveranstaltungen. Die Lehrküchenveranstaltungen beinhalten Genussaspekte, geben den Patienten praktische Hinweise zu fettarmem Kochen und zugleich die Möglichkeit, neu erlernte Zubereitungsweisen anzuwenden. Ein weiterer wichtiger Therapieinhalt ist die Misserfolgsprophylaxe. Dazu ist eine Analyse der vorausgehenden Reizbedingungen eines potentiellen Rückfalls in pathologisches Essverhalten erforderlich. Schwerpunkte hierbei bilden Verbesserung sozialer Kompetenzen, Problemlösetraining, Umgang mit Stress und negativen Gefühlen. Die Gruppenpsychotherapie sowie das Selbstmanagement gesunden Essverhaltens werden ergänzt durch körperliche und sportliche Aktivitäten. Diese Therapiebausteine können auch noch individuell erweitert werden. Zusammengefasst ergeben sich folgende Elemente:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie im Sinne von Problemlösegruppen
- Antidiätgruppentherapie
- Ernährungsberatung, praktische Erprobung in der Lehrküche
- Adipositasgymnastik
- Sport- und Bewegungstherapie
- Körperwahrnehmung
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie
- Entspannungstraining (PMR)
- Paar- und Familiengespräche
- Hausinterne oder -externe Belastungserprobungen
- Ggf. andere störungsspezifische Gruppen in Abhängigkeit von weiterer psychischer Komorbidität

Literatur

BRUCH, H. (2000). *Essstörungen*. Frankfurt/Main: Fischer.

ELLROTT, TH., PUDEL, V. (1998). *Adipositas*. Stuttgart: Thieme.

Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft (2007).
Therapie und Prävention der Adipositas.

Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft (2003).
Adipositas in Rehakliniken.

FIEDLER, P. (2005). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.

HERPERTZ, S., ZWAAN, M., ZIPFEL, S. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.

MUNSCH, S. (2003). *Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen*. Weinheim: Beltz.

ORBACH, S. (2005). *Antidiätbuch 1 und 2*. München: Verlag Frauenoffensive.

TUSCHEN-CAFFIER et al. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.

WECHSLER, J. G. (2003). *Adipositas, Ursachen und Therapie*. Berlin, Wien: Blackwell.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentengebrauchsstörung: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familie und Sucht