

# Adipositas<sup>1</sup>

Thomas Tuschhoff, Andrea Benecke-Timp und Heiner Vogel

## 1 Definition und Epidemiologie der Adipositas

Die Begriffe “Übergewicht”, ”Adipositas”, “Obesitas”, “Fettsucht” und “Fettleibigkeit” werden teilweise unklar voneinander abgegrenzt. Manche Autoren verwenden sie synonym, andere mit leichten Bedeutungsunterschieden. Übereinstimmung besteht jedoch darin, daß sie ein über der statistischen Norm liegendes Körpergewicht bezeichnen, welches ab einem gewissen Grad als krankhaft angesehen wird (Brockhaus-Enzyklopädie, 1986).

**Übergewicht** wird häufig als Oberbegriff verwendet, von **Adipositas** oder **Fettsucht** wird dann gesprochen, wenn das Übergewicht so weit fortgeschritten ist, daß es als krankhaft eingestuft wird. In diesem Beitrag sollen die Begriffe Übergewicht und Adipositas in diesem Sinne verwandt, die anderen, außer bei Zitaten, wegen ihrer teilweise abwertenden Konnotationen vermieden werden. Die Abgrenzung von Normal-, Übergewicht und Adipositas erfolgt meist an Hand des:

- BROCA-Index =  $(\text{Körpergröße [cm]} - 100) / \text{Körpergewicht [kg]}$  oder
- Body-Mass-Index (BMI) =  $\text{Körpergewicht [kg]} / (\text{Körpergröße [m]})^2$ , auch Quetelet-Index genannt.

Als übergewichtig gelten Personen, deren BROCA-Index über 1,15 oder deren BMI  $>25$  liegt. Als adipös und behandlungsbedürftig werden Personen betrachtet, deren BROCA-Index über 1,2 liegt oder deren BMI  $>30$  ist. Diese Definition berücksichtigt jedoch nicht, daß das wünschenswerte relative Körpergewicht mit dem Alter variiert. Das Körpergewicht mit der höchsten Lebenserwartung steigt mit zunehmendem Alter an (siehe Tab. 1).

Auch eine alterskorrigierte Definition von Adipositas führt nicht zu einer eindeutigen Abgrenzung der Behandlungsbedürftigkeit, denn das gesundheitliche Risiko ist nicht nur vom relativen Körpergewicht, sondern auch vom Fettverteilungsmuster abhängig. “Ein besonders hohes Risiko hat die bauchbetonte

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Text die männliche Form verwandt. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

(androide) Adipositas, während die Fettansammlung im Oberschenkel- und Gesäßbereich (gynoide Fettsucht) ein deutlich geringeres Risiko für chronische Erkrankungen aufweist" (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1992, S. 32).

**Tabelle 1:** Bewertung des BMI nach der höchsten Lebenserwartung unter Berücksichtigung des Alters (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1992, S. 33).

Altersgruppe	wünschenswerter BMI
19 - 24 Jahre	19 - 24
25 - 34 Jahre	20 - 25
35 - 44 Jahre	21 - 26
45 - 54 Jahre	22 - 27
55 - 64 Jahre	23 - 28
≥ 65 Jahre	24 - 29

Um dieses Risiko abzuschätzen, wurde die "waiste-to-hip-ratio" (Taille-zu-Hüft-Verhältnis) herangezogen. Das Risiko, eine Herz-Kreislauf-Krankheit zu bekommen, ist für Männer besonders hoch bei einer "waiste-to-hip-ratio" von  $> 1$ , für Frauen  $> 0,8$  (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1992). Bei der Indikationsstellung für die Adipositas-Therapie ist daher stets eine individuelle Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit unter Abwägung:

- Des persönlichen Gesundheitsrisikos (z.B. familiäre Diabetes-Belastung),
- der bisherigen Gewichtsanamnese,
- des Alters und
- der Änderungsbereitschaft und -fähigkeit des Patienten (unter Berücksichtigung seiner Rahmenbedingungen im Lebensumfeld)

angezeigt. Die Gewichtsveränderung erfordert in der Regel eine Veränderung von zentralen Lebensgewohnheiten, die mit einem beträchtlichen persönlichen Aufwand verbunden ist, den erfahrungsgemäß nicht jeder Patient bereitwillig auf sich nimmt.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 1993) gibt die Prävalenz der an Hand des Body-Mass-Index definierten behandlungsbedürftigen Adipositas mit 17,9% in den alten und mit 20% in den neuen Bundesländern an. Dabei ist zu beachten, daß auch die Prävalenz von Adipositas mit dem Alter variiert und im mittleren Lebensalter (55-64 Jahre) am höchsten ist (Pudel & Westenhöfer, 1991). Adipositas kommt in allen sozialen Schichten vor, tritt in unteren Schichten jedoch häufiger auf als in höheren (Logue, 1995; Pudel, 1982).

Übergewicht ist der häufigste ernährungsbedingte Risikofaktor und ein Problem mit erheblicher Relevanz für das Gesundheitswesen. Zahlreiche Krankheiten

stehen mit Adipositas in Zusammenhang oder werden darauf zurückgeführt. Dazu gehören dem Bundesministerium für Gesundheit (1993) zufolge sowie nach Kulzer und Tittor (1995) unter anderem:

- Koronare Herzkrankheit,
- zerebrovaskuläre Insulte (Schlaganfälle),
- Diabetes mellitus,
- Gicht,
- Arthrosen (degenerative Gelenkerkrankungen),
- Diskopathien (Bandscheibenschäden),
- Hernien (Leisten- oder Nabelbrüche),
- Depressionen,
- Pickwick-Syndrom (Atembehinderung, Sauerstoffmangel und Schläfrigkeit auf aufgrund exzessiver Fettablagerungen in der Umgebung der Lungen),
- Sterilität,
- Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen,
- postoperative Komplikationen und
- Schlafapnoe (sekundenlange Atemaussetzung während des Schlafes).

Die gesellschaftlichen Kosten der Adipositas sind beträchtlich. 1990 gingen in den alten Bundesländern 11606 Lebensjahre und 2292 Erwerbsfähigkeitsjahre durch Übergewicht verloren (Bundesministerium für Gesundheit, 1993).

Obwohl die Adipositas Ursache vieler Folgekrankheiten ist, die zu Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit führen können, lehnen die Versicherungsträger Anträge auf stationäre Rehabilitation ausschließlich wegen Übergewicht ab. Der einschlägige Leitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung hält fest: "Stationäre Rehabilitationsbehandlungen sind nur bei Vorliegen zusätzlicher Krankheiten oder adipositasbedingter schwerwiegender Komplikationen (. . .) anzustreben." (Kulzer & Tittor, 1995, S. 271). Ohne solche Komplikationen sei zunächst eine ambulante Behandlung einzuleiten.

Dementsprechend wurde bei lediglich 11747 der 877616 Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung des Jahres 1993 die ICD-9-Ziffer 278 "Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung" als Hauptdiagnose klassifiziert (VDR, 1994). Daraus kann jedoch nicht gefolgert werden, daß Adipositas lediglich bei 1,33% der Rehabilitanden vorlag. Vielmehr wurde 1993 bei 111329 Rehabilitanden, dies entspricht 12,69%, Adipositas als eine von drei Diagnosen angegeben (VDR, 1995). Ein behandlungsbedürftiges Übergewicht mit mehr als 20% über dem Normalgewicht nach BROCA oder einem Body-Mass-Index von über  $30 \text{ kg/m}^2$  dürfte jedoch in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation häufiger vorkommen, mindestens im Umfang der Prävalenz dieser Erkrankung in der Bevölkerung. Die Adipositas-Therapie

sollte deshalb innerhalb von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert haben.

## 2 Ätiologische Modelle - Grundlagen der Adipositas-Therapie

Unterschiedliche Modellvorstellungen von der Entstehung der Adipositas führen zu unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen. Im folgenden werden einige somatische/medizinische und psychologische Theorien über die Steuerung des Eßverhaltens beziehungsweise die Entstehung von Adipositas vorgestellt.

### 2.1 Homöostasemodelle des Eßverhaltens

Betrachtet man die Regulation der Nahrungsaufnahme auf der physiologischen Ebene, so geht man davon aus, daß Hunger und Sättigung vom lang- und kurzfristigen Energiebedarf gesteuert werden. Die Grundlage dieser Regulation ist das Streben des Körpers nach Homöostase. Er wird versuchen, ein konstantes inneres Milieu zu schaffen, in dem Abweichungen um einen Sollwert durch negative Rückkopplungen korrigiert werden. Seit Beginn des Jahrhunderts gibt es Bestrebungen, den Ausgangspunkt für diese Rückkopplungen zu finden. Die erste Theorie ging von der Vermutung aus, Magenkontraktionen seien für die Auslösung des Hungergefühls verantwortlich. Im Zusammenhang damit betrachtete man die Magendehnung und das Abnehmen sensorischer Reizung im Mundbereich während des Essens als wesentlich für das Beenden einer Mahlzeit. Aber auch Süße und Kaloriengehalt einer Speise beeinflussen die Menge der aufgenommenen Nahrung. Weitere Homöostasemodelle gingen von einer negativen Rückkopplung folgender physiologischer Faktoren aus (nach Logue, 1995):

- Einfluß der **Umgebungstemperatur**: Bei Kälte wird der Transport der Nahrung aus dem Magen in den Darm beschleunigt. Durch die damit zusammenhängende geringere Magendehnung wird eine Sättigung später ausgelöst. Im Tierversuch zeigte sich, daß Ratten bei Kälte zwar keine größeren Mahlzeiten einnahmen, jedoch häufiger fraßen.
- Orientierung der Energieaufnahme am **Energieverbrauch**: Die glukostatische Theorie des Hungers geht davon aus, daß dem Gehirn über den Blutzuckerspiegel wichtige Informationen über den Energiebedarf mitgeteilt werden. Ein niedriger Blutzuckerspiegel signalisiert einen Energiebedarf, ein hoher dagegen eine ausreichende Energieversorgung. Dementsprechend wird viel oder wenig Energie aufgenommen. Da diese Theorie jedoch einige gra-

vierende Schwächen aufweist (z.B. dürften Diabetiker, die häufig überhöhte Blutzuckerwerte haben, nur noch wenig Hunger verspüren), wurde sie von der Theorie abgelöst, daß die Differenz der Blutzuckerkonzentration zwischen Arterien und Venen der ausschlaggebende Faktor sei. Diese Befunde korrelieren gut mit berichteten Hungergefühlen bei gesunden Personen und Diabetikern.

- Die **lipostatischen Theorien** gehen davon aus, daß ein zirkulierender Metabolit des Körperfetts für die längerfristige Regulation des gespeicherten Fettes zuständig ist. So sollen die Anteile freier Fettsäuren im Blut mitverantwortlich sein für die Festlegung des "Setpoints", der eine bedeutende Rolle bei der Stabilisierung des Körpergewichts spielt.
- Heute wird dem **Glykogen** eine wichtige Rolle zugeschrieben. Da die Menge von Glykogen sowohl die Veränderung des Blutzuckerspiegels, als auch des Anteils der freien Fettsäuren widerspiegelt, ist diese Theorie als integrierendes Modell der lipostatischen und glukostatischen Theorie zu verstehen.

Neben diesen peripheren Einflüssen auf das Eßverhalten wurde **zentralnervösen Mechanismen** viel Bedeutung zugemessen. Lange ging man davon aus, im ventromedialen Hypothalamus das "Sättigungszentrum" und im lateralen Hypothalamus das "Hungerzentrum" gefunden zu haben. In Tierversuchen führte eine Schädigung dieser Zentren zu unkontrolliertem Essen beziehungsweise zur Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Allerdings kann die Theorie der Steuerung durch eng umschriebene Gehirnregionen viele Befunde nicht erklären. So vernachlässigt sie die Bedeutung der Neurotransmitter (z.B. hemmen Serotonin und Dopamin die Nahrungsaufnahme) ebenso wie die Möglichkeit, daß bei Läsionsversuchen nicht nur eng umschriebene Gehirnareale, sondern auch neuronale Bahnen beschädigt worden sein könnten, welche die Verhaltensänderungen verursacht haben könnten.

Die **Nervale-Phase-Theorie** geht davon aus, daß die Nahrungsaufnahme erste Reflexe auslöst (z.B. Speichel-, Magensaft- und Insulinsekretion). Läsionen im ventromedialen Hypothalamus führen dieser Theorie zufolge zu unangemessenen Reaktionen in dieser ersten Phase, das Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus ist gestört.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß weder die sogenannten peripheren, noch die sogenannten zentralen Theorien alleine das Eßverhalten schlüssig erklären können. Vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß ein so komplexes Verhalten von peripheren Reaktionen und zentralnervösen Mechanismen gesteuert wird.

## 2.2 Metabolische Unterschiede

Seit einiger Zeit wird eine verringerte Thermogenese bei Adipösen diskutiert. Normalgewichtige können bis zu 20% der zugeführten Nahrungsmenge in Form von Wärme wieder abgeben, bei Adipösen sind dies oft lediglich 10%. Dies könnte die häufige Beobachtung erklären, daß Übergewichtige während der Gewichtsreduktion verstärkt frieren. Nach einer Gewichtsabnahme bleibt die verringerte Thermogenese bestehen, so daß ehemals Adipöse - bei gleicher Energiezufuhr wie stets Normalgewichtige - an Gewicht zunehmen (so erklärt sich möglicherweise der Eindruck vom Dicken als dem "besseren Futterverwerter"). Sie werden also ein Leben lang "Diät" halten müssen, wollen sie eine erneute Gewichtszunahme verhindern. Ob die unterschiedliche Thermogenese jedoch Ursache oder Auswirkung des Übergewichts ist, ließ sich bis heute nicht endgültig klären (Hornbostel, Kaufmann & Siegenthaler, 1992).

## 2.3 Externalitätshypothese

Auf Grund seiner Feldbeobachtungen und Laborexperimente nahm Schachter (1971) an, daß das Eßverhalten von Adipösen stärker von externen Einflüssen (z.B. dem Anblick oder Geruch von Speisen, der Uhrzeit usw.) gesteuert werde, während Normalgewichtige abhängig von den internalen Reizen Hunger und Sättigung essen. Die erhöhte Außenreizabhängigkeit übergewichtiger Personen wurde als ursächlich für die Entstehung von Übergewicht betrachtet. Mit Normalgewichtigen verglichen wurden diese Personen jedoch erst, nachdem sie bereits übergewichtig waren, so daß die erhöhte Außenreizabhängigkeit von Übergewichtigen auch als Folge ihres Übergewichts oder von Gewichtsreduktionsversuchen, die zur Mißachtung internaler Stimuli führten (gezügelter Eßverhalten), erklärt werden kann. Während der Kern dieser Theorie inzwischen als fraglich oder widerlegt gilt, hat sie dennoch bedeutsame Beiträge zur Entwicklung von Therapieansätzen für Adipöse erbracht.

## 2.4 Genetische Dispositon

Adipösen wird häufig eine erhöhte Energiezufuhr unterstellt; pauschal ist dies nicht zutreffend. Ernährungsprotokolle zeigen für Normal- und Übergewichtige weitgehend gleiche Kalorienzufuhr (Pudel & Westenhöfer, 1991). Zwillingsuntersuchungen ergaben Konkordanzraten von 0,7 für Männer und 0,66 für Frauen, was für eine signifikante erbliche Komponente von Übergewicht spricht. Nisbett (1972) ging davon aus, daß das Körpergewicht weitgehend biologisch bestimmt sei. Er postuliert eine Sollgröße für das Gewicht, den "Set

point", der sowohl gegen Zu- wie Abnahme über lange Zeit - wenn nicht gar lebenslänglich - verteidigt werde.

## 2.5 Schlankheitsideal und gezügeltes Eßverhalten

Vor dem Hintergrund eines gesellschaftlich vermittelten Schlankheitsideals, das erheblich unterhalb des Gewichts der meisten Menschen liegt, führen viele Menschen Reduktionsdiäten durch und greifen zu gesundheitsschädlichen Mitteln wie Appetitzüglern, Diuretika (harntreibende Mittel) und Laxantien (Abführmittel), um ihr Aussehen dem Ideal anzupassen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1992). Das Essen nach rigiden Verhaltensvorschriften, der zwanghafte Verzicht auf schmackhafte Lebensmittel und die Bevorzugung kalorienarmer, aber wenig schmackhafter Speisen (gezügeltes Eßverhalten), können jedoch zur Gegenregulation führen, das heißt zu Eßanfällen mit einer Gewichtszunahme über das Ausgangsniveau hinaus.

Eine Gewichtsreduktion führt darüber hinaus zum Absinken des Energieverbrauchs. Er steigt nach Beendigung der Reduktionskost nur verzögert wieder an, so daß bei einer Ernährung, die vor der Diät isokalorisch gewesen ist, nachher eine Gewichtszunahme erfolgen kann (Pudel & Westenhöfer, 1991).

Als typische verhaltensmedizinische Probleme von Adipösen, die als Folge der Abweichung vom Schlankheitsideal und dem Versagen von Reduktionsdiäten angesehen werden können, nennen Gottfried, Olivet und Zielke (1994) unter anderem:

- Eine tiefe Selbstwertproblematik,
- extern und intern induzierte Schuldvorwürfe,
- Schwierigkeiten, die Therapiemotivation über längere Zeit aufrecht zu erhalten und
- soziales Rückzugsverhalten.

## 2.6 Lerntheorie

Nach dem Mechanismus der klassischen Konditionierung können die mit dem Essen verbundenen internalen Reize (unkonditionierte Stimuli) an soziale, kognitive oder emotionale Reize (konditionierte Stimuli) gekoppelt werden, so daß letztere in der Lage sind, das Eßverhalten auszulösen, obwohl kein physiologischer Bedarf für Nahrung besteht. Wenn ein Kind beispielsweise bei Schmerz stets mit Süßigkeiten getröstet wird, werden Schmerzen zum konditionierten Stimulus für Essen. Nach den Prinzipien des Modellernens können

durch Imitation ebenfalls Eßgewohnheiten erworben oder tradiert werden. Auf diese Weise bilden sich Geschmackspräferenzen, da - abgesehen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten - Menschen zu mögen scheinen, was sie essen, statt umgekehrt (Logue, 1995).

## 2.7 Fazit

Die theoretischen Ansätze zur Ätiologie der Adipositas haben bisher eine Reihe relevanter Einflußfaktoren aufzeigen können, die bis heute noch nicht zu einem konsistenten Erklärungsmodell zusammengefügt werden konnten. Angesichts der Komplexität des Problems ist dies nicht weiter verwunderlich. Aus den vorgestellten Modellen über die Entstehung von Übergewicht kann keine Therapiemethode zwingend abgeleitet werden. Für die Therapie haben sie jedoch eine wichtige heuristische Funktion, da sie Ansatzpunkte aufzeigen. Die unterschiedlichen ätiologischen Einflußfaktoren können im Einzelfall verschieden bedeutsam sein und sind deshalb individuell zu gewichten.

## 3 Therapieansätze

Im folgenden werden einige somatische/medizinische und verhaltenstherapeutische Therapiemethoden vorgestellt. Die medizinische Behandlung hat schon deswegen einen hohen Stellenwert, weil Ärzte häufig die erste Anlaufstelle für Menschen sind, die etwas gegen ihr Übergewicht unternehmen wollen. Außerdem legen sie vielen ihrer Patienten, mit Blick auf die Gesundheitsgefährdung durch Übergewicht, eine Gewichtsreduktion nahe. Die Verhaltenstherapie wird dargestellt, weil ihr die gängigen psychologischen Therapiemethoden zuzuordnen sind. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten haben vereinzelt von Behandlungen Adipöser berichtet, meist nur in Form von Kasuistiken. Die Arbeiten von Bruch (1973) haben viel zur Erforschung der Genese der Erkrankung beigetragen, aber auch sie kommt zu dem Schluß, daß mit der psychoanalytischen Herangehensweise zwar Verständnis für die Entstehung von Eßstörungen geschaffen werden kann, jedoch in vielen Fällen kein dauerhafter Therapieerfolg zu erzielen ist.

### 3.1 Diätetische Therapiemethoden

**”Crash-Diäten”**, die auf einer unausgewogenen Nährstoffzusammenstellung beruhen (z.B. Eier-, Kartoffel- oder Reisdiät), bergen das Risiko einer akuten Gesundheitsgefährdung. Des weiteren entsteht in ihrem Gefolge oft Heißhunger

nach den (meist hochkalorischen) Nahrungsmitteln, die während der Diät "verboten" sind. Dies wiederum kann zur Entstehung weiterer Eßstörungen führen (siehe auch Shaw, Rief & Fichter in diesem Buch). Der mit Crash-Diäten erzielte Gewichtsverlust erklärt sich häufig durch den unerwünschten Abbau von Muskelgewebe anstelle des erwünschten Abbaus von Fettgewebe (Brownell & Wadden, 1986). Die Langzeiteffekte dieser Methoden sind schlecht, nach Beendigung der Diät erhöht sich das Gewicht wieder und oft wird daraufhin die nächste Diät begonnen. Wiederholt gescheiterte Versuche der Gewichtsreduktion gelten jedoch als unabhängiger Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit (Hornbostel et al., 1992).

Auch wenn heute berechtigte Zweifel daran bestehen, daß Übergewichtige prinzipiell ein anderes Eßverhalten als Normalgewichtige haben (Pudel & Westenhöfer, 1991), ist zur Reduktion von Übergewicht eine **negative Energiebilanz** erforderlich, durch verminderte Energiezufuhr einerseits und/oder Steigerung körperlicher Aktivität (erhöhter Energieverbrauch) andererseits. Grundsätzlich wird ein langsames Abnehmen empfohlen, damit der gefürchtete "Jojo-Effekt", die erneute Gewichtszunahme nach Beendigung der Reduktionskost, ausbleibt. Die Kalorienmenge einer ausgewogenen, kalorienreduzierten Mischkost, bestehend aus 50% Kohlenhydraten, 15-20% Protein und höchstens 30% Fett, sollte bei Männern nicht unter 1500 Kcal und bei Frauen nicht unter 1200 Kcal liegen (Suter & Gutzwiller, 1992). §14a der Diätverordnung schreibt darüber hinaus vor, daß eine Tagesration zur Gewichtsreduktion mindestens 90g Kohlenhydrate, 50g Eiweiß und sieben Gramm Linolsäure enthalten muß.

### 3.2 Pharmakotherapie

Die **Pharmakotherapie** der Adipositas wird wegen der zahlreichen Nebenwirkungen (z.B. Herz-Kreislauf-Komplikationen, Lungenhochdruck, Persönlichkeitsveränderungen, Suchtpotential) gängiger Präparate kontrovers diskutiert (Suter & Gutzwiller, 1992). Mit Amphetaminderivaten (z.B. Recatol, Tenuate) konnte zwar ohne Kontrolle der Einhaltung einer Reduktionsdiät ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 0,93kg pro Woche erreicht werden (Huth, Burkard, Metz & Wiese, 1993). Leider liegen hierzu keine katamnestic Daten vor. Hornbostel et al. (1992) sowie Diedrichsen (1990) gehen davon aus, daß das Körpergewicht nach Beendigung der Medikation wieder auf das Ausgangsniveau ansteigt. Seit einiger Zeit ist die neue Substanz Dexfenfluramin erhältlich, welches die serotoninbedingte Neurotransmission steigert. Dieses Medikament wirkt sich vor allem auf die Kohlenhydrataufnahme aus, indem es bei übergewichtigen "Kohlenhydratsüchtigen" (Personen, die erklärten, ein heftiges periodisches Verlangen nach Nahrungsmitteln mit hohem Kohlenhydratgehalt zu haben) den Verzehr hochkalorischer, kohlenhydratreicher Zwischen-

mahlzeiten reduziert. Die Protein- und Fettaufnahme während der Mahlzeiten wird hingegen nicht beeinflusst (Wurtmann, Wurtmann, Mark, Tsay, Gilbert & Growdon, 1985). Auch dieses Präparat ist bestenfalls in Kombination mit anderen Therapieverfahren anwendbar.

### 3.3 Magenballons

Ziel des gastrokopischen Einsetzens von **Magenballons** aus Silicon ist, das Magenreservoir zu verkleinern, so daß relativ rasch ein Sättigungsgefühl einsetzt und infolge dessen die Nahrungsaufnahme reduziert wird. Als Indikation für diese Methode nennt Wechsler (1992):

- Vier bis fünf erfolglos durchgeführte Gewichtsreduktionen,
- mehr als 40% Übergewicht,
- Risikofaktoren der Arteriosklerose und
- Alter über 18 Jahre.

Während der Therapiedauer von sechs Wochen wird meist eine Gewichtsabnahme beobachtet, die durchschnittlich 9,1kg bis 9,3kg beträgt. Mit mehreren nacheinander plazierten Ballons konnten einzelne Patienten bis zu 60kg Körpergewicht abnehmen. Allerdings steigt das Gewicht nach Entfernung des Ballons wieder an (Hornbostel et al., 1992). Die möglichen Komplikationen erstrecken sich von Druckulcera, Darmverschlüssen durch spontane Abgänge des Ballons bis hin zu gastrointestinalen Blutungen, die tödlich enden können.

### 3.4 Chirurgische Therapiemethoden

Bei exzessivem Übergewicht von mehr als 100% über dem Broca-Index werden in Einzelfällen gelegentlich auch spezielle **chirurgische Maßnahmen** durchgeführt:

- **Verdrahtung des Kiefers:**  
Durch die Verdrahtung wird die Nahrungsaufnahme unmöglich gemacht, so daß eine Nulldiät eingehalten werden muß. Dennoch spielt auch bei dieser Methode die Therapiemotivation des Patienten eine Rolle, denn es bleibt die Möglichkeit, mit einem Strohalm energiereiche Getränke zu sich zu nehmen.
- **Jejuno-ilealer Bypass:**  
Hier wird ein Teil des Dünndarms stillgelegt, um die Resorption der Nahrung zu verringern (der verbliebene Dünndarmrest hat üblicherweise noch eine Länge von 45-55 cm) und damit die Energiezufuhr zu reduzieren.

Nicht resorbierte Nahrungsmengen werden ausgeschieden. Etwa die Hälfte der so Behandelten erreichte ein Körpergewicht, das unter dem Mittel von Ausgangs- und Normalgewicht lag. Unmittelbare Komplikationen ergeben sich bei der Wundheilung, die Operationsletalität liegt unter 1% (Husemann, 1980). An Spätfolgen zeigen sich vor allem Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts (Hypokaliämie, Hypokalzämie, Vitamin-D-Mangel), jedoch auch eine Bypassenteritis (Bypassentzündung) als Folge einer bakteriellen Besiedelung der ausgeschalteten Dünndarmabschnitte.

- **Gastroplasie:**

Ein Teil des Magens wird entfernt, um einen ähnlichen Effekt wie bei den Magenballons zu erreichen. Die Gewichtsreduktion durch die verringerte Nahrungsaufnahme hält circa zwei bis fünf Jahre an, dann vergrößert sich der Magen wieder und es wird erneut mehr Nahrung aufgenommen. In 20% der Fälle zeigen sich schwerwiegende postoperative Komplikationen.

- **Magenbypass:**

Aus dem Magen wird ein kleines Reservoir gebildet, das sich über einen kleinen Ausgang nur langsam entleeren kann. Die Folge sind einige Veränderungen im Eßverhalten, die die relativ guten Langzeiterfolge dieser Methode erklären können: Intensives Sättigungsgefühl bereits nach 25 % der gewohnten Volumenaufnahme, besseres Kauen, da größere Nahrungsbrocken den engen Magenausgang blockieren können und gesteigerte Geschmacksaversionen gegen Fleisch, Fett und Zucker (Pudel & Westenhöfer, 1991). Bei übermäßiger Nahrungsaufnahme kann es in den ersten Monaten nach der Operation zu Erbrechen kommen (Husemann, 1980). Der Magenbypass ist chirurgisch-technisch aufwendiger als der jejunio-ileale Bypass. Auch bei dieser Methode zeigt sich eine Normalisierung des Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels sowie des Seruminsulin- und Triglyzeridspiegels, ebenso wird der Eiweißhaushalt beeinflusst. Die Wundheilungsstörungen stehen als unmittelbare Komplikation im Vordergrund. Im weiteren Verlauf ergeben sich häufig Komplikationen durch die Magenresektion (z.B. Anastomosenulcera = Geschwüre im Bereich der Naht).

- **Dermolipektomie:**

Sogenannte "Fettschürzen" werden im Bereich der Bauchdecke operativ entfernt. Diese Operation wird auch nach erfolgter starker Gewichtsabnahme durchgeführt, um erschlafftes Gewebe und Hautfalten zu entfernen. Zur langfristigen Gewichtsreduktion dürfte diese Maßnahme wenig beitragen, da sich an der alten Stelle wieder neues Fettgewebe bildet, sofern sich die Eßgewohnheiten nicht verändert haben.

Insgesamt spielen diese Maßnahmen in der modernen Therapie der Adipositas nur eine randständige Rolle, weil die (geringen) Therapieerfolge die mit diesen Methoden verbundenen Risiken nicht rechtfertigen können.

### 3.5 Bewegungstherapie

Die angestrebte Veränderung der Energiebilanz kann nicht nur durch eine Reduktion der Energiezufuhr, sondern - in bescheidenem Rahmen - auch durch die Erhöhung des Energieverbrauchs mittels gesteigerter **körperlicher Aktivität** erreicht werden. Empfohlen werden Ausdauersportarten wie Laufen, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, die das kardiovaskuläre System trainieren, durch Erhöhung der HDL-Fraktion das Herzinfarktrisiko senken und den Fettstoffwechsel anregen (Suter & Gutzwiller, 1992; siehe auch Rüdell in diesem Buch). Auf Grund bereits eingetretener Behinderung in Folge der Adipositas (z.B. durch Gelenkdestruktionen), ist eine Erhöhung des Energieumsatzes in vielen Fällen zwar angestrebt, jedoch nur eingeschränkt möglich.

Alle Therapiemethoden, die ausschließlich auf der somatischen Ebene ansetzen, vernachlässigen die Erkenntnis, daß das Eßverhalten nicht nur von physiologischen Mechanismen, sondern auch von psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst wird. Sie sollten daher, soweit sie nicht wegen ihrer Invasivität oder Nebenwirkungen von vornherein ausscheiden, nur in Kombination mit verhaltensändernden Maßnahmen durchgeführt werden. Bei der Kombination verhaltensmodifizierender und somatischer Therapiemethoden ist jedoch darauf zu achten, daß beide kompatibel sind. Totales oder modifiziertes Fasten (Ditschuneit, 1980) steht im Widerspruch zu verhaltenstherapeutischen Methoden, die eine langfristige, vom Patienten selbst kontrollierte Modifikation alltäglichen Eßverhaltens zum Ziel haben, da während der Fastenperiode kein verändertes Eßverhalten erlernt wird. Beim Einsetzen von Magenballons attribuieren die Patienten ihren Therapieerfolg auf die ärztliche Behandlung, statt ihn ihrem eigenen Verhalten zuzuschreiben und ihre Selbstwirksamkeitserwartung dadurch zu stärken.

### 3.6 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Verhaltenstherapeutische Ansätze der Adipositas-Therapie sind vor dem Hintergrund lerntheoretischer Entstehungsmodelle von Adipositas entstanden, oder sie versuchen, lerntheoretische Konzepte zur Modifikation von:

- Ernährungs- und Bewegungsverhalten,
- Selbstwertgefühl,
- Selbstsicherheit,
- irrationalen Gedanken etc.

zu nutzen. Je nach der hauptsächlich angewandten Technik lassen sich verschiedene verhaltenstherapeutische Herangehensweisen differenzieren (Pudel, 1982):

- Aversionstherapie,
- Verdeckte Sensibilisierung,
- Fremdkontrolle, Therapeuten-Verstärkung und
- Selbstkontrolltechniken.

### 3.6.1 Aversionstherapie

Der Aversionstherapie liegt das Prinzip der klassischen Konditionierung zugrunde. Aversive Stimuli (leichte Elektroschocks, unangenehme Gerüche) als unkonditionierte Reize werden gekoppelt mit einem konditionierten Reiz (z.B. hochkalorische Speisen), so daß sich die unkonditionierte Reaktion (Übelkeit) als konditionierte Reaktion auf den konditionierten Reiz (Nahrungsmittel) ausprägt.

So behandelten Foreyt und Kennedy (1976) sechs Patientinnen in 15 Sitzungen mit unangenehmen Gerüchen (z.B. Buttersäure, Stinktierreisessenz), nachdem diese zugesehen hatten, wie Nahrungsmittel (z.B. Pommes frites) zubereitet worden waren, sie den Geruch dieser Speisen in der Nase und den Geschmack auf der Zunge hatten. Während der Behandlung nahmen diese Patientinnen signifikant mehr ab als Frauen einer Kontrollgruppe, dieser Effekt war jedoch nach 48 Wochen nur noch mit dem Mediantest nachzuweisen. Fünf der sechs Patientinnen fühlten sich in bestimmten Situationen unbehaglich und hatten ein geringeres Verlangen nach bestimmten Speisen.

Insgesamt bleibt der Erfolg dieser Technik bescheiden. Wenn auch einzelne Studien einen Effekt nachweisen können, ist es oft unmöglich, diesen Erfolg in größeren Gruppen spezifisch auf die Aversionstherapie zurückzuführen (Pudel, 1982). Diese Therapieform wird **nicht** zur allgemeinen Anwendung empfohlen (Frohvirth, 1977), sie kann allenfalls im Einzelfall bei Patienten mit einer Präferenz für ganz bestimmte problematische Nahrungsmittel eingesetzt werden. Zu bedenken ist dabei, daß Aversionstherapie schmerzhaft und angsterzeugend wirken kann. Sie ist deshalb ethisch fragwürdig und erfordert darüber hinaus einen großen technischen Aufwand.

### 3.6.2 Verdeckte Sensibilisierung

Diese Methode hat lerntheoretisch eine gewisse Ähnlichkeit mit der Aversionstherapie: Angenehme und unangenehme Reize werden miteinander gekoppelt. Diese Koppelung findet "verdeckt", das heißt in der Vorstellung, statt. Cautela

(1966) hat diese Technik, unter anderem zur Behandlung problematischen Eßverhaltens, entwickelt.

Der Patient versetzt sich in einen Entspannungszustand und stellt sich dann den unerwünschten Reiz (z.B. hochkalorisches Essen) genau vor. Sofort danach stellt er sich einen aversiven Reiz vor (Übelkeit, Erbrechen). Des weiteren sollen positive Gefühle bei der Vorstellung, auf die in der Phantasie vorgestellten Speisen zu verzichten, imaginiert werden. Hierbei berichten Patienten, daß sie tatsächlich eine leichte Übelkeit bemerken wurden, die sehr realistisch sei und daß sie die Erfahrungen der Behandlung als sehr effektiv spüren wurden (Harris, 1976). Ferstl (1978) erklärt die Effekte der Therapie allerdings auch mit der in der Therapie nötigen Selbstkontrolle. Wie Ferstl (1978) geht auch Pudel (1982) davon aus, daß in dieser Methode allein keine brauchbare Therapie der Adipositas zu sehen ist.

### 3.6.3 Fremdkontrolle

Grundlage für dieses Vorgehen ist ein Vertrag, der zwischen Klient und Therapeut geschlossen wird und in dem Belohnungen und Bestrafungen für das Erreichen oder Nicht-Erreichen bestimmter festgelegter Ziele (z.B. Gewichtsverlust) vereinbart werden. Lerntheoretisch ist dieses Vorgehen auf das Prinzip des operanten Konditionierens zurückzuführen. Oft werden Fremdkontrolltechniken im stationären Setting mit gutem Erfolg durchgeführt, allerdings gibt es über die Langzeiteffekte keine Angaben, da die Katamnesen nur kurz nach Beendigung der Therapie durchgeführt wurden (Pudel, 1982). Nach Foreyt gilt es zu bedenken, daß Patienten damit nicht unbedingt lernen, wie sie am sinnvollsten abnehmen, da es ihnen hauptsächlich um die Erlangung ihrer Belohnung und um die Anerkennung durch den Therapeuten geht (Foreyt zit. nach Pudel, 1982). Weil das erwünschte Eßverhalten schwer zu beobachten und zu verstärken ist, wird in der Regel lediglich der Gewichtsverlust als eine Folge des veränderten Eßverhaltens kontrolliert. Dies führt zu nicht-kontingenter Verstärkung, da der Gewichtsverlust nicht nur von der Energiezufuhr, sondern auch von anderen Faktoren beeinflusst werden kann. Unter Umständen greifen die Patienten zu gesundheitsschädigenden Mitteln (z.B. Diuretika oder Laxantien), um ihr Körpergewicht zu manipulieren und die Belohnung zu erhalten, **ohne** ihr Eßverhalten zu verändern.

### 3.6.4 Selbstkontrolle

Nach Kanfer (1970) besteht das Konzept der Selbstkontrolle aus den drei Schritten der **Selbstbeobachtung**, **Selbstbewertung** und **Selbstbelohnung** (siehe Tab. 2). Zum einen trägt dieses Konzept der Subjektivität verdeckten Verhaltens Rechnung, zum anderen der Unmöglichkeit permanenter Kontrolle durch

den Therapeuten (im ambulanten Setting). Der Patient lernt, für sich selbst und seinen Therapieerfolg Verantwortung zu übernehmen. Selbstkontrolltechniken haben bei der Adipositas-Behandlung auch deswegen einen hohen Stellenwert, da sich der Betroffene immer wieder bewußt gegen eine unmittelbare Bedürfnisbefriedigung (essen, wenn Appetit verspürt wird) entscheiden muß zugunsten einer mittelbaren, auch zeitlich verzögerten (Gewichtsabnahme).

**Tabelle 2:** Die drei Schritte der Selbstkontrolle.

● **Selbstbeobachtung**

Sie ist Bestandteil von Diagnostik und Therapie. Das problematische Verhalten soll erfaßt werden im Hinblick auf:

- Dauer,
- Intensität,
- Häufigkeit,
- die situativen Umstände, unter denen es auftritt und
- die Konsequenzen, die es hat.

Die Ergebnisse der Selbstbeobachtung, die am Anfang der Therapie steht, geben Hinweise auf Bedingungen und Konsequenzen, die im weiteren Verlauf verändert werden müssen. In der anschließenden Verhaltensanalyse können die Ergebnisse systematisiert werden. Wichtig ist der Zeitpunkt der Beobachtung: Liegt dieser vor dem Beginn der Nahrungsaufnahme, kann die früher automatisch abgelaufene Verhaltenskette unterbrochen werden und bewußtes Essen ist die Folge. Allein durch die Selbstbeobachtung reduziert sich oft, zumindest kurzfristig, die zugeführte Nahrungsmenge.

● **Selbstbewertung**

De Jong (1978, S.40) definiert Selbstbewertung als "... die eigene Beurteilung, ob das eben beobachtete Verhalten sich innerhalb der sozialen und der eigenen Normen bewegt oder nicht, ob es in dieser Situation "richtig" oder "falsch" war." Wichtig ist hierbei die Klärung, welches Verhalten erwünscht und welches unerwünscht ist. Das Therapieziel muß fest umrissen sein, damit der Patient sein Verhalten im Hinblick auf das Ziel bewerten kann.

● **Selbstbelohnung**

Da die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens von seinen Konsequenzen abhängt, sollen Verhaltensweisen, die im Einklang mit dem Therapieziel stehen, belohnt und Zielabweichungen gegebenenfalls bestraft werden. Die Standards, nach denen sich ein Mensch belohnt und bestraft, werden gelernt und müssen zu Beginn der Therapie aufgearbeitet werden. In Experimenten von Mahoney, Moura und Wade (1973) zeigte sich, daß Patienten, die sich selbst belohnten, mehr an Gewicht abnahmen als eine andere Gruppe von Patienten, die sich bei Verstößen bestrafte statt sich bei Erfolgen zu belohnen. Eine Gruppe, die eine Kombination von Bestrafung und Belohnung anwandte, war nur unwesentlich erfolgreicher als die reine Selbstbelohnungsgruppe.

Selbstkontrolltechniken liegen heute den meisten verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen zugrunde (Hautzinger & Kaul, 1978; Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung, 1984). Die Übersicht von Pudiel (1982) zeigt, daß die Erfolgsbilanz positiver ist als die der anderen Behandlungstechniken.

Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, daß sich die am Anfang ihrer Entwicklung in die Verhaltenstherapie gesetzten hohen Erwartungen bezüglich des Therapieerfolges nicht erfüllt haben. In einer Übersicht von Wing (1993) zeigt sich, daß in den 1974 publizierten Studien während einer Verhaltenstherapie durchschnittlich 3,86kg abgenommen wurden, während es in den 1986 veröffentlichten Arbeiten 10kg waren. Diese Verbesserung führt Wing (1993) auf drei Einflüsse zurück:

- Die frühen Verhaltenstherapien wurden an Studenten "ausprobiert", die wenig übergewichtig waren. Später wurden stark Übergewichtige einbezogen, die natürlich auch mehr an Gewicht verlieren konnten.
- Die Personen, welche die Therapie vorzeitig abbrachen, wurden teilweise nicht in die Auswertung einbezogen. Das sind jedoch meist genau diejenigen, die wenig Erfolg erzielen.
- Die Therapiedauer hat sich von 8,4 Wochen in 1974 auf 16,7 Wochen in 1986 verlängert. Die wenigen Studien, die Langzeiteffekte nach mehr als einem Jahr prüften, zeigten auch geringe Erfolge (durchschnittlich 3,4kg Gewichtsabnahme in 13 Studien nach fünf Jahren).

Neuere Evaluationsstudien zu Therapien, die neben der Verhaltensmodifikation bezüglich des Essens auch strukturierte Bewegungsübungen und Übungen zur sozialen Kompetenz berücksichtigten, ergaben deutlich bessere Erfolge (Wing, 1993). Hieraus kann man schließen, daß den multimodalen Ansätzen eher als den rein auf das Eßverhalten bezogenen die Zukunft gehören wird. Diese multimodalen Ansätze tragen der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen Rechnung und erfassen neben dem Verhalten auch Kognitionen, Emotionen, zwischenmenschliche Beziehungen, Empfindungen und Vorstellungen. Daraus ergeben sich auch für die Therapie viele Ansatzmöglichkeiten (vgl. Höfner, 1994). Die multimodale Herangehensweise ist durchaus nicht neu, wie sich an dem Beitrag von Mulligan (1978) ersehen läßt. Dem entspricht, daß die Adipositas-Therapie nicht als eine Aufgabe nur einer Berufsgruppe (Psychologen, Ärzte usw.) verstanden wird. Vielmehr wird - entsprechend dem verhaltensmedizinischen Ansatz - ein interdisziplinäres Vorgehen von klinischen Psychologen, Ärzten, Bewegungstherapeuten und Ernährungsberatern angestrebt. Dies ist besonders gut im stationären Setting umsetzbar, prinzipiell aber auch im ambulanten, wie die Studie von Gromus, Kahlke und Koch (1985) zeigt.

#### 4 Verhaltensmedizinische Interventionsstrategie

Im folgenden werden einige verhaltensmedizinische Interventionen dargestellt, wie sie während der stationären Rehabilitation in einer Klinik durchgeführt werden können. Die strukturierten Therapiebausteine sind für **stark Übergewichtige** entwickelt worden, bei denen keine Zweifel an der Indikation für eine Gewichtsreduktion bestehen können. Beschrieben werden die Ziele und Methoden von standardisierten Gruppensitzungen, wörtlich wiedergegebene Instruktionen werden kursiv oder in Kästen dargestellt.

Da das übliche Eß- und Ernährungsverhalten der Patienten, sowie weitere Probleme, die mit dem Übergewicht in Verbindung stehen können, in der artifiziellen Umgebung der Rehabilitationsklinik nicht direkt beobachtet werden können, wird häufig das Rollenspiel eingesetzt. Es hat sowohl diagnostische, als auch therapeutische Funktionen, denn es vermittelt ein besseres Bild des realen Verhaltens der Patienten als ihre verbalen Berichte, die eher ihre eingeschränkte Problemwahrnehmung wiedergeben als das Problemverhalten abbilden und die der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Im Rollenspiel können zudem alternative Verhaltensweisen erprobt und eingeübt werden, bevor sie in der Realität zum Einsatz kommen.

Dieses standardisierte Behandlungsprogramm geht davon aus, daß es zahlreiche Gemeinsamkeiten adipöser Patienten gibt, die ohne vorgeschaltete individuelle Diagnostik therapiert werden können, da sie regelhaft vorkommen. Eine individuelle Psychodiagnostik ist dennoch unentbehrlich, weil Adipositas in vielen Fällen in engem Zusammenhang mit psychischen Störungen oder Traumatisierungen stehen kann. Häufiger finden sich in der Anamnese von Adipösen Depressionen, sexueller Mißbrauch, Beziehungsprobleme oder ein Co-Alkoholismus, die zusätzlich behandelt werden sollten.

Die hier vorgestellten Gruppentherapiesitzungen müssen als Teil eines multi-professionellen Therapieansatzes gesehen werden, in dem die Patienten zudem ärztlich untersucht und behandelt werden, sowie Ernährungsberatung, Kochkurse, Bewegungstherapie und physikalische Therapie erhalten. Die Behandlung von Folgekrankheiten der Adipositas (z.B. Diabetes mellitus), sollte nicht im Vordergrund stehen, aber auch nicht vernachlässigt werden.

Zweckmäßig ist es, wenn alle Behandlungsmaßnahmen unter einem Gesamtkonzept erfolgen und die Therapeuten in engem Austausch miteinander stehen. Insbesondere sollte die Ernährungsberatung psychologische Gesichtspunkte berücksichtigen (Pudel, 1993), weil hier wesentliche inhaltliche Zielsetzungen für den Patienten erarbeitet werden.

## 4.1 Rahmenbedingungen

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Adipositas-Therapie in Rehabilitationskliniken sind strukturell günstig, weil das Behandlungsteam dort interdisziplinär zusammengesetzt ist. Das Problem kann aus unterschiedlicher Perspektive betrachtet und angegangen werden. Synergistisch wirken die verschiedenen Professionen jedoch nur, wenn ihre Arbeit in ein Rahmenkonzept eingebunden ist, das eine langfristige Veränderung der Eßgewohnheiten und die Förderung von Eigenverantwortlichkeit der Patienten als Therapieziel verfolgt.

Rehabilitationskliniken sind in der Regel medizinische Einrichtungen unter ärztlicher Leitung. Medizinisches Denken und Handeln hat daher häufig den Vorrang gegenüber einem verhaltensmedizinischen, was sich zum Beispiel darin ausdrückt, daß der Behandlung von Folgekrankheiten der Adipositas mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als der Beseitigung ihrer Ursachen. Als Therapieziel wird vielfach eine rasche Besserung leicht meßbarer, medizinisch relevanter Parameter (z.B. Laborwerte) angestrebt und mit strengen Reduktionsdiäten oft auch erreicht. Die langfristige und schwer zu erfassende Änderung der Eßgewohnheiten wird damit jedoch erschwert oder gar unmöglich gemacht.

Eine verhaltensmedizinische Intervention sollte daher nicht nur auf der individuellen Ebene des Patienten ansetzen, sondern bereits institutionell bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Therapie. Für eine langfristige Veränderung der Eßgewohnheiten ist es förderlich, wenn die Fremdkontrolle durch das Klinikpersonal (z.B. beim Wiegen) auf ein Minimum reduziert und durch Selbstkontrolle der Patienten ersetzt wird.

Das Setting in der Klinik sollte den Alltagsbedingungen der Patienten möglichst nahe kommen, um den Transfer neuer Gewohnheiten in ihre Lebenswelt zu erleichtern. Anstatt der vielfach üblichen kalorienreduzierten Kost könnten die Patienten ihr Essen an einem Buffet selbst auswählen und zusammenstellen (Tuschhoff, Benecke-Timp & Vogel, 1995). Durch Fortbildung und Supervision könnten die Behandler mit anderen Ausbildungsgängen in verhaltensmedizinischem Denken und Handeln trainiert werden. Die traditionelle Steuerung der Behandlung durch den Arzt und die Delegation der Therapie an andere Berufsgruppen sollte ersetzt werden durch die gleichberechtigte interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Behandlungsteam (Weber, 1995; Winter, 1995).

## 4.2 Beziehungsgestaltung

Wenn adipöse Patienten in die Rehabilitationsklinik kommen, ist ihr Problem bereits stark chronifiziert. Da sie eine Reha-Maßnahme erst bekommen, wenn

eine Folgekrankheit vorliegt, besteht ihr Übergewicht bereits so lange, daß Folgekrankheiten entstehen konnten. Verschiedene ambulante Behandlungsversuche mit Reduktionsdiäten, Appetitzüglern, Schlankheitsmitteln etc. sind gescheitert.

Diese Mißerfolgserlebnisse haben das Selbstwernerleben und die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten stark beeinträchtigt. Sie fühlen sich dem Problem gegenüber hilflos und haben eine Mißerfolgserwartung. Häufig treten Schuldgefühle auf, mußten sie sich doch den Vorwurf anhören, sich ihr Übergewicht selbst "angefressen" zu haben. Um Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle abzuwehren, gehen viele Patienten dazu über, aus der Not eine Tugend zu machen und ihr Problem positiv umzudeuten. Viele Behandler mißdeuten dies als Mangel an Therapiemotivation und reagieren darauf (unterschwellig) aggressiv, womit sie die therapeutische Zusammenarbeit mit den Patienten gefährden.

Wie die Patienten auch immer zu ihrem Übergewicht stehen, den Ratschlag "Sie sollten abnehmen" haben sie schon oft erhalten, sie erleben ihn als wenig hilfreich. Über die gesundheitlichen Folgen des Übergewichts aufzuklären und eine Reduktionskost zu verordnen, wären Lösungsstrategien, die bereits versagt haben und Mißerfolgserfahrungen reaktivieren. Zu Beginn der Behandlung kommt es darauf an, den Patienten mit Wertschätzung und Verständnis zu begegnen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken, um sie für die weitere Behandlung zu motivieren. In der Anamnese sollte deshalb ein lösungsorientiertes Vorgehen gewählt und ein besonderer Schwerpunkt auf Erfolgserlebnisse in der Lebensgeschichte der Patienten gelegt und auf ihre Ressourcen abgehoben werden, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen (de Shazer, 1992; Weiss & Haertel-Weiss, 1991).

### 4.3 Motivierungsbehandlung

Im Gegensatz zur ambulanten Adipositas-Therapie (z.B. in Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder bei Präventionsangeboten von Krankenkassen), bei der eine Selbstselektion motivierter Patienten stattfindet, werden Rehabilitanden häufig zur Behandlung "geschickt". Es kann in der stationären Rehabilitation nicht davon ausgegangen werden, daß die Patienten zur Therapie motiviert sind. Am Beginn sollten deshalb motivationsfördernde Interventionen stehen. Diese Motivierungsbehandlung sollte zwei Aspekte berücksichtigen:

- Verbesserung der **Teilnahmemotivation** und
- Verbesserung der **Veränderungsmotivation** der Patienten (Petry, 1993a).

Die Teilnahmemotivation wird verbessert, indem die "instrumentellen Gruppenbedingungen" Vertrauen, Offenheit, Gruppenkohäsion und Arbeitshaltung

(Dziewas, 1980) hergestellt werden. Für diesen Zweck gibt es eine Reihe hilfreicher Anwärmübungen (z.B. Vopel, 1984; Vopel & Vopel, 1979).

Basierend auf einer Idee von Petry (1993b) schlagen wir eine Übung vor, die sowohl die Teilnahme-, als auch die Veränderungsmotivation der Gruppenmitglieder stärken soll, indem diese angeregt werden, eher uneingestandene, adipositasbezogene Erlebnisse zu erzählen. Die Öffnung und Erfahrung, mit diesen Empfindungen nicht allein zu sein, erhöht die Kohäsion der Gruppe; die "Universalität des Leidens" ist nach Yalom (1974) einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie.

Üblicherweise werden zum Aufbau von Veränderungsmotivation die gesundheitlichen Nachteile der Adipositas und die langfristigen Vorteile der Gewichtsreduktion betont. Dieses Vorgehen ist häufig wenig wirksam, weil:

- Die Patienten an ihr Körpergewicht adaptiert sind,
- ihr Gesundheitsrisiko zwar intellektuell erkennen, jedoch mangels Symptomen nicht erleben oder
- ihnen die Gewichtsabnahme, wegen der positiven Aspekte des Essens, als zu schwierig erscheint.

Außerdem führt Angstinduktion nur selten zu einer stabilen Änderungsmotivation, weil Angst gerne verdrängt wird, wenn die gefürchteten Konsequenzen nicht unmittelbar eintreten.

Die Veränderungsmotivation wird mit dieser Übung - anders als beim üblichen Vorgehen - gefördert, indem sie die Erlebnisse und Empfindungen der Patienten, ihren subjektiven Leidensdruck, zur Sprache bringt. Es ist ein patientenzentriertes Vorgehen, weil die bei den Teilnehmern in Form unangenehmer Erfahrungen bereits latent vorhandene Veränderungsmotivation aktualisiert wird, anstatt durch eher erlebnisferne Drohungen mit gesundheitlichen Gefahren neue Motivation zu erzeugen.

Angesprochen werden sowohl die positiven, als auch die negativen Wirkungen des Essens. Eine einseitig negative Bewertung der Adipositas würde sich ungünstig auf die Beziehung des Gruppenleiters zu den Mitgliedern auswirken, weil diese sich als Person abgelehnt fühlen könnten. Die Erfahrung, mit ihrer Körperform gesellschaftlich abgelehnt zu werden, fänden sie in der Therapie bestätigt. Sie würden den Eindruck gewinnen, auch vom Therapeuten nur dann akzeptiert zu werden, wenn sie abnehmen.

Die einseitig negative Bewertung des Essens würde zudem der psychischen Realität der Patienten nicht gerecht, deren Eßverhalten häufig der emotionalen

Stabilisierung dient und nur unter erheblichen psychischen Kosten verändert werden kann. Schließlich erzeugt eine negative Bewertung des Übergewichts und eine positive von Gewichtsreduktion Reaktanz, weil die Patienten darin einen Manipulationsversuch des Therapeuten sehen könnten.

Die Übung greift das Kinderspiel "Flaschendrehen" auf. Die Gruppe sitzt im Kreis. Der Gruppenleiter stellt den Teilnehmern jeweils eine Frage, die auf die Erfahrungen von Adipösen abzielt. Anschließend wird eine leere Flasche auf dem Boden gedreht. Das Mitglied, auf welches der Flaschenhals beim Stehenbleiben zeigt, soll die Frage beantworten.

Durch den Zufallseffekt wird gewährleistet, daß sich die Aktivität in der Gruppe gleichmäßig verteilt und auch eher zurückhaltende Patienten in die Gruppeninteraktion einbezogen werden. Jede Reaktion der Patienten soll vom Gruppenleiter wertschätzend und akzeptierend behandelt werden, um das Antworten an sich zu verstärken, die Mitwirkungsbereitschaft zu erhöhen und als Modell für akzeptierendes Verstehen zu dienen.

In der Anfangsphase eines Gruppenprozesses bestehen häufig noch Hemmungen der Gruppenmitglieder, Schwierigkeiten zu berichten. Fallen die Antworten des von der Flasche ausgewählten Gruppenmitglieds sehr knapp aus, kann der Gruppenleiter nachfragen, ohne inquisitorisch aufzutreten. Um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Teilnehmern herauszuarbeiten, kann auch die Frage: **"Wie war das bei den anderen?"** gestellt werden.

#### Fragenliste zum Flaschendrehen

- Wie haben Sie sich gefühlt, wenn Sie etwas gegessen hatten?
- Hatten Sie schon einmal wegen des Essens ein schlechtes Gewissen?
- Wie war das, wenn Sie sich selbst im Spiegel gesehen haben?
- Welche Gedanken und Gefühle hatten Sie, wenn Sie etwas in Gesellschaft aßen?
- Auf welche Weise sind Sie auf Ihr Übergewicht angesprochen worden? Wie haben Sie darauf reagiert?
- Wie war das, wenn Sie jemand fotografieren wollte?
- Wie haben Sie versucht, Ihre innere Unsicherheit zu überspielen?
- Kam es vor, daß Sie sich wegen Ihres Aussehens genierten und deshalb bestimmte Situationen vermieden haben?
- Wie haben Sie versucht, das Essen vor Ihrer Umgebung zu verheimlichen?
- Wie war das, wenn Sie Kleider kauften?
- Haben Sie manchmal gegessen, obwohl Sie keinen Hunger hatten?
- Welche Ausreden haben Sie gebraucht, um die Verantwortung für Ihr Übergewicht abzuschieben und Ihr Aussehen zu rechtfertigen?
- Was haben Sie erlebt, wenn Sie sich bücken, Treppen steigen oder die Schuhe binden mußten?
- Gab es Situationen, in denen Sie Platzangst hatten?
- Welche Auswirkungen hatte Ihr Übergewicht auf Ihre Gesundheit?

Falls der Gruppenleiter über ausreichend Erfahrung verfügt und die Erlebniswelt adipöser Patienten kennt, kann er bei sehr gehemmten Gruppen ein imaginäres Modell einführen: **“Vor einiger Zeit hat hier einmal ein Mann teilgenommen, bei dem war das . . .”** oder **“Eine Patientin hat mir einmal erzählt. . .”**. Häufig finden sich dann auch in der Gruppe Mitglieder, die daraufhin ähnliche Erfahrungen aus ihrer eigenen Lebensgeschichte berichten. Zum Abschluß faßt der Gruppenleiter die Äußerungen zusammen und versucht dabei, einseitige Bewertungen zu vermeiden. Es sollten stets die konkreten Erlebnisse der Gruppenmitglieder aufgegriffen werden.

“Wir haben heute erfahren, daß Essen zwei Seiten hat. Einerseits ist es etwas ganz Tolles. Was gibt’s Schöneres auf der Welt als ein gutes Essen? Ein Fest wird durch Essen erst schön. Man kann Ärger, Wut oder Enttäuschungen damit runterschlucken oder sich, wenn man sich sonst nichts gönnt, etwas Gutes tun. Wenn wir aber übergewichtig geworden sind, ist das nicht mehr schön. Wir werden ständig angegriffen, verspottet, nicht selten sogar beleidigt. Viele fühlen sich minderwertig, gehemmt und ziehen sich zurück. Es kommen gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, Diabetes, Kniebeschwerden, Atemnot und so weiter hinzu. Ich will Ihnen aber nichts vormachen. Abnehmen ist sehr schwierig. Wer schlanker werden will, muß dafür einen hohen Preis bezahlen. Und ich rate Ihnen, sich sehr gut zu überlegen, ob Sie wirklich bereit sind, die erforderliche Mühe auf sich zu nehmen. Sonst ist es besser, wenn Sie die Gewichtsreduktion gar nicht erst versuchen.”

#### 4.4 Kognitive Umstrukturierung

Übergewichtige haben meist ausgefeilte Rechtfertigungssysteme für ihr Eßverhalten. Sie finden eine Vielzahl von Ausreden, mit denen sie das Essen begründen (“Einmal macht doch nichts”, “Es sieht doch niemand”, “Heute habe ich sowieso schon gesündigt, da kommt’s auf das bißchen auch nicht mehr an. Dafür esse ich morgen weniger”, “Andere sind doch noch viel dicker als Du”, “Es ist ja nur ein Stückchen Apfelkuchen, das hat doch viel weniger Kalorien als die Torte”). Mit bestimmten Kognitionen erzeugen sie Neid und Selbstmitleid und verdrängen damit ihre Schuldgefühle (“Was habe ich denn noch vom Leben, wenn ich nichts mehr essen darf?”, “Andere essen doch auch, warum soll immer nur ich auf alles Gute verzichten?”, “Früher hatte ich nichts zu essen und heute, wo ich’s habe, darf ich es nicht mehr”). Oder sie stellen den Genußaspekt von Essen in den Vordergrund (“Mmmmh, wie gut doch diese Bratwurst duftet. Die gönnt Du Dir jetzt”).

Ziel der Übung ist es, die jeweils relevanten kognitiven Mechanismen bewußt zu machen und die Patienten Strategien entwickeln zu lassen, mit denen sie die

Verhaltenskette, die zu ungünstigem Eßverhalten führt, möglichst frühzeitig unterbrechen können.

“Heute schlage ich Ihnen vor, sich mit dem Thema “innere Selbstgespräche” zu beschäftigen. Solche inneren Selbstgespräche führt jeder von uns. Das ist also gar nichts Ungewöhnliches. Wenn man in Gedanken mit sich selbst spricht, hat man keine Schraube locker. Solche Gespräche geschehen ganz automatisch und sie sind so selbstverständlich, daß wir häufig gar nicht mehr bemerken, wie sie uns beeinflussen. Und damit Ihnen deutlich wird, welchen Einfluß diese inneren Selbstgespräche haben, mochte ich mit Ihnen ein solches näher ansehen, indem wir es spielen. Einen Dialog zwischen zwei Stimmen in uns. Die eine innere Stimme könnte man als den “inneren Schweinehund” bezeichnen. Das ist diejenige, die zum Beispiel sagt: “nach dem langen Spaziergang hast Du Dir ein Stück Kuchen verdient”. Und die andere, die könnte man als das “Gewissen” bezeichnen, das antwortet “aber Du wolltest doch abnehmen, denk’ an die Blamage”. Wer von Ihnen möchte die Rolle des inneren Schweinehunds übernehmen und wer spielt das Gewissen?”

Die beiden Freiwilligen sitzen auf zwei Stühlen gegenüber. Der “innere Schweinehund” beginnt die Auseinandersetzung. Die unbeteiligten Gruppenmitglieder fungieren als Beobachter, die darauf achten sollen, welche Argumente die beiden inneren Stimmen verwenden und welche Gefühle von diesen Argumenten ausgelöst werden. Nach der Durchführung folgt die Auswertung in der Gruppe.

Meist wird deutlich, daß der “innere Schweinehund” die verhaltenswirksameren Argumente besitzt, weil er den unmittelbaren Genuß propagiert und das “Gewissen” nur einen (fraglichen) Nutzen in ferner Zukunft versprechen kann und dabei häufig moralisierend, strafend und bevormundend auftritt. Anschließend wird mit den Teilnehmern diskutiert, welche Situationen es gab, bei denen sich ihr “Schweinehund” nicht durchgesetzt hat und weshalb nicht. Dabei wird deutlich, daß die Teilnehmer bereits über Strategien verfügen, sich gesundheitsgerecht zu entscheiden, z.B. indem sie sich ablenken oder sich ihre Zielhierarchie bewußt machen. Beispiele für erfolgreichen Belohnungsaufschub der Gruppenmitglieder zu sammeln stärkt ihre Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung und aktiviert ihre Ressourcen zur Problembewältigung. Abschließend erhalten die Teilnehmer die Hausaufgabe, in nächster Zeit auf “innere Selbstgespräche” ähnlichen Inhalts zu achten und zu beobachten, wie sie damit umgehen. In späteren Gruppensitzungen kann nach konkreten Erlebnissen gefragt werden, bei denen sich während der stationären Therapie der “innere Schweinehund” nicht hat durchsetzen können, wodurch die Verhaltensänderung sozial verstärkt wird.

## 4.5 Soziale Unterstützung

Eßverhalten findet sehr häufig in Gesellschaft statt und ist deshalb nicht nur physisch und psychisch, sondern zu einem großen Teil auch sozial determiniert. Was und wieviel gegessen wird, lernen Menschen auch durch sozialen Vergleich mit anderen. Einen erheblichen Einfluß auf das Eßverhalten der Patienten haben ihre Familien, Arbeitskollegen und Freunde. Eine große Erleichterung der Verhaltensänderung bedeutet es deshalb, wenn die Familienangehörigen oder das soziale Umfeld die Veränderungsbemühungen der Patienten in geeigneter Weise unterstützen. Als sehr hilfreich erleben es viele Patienten, wenn ihre Bezugspersonen dieselben Speisen essen, die sie selbst essen und als Hindernis, wenn beim gemeinsamen Essen Unterschiedliches verzehrt wird.

Voraussetzung dafür, Unterstützung der Familie oder des sozialen Umfeldes zu bekommen, ist, den wichtigen Bezugspersonen den Wunsch nach Unterstützung mitzuteilen. Ziel der Übung ist, hilfreiche Verhaltensweisen der sozialen Umgebung zu eruieren und die Wünsche nach Hilfe und Unterstützung ausdrücken zu lernen. Die Teilnehmer werden angeleitet, ihre Wünsche auch als solche zu formulieren, anstatt sie in Befehle oder Vorwürfe zu verpacken, die von der Umgebung nicht akzeptiert werden (Schwäbisch & Siems, 1974).

Die soziale Bedeutung und Funktion des Eßverhaltens zeigt sich darin, daß Verhaltensänderungen soziale Konsequenzen nach sich ziehen. Diese sollten in der Therapie berücksichtigt werden. Eine Mutter könnte beispielsweise dadurch, daß sie für ihre Kinder kocht, ihren Wunsch nach Nähe mit ihnen ausdrücken nach dem Motto "Liebe geht durch den Magen". Eine Zurückweisung ihres Essens wurde von ihr als Ablehnung ihrer Person und persönliche Distanzierung der Kinder erlebt und mit entsprechenden Sanktionen beantwortet werden. Die Patienten sollen auf solche sozialen Hindernisse, die einer Verhaltensänderung im Weg stehen könnten, vorbereitet sein.

Oft führt ein Mangel an Selbstkontrolle beim Essen auch dazu, daß Interaktionspartner Kontrollfunktionen übernehmen. Sie machen kritisierende Bemerkungen, wenn die Patienten zu viel essen, oder versuchen, das Essen zu rationieren. Teilweise werden sie zu solcher Fremdkontrolle sogar von den Patienten selbst aufgefordert. Die Fremdkontrolle führt jedoch erfahrungsgemäß zu einer Zuspitzung des Problems, weil sich die Patienten bloßgestellt, bevormundet und kritisiert fühlen. Entweder reagieren sie darauf mit Trotz und essen demonstrativ noch mehr, um ihre Autonomie zu betonen, oder sie essen heimlich. Eine Parallele dieses Verhaltensmusters zu demjenigen von Co-Alkoholikern und ihren alkoholkranken Partnern liegt nahe. Solche Formen der Fremdkontrolle wirken kontraproduktiv und sollten durch Selbstkontrolle

ersetzt werden. Günstig ist es dagegen, wenn Interaktionspartner erfolgreiche Selbstkontrolle beobachten und verstärken.

“Kaum jemand von uns lebt ganz alleine auf der Welt. Wir alle haben mehr oder weniger viele Kontakte mit anderen Menschen. Wir kommen in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft, im Verein und bei vielen anderen Gelegenheiten mit anderen zusammen. Heute mochte ich mich mit Ihnen deshalb über das Thema “Unterstützung” unterhalten. Das heißt die Frage, auf welche Weise es Ihnen all die Menschen, mit denen Sie nach Ihrer Rückkehr nach Hause wieder zusammenkommen, leichter - oder auch schwerer - machen können, Ihr neues Körpergewicht zu halten.

Um einem möglichen Mißverständnis gleich vorzubeugen: Natürlich liegt es immer bei einem selbst, ob man Erfolg hat oder nicht. Ich habe Menschen kennengelernt, die es auch ohne fremde Hilfe geschafft haben. Es stopft uns schließlich niemand zwangsweise Essen in den Hals. Dennoch bin ich der Meinung, daß es einen großen Unterschied macht, ob Sie später von anderen unterstützt werden oder eher Hindernisse in den Weg gestellt bekommen.

Ich habe hier rote und grüne Karten. Nun möchte ich Sie bitten, daß sich jeder sowohl einige rote, als auch grüne Karten und einen Stift nimmt. Bitte schreiben Sie auf die grünen Karten Verhaltensweisen anderer, die es Ihnen leichter machen können, Ihr Gewicht zu halten und auf die roten Karten, was es Ihnen erschweren würde. Bitte schreiben Sie auf jede Karte nur eine Verhaltensweise. Wir haben genügend Karten vorrätig, nehmen Sie sich ruhig noch welche, wenn Ihnen noch etwas einfällt.”

Wenn die Teilnehmer die Karten ausgefüllt haben, werden diese eingesammelt und an eine Pinwand gesteckt. Zusammengehörige Themen werden auf der Pinwand zusammen angeordnet. Nach einer Diskussion der angesprochenen Punkte kann sich die Gruppe entscheiden, welchen Wunsch nach Unterstützung oder welche Hürde sie intensiver behandeln will. Zu diesem Punkt bietet der Gruppenleiter ein Rollenspiel an. Die Person, von der die Karte geschrieben wurde, wird gebeten, im Rollenspiel ihrem Interaktionspartner ihren Wunsch nach Unterstützung mitzuteilen. Anschließend wird sie zu einem Rollentausch aufgefordert und soll die erwartete Reaktion des Partners spielen. Nach wenigen Sequenzen kann abgebrochen und mit der Gruppe besprochen werden, auf welche Weise das Gruppenmitglied besser zum Ziel kommen könnte. Als “Hausaufgabe” kann vereinbart werden, dieses Gespräch bei nächster Gelegenheit in der Realität zu führen und der Gruppe anschließend über den Verlauf zu berichten.

Diagnostisch ist dieses Rollenspiel von Bedeutung, da es zeigen kann, welche Vorstellungen die Patienten vom veränderten Eßverhalten tatsächlich haben. Vielfach können sie die erforderlichen Modifikationen im Ernährungsverhalten nicht genau angeben. Statt konkrete Wünsche zu äußern (z.B. “zum Abendessen möchte ich gekochten Schinken statt Mettwurst”), bitten sie ihre imaginären Partner nur sehr abstrakt um Unterstützung (z.B. “wir müssen jetzt kalorienär-

mer kochen“). Sehr häufig wird dabei deutlich, daß die Patienten die Ernährungsumstellung als Verstärkerverlust erleben, den sie nur schwer akzeptieren. Im Rollenspiel “verkaufen” sie ihren Bezugspersonen die neue Kost als Verzicht, als Minderung ihrer Lebensqualität. Sie erwarten, daß ihre Familienmitglieder mit einer Ernährungsumstellung nicht einverstanden sein werden. Dies ist nicht in jedem Fall Ausdruck realer Widerstände der Bezugspersonen. Manchmal werden damit Vorbehalte der Patienten selbst gegenüber einer Ernährungsumstellung sichtbar, die im Rollenspiel leichter als im Gespräch ausgedrückt werden, weil sie auf die abwesenden Partner projiziert werden können.

Indem die Patienten die Aufgabe bekommen, ihre Bezugspersonen im Rollenspiel zur Veränderung der gemeinsamen Eßgewohnheiten zu motivieren, sind sie gezwungen, das neue, von ihnen teilweise emotional abgelehnte Eßverhalten positiv darzustellen. Diese Aufgabe erzeugt kognitive Dissonanz, die zu einer Einstellungsänderung führen kann. Für therapeutische Zwecke genutzt wird hier der Effekt, daß man einen Stoff am besten lernt indem man ihn lehrt.

#### 4.6 Selbstbehauptung

Das Selbstbehauptungstraining gehört zu den verhaltenstherapeutischen Standardmethoden (Ullrich & Ullrich, 1978; siehe auch Zielke in diesem Buch) und besitzt besonders im Rahmen der Adipositas-Therapie einen hohen Stellenwert. Im Rollenspiel geübt werden kann das Ablehnen von angebotenen Essen.

“Wir kommen immer wieder in Situationen, in denen uns etwas zum Essen gegen unseren Willen aufgedrängt werden soll. Damit die besondere Schwierigkeit dieser Situation für Sie noch einmal etwas anschaulicher wird, mochte ich gerne mit Ihnen zusammen eine solche Gelegenheit spielen. Stellen Sie sich bitte vor, daß Sie alle zu mir zum Essen eingeladen sind. Die Zeit ist schon etwas vorgerückt. In dem Moment, in dem das Rollenspiel beginnt, sind Sie bereits satt. Ich werde Ihnen dann noch etwas zusätzlich anbieten und Sie lehnen mein Angebot bitte ab.”

Reihum versucht der Gruppenleiter, jedem Teilnehmer Essen aufzudrängen indem er:

- Gekränkt (**“Schmeckt es Ihnen etwa nicht bei mir?“**) oder
- defätistisch reagiert (**“Abnehmen klappt bei Ihnen sowieso nicht, das haben Sie doch schon oft genug vergeblich versucht!“**);
- sich selbst bemitleidet und Schuldgefühle auslöst (**“Jetzt habe ich mir solche Mühe gegeben, bin stundenlang in der Küche gestanden und keiner ißt was!“**) oder

- Ausreden anbietet (**“Abnehmen können Sie doch morgen wieder, das brauchen Sie nicht gerade bei mir machen.“**).

Anschließend wird mit den Teilnehmern besprochen, mit welchem Verhalten sie es sich selbst schwerer machen, angebotenes Essen abzulehnen. Um einem Konflikt aus dem Weg zu gehen versuchen viele, indirekt nein zu sagen, indem sie Ausreden (“Notlügen”) verwenden. Solche Ausreden lassen sich jedoch entlarven indem der Anbietende den vorgeschobenen Ablehnungsgrund umgeht (**“Wenn Ihnen nicht gut ist, hole ich Ihnen einen Schnaps. Dann können Sie wieder essen!”** oder **“Statt Kuchen kann ich Ihnen auch ein Wurstbrot holen!“**). Andere geraten in einen Rechtfertigungszwang, indem sie ihre Ablehnung zu rechtfertigen versuchen, der Anbieter diese Gründe jedoch nicht akzeptiert (**“Ach was, wegen uns brauchen Sie nicht abnehmen, wir mögen Sie so wie Sie sind“**).

Die wirksamste Form der Ablehnung angebotenen Essens ist die kürzeste: “Nein danke” oder “Nein danke, ich möchte nicht”. Gleichzeitig ist auf non-verbale Reaktionen zu achten wie Stimme, Blickkontakt, Gestik, Mimik und Körperhaltung. Videofeedback unterstützt den Erwerb assertiven Verhaltens in der Gruppe.

In gleicher Weise kann Selbstbehauptung gegenüber Personen trainiert werden, die - in der Annahme, damit zu helfen - den Patienten gegenüber bevormundend auftreten. Ziel ist in jedem Fall die Selbstkontrolle des Eßverhaltens, sich Essen weder aufdrängen, noch verbieten zu lassen.

#### 4.7 Rückfallprophylaxe

Katamnesestudien bei Übergewichtigen zeigen, daß bei der Verhaltensmodifikation von Übergewichtigen die Gefahr von Rückfällen sehr groß ist (Logue, 1995). Bereits in der Therapie sollte daher das Thema Rückfall behandelt werden, um es zu enttabuisieren. Ziel ist es, ungünstige Vorstellungen über das Zustandekommen von Rückfällen zu verändern und Strategien zu entwickeln, wie die Patienten mit “Diätsünden” oder “Ausrutschen” in konstruktiver Weise umgehen können. Dabei wird bewußt zwischen den Begriffen “Ausrutscher” und “Rückfall” unterschieden, um zu verdeutlichen, daß Fehler eine Herausforderung zur Veränderung darstellen, reversibel sind und stets die Chance enthalten, etwas zu lernen. Angestrebt wird eine flexible Kontrolle des Eßverhaltens statt einer rigiden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1992).

Korrigiert werden sollte beispielsweise das “Deichbruch-Modell” des Rückfalls, demzufolge die Gewichtszunahme unaufhaltsam ist, wenn das Kalorienlimit nur

einmal überschritten wurde. Dieses Modell bewirkt, daß Ernährungsfehler überbewertet werden und die Selbstwirksamkeitserwartung nachhaltig leidet. Es entspricht dem Kontrollverlustkonzept bei Alkoholismus, das nach dem ersten Glas ein unwiderstehliches Alkoholverlangen postuliert, gegen das die Betroffenen machtlos sind. Die Problematik dieses Modells für den Fall, daß die Abstinenz nicht eingehalten werden konnte, ist von Marlatt (1978) aufgezeigt worden.

Entgegengewirkt werden sollte auf der anderen Seite einer verharmlosenden Haltung gegenüber "Ausrutschern" und einer Verschiebung therapeutischer Schritte in die Zukunft nach dem Motto: "Die zwei Kilo, die ich diese Woche zugenommen habe, nehme ich nächste Woche wieder ab".

Gleichfalls zu problematisieren ist ein "Energiebilanzmodell", bei dem die Patienten annehmen, einen Kalorienüberschuß kurzfristig wieder ausgleichen zu müssen. Sie fasten nach einem "Freßtag", programmieren damit jedoch den nächsten Ausrutscher und leiten ein ständiges Pendeln zwischen extremem Hungern und Essen ein.

"In den letzten Gruppensitzungen haben wir so viel über das Abnehmen gesprochen. Heute sprechen wir deshalb über's Zunehmen. Was müssen Sie tun oder was muß geschehen, damit Sie rasch zunehmen?"

Wenn die Überraschung über diese Instruktion überwunden ist, werden meist sehr konkrete Auslösebedingungen für "Ausrutscher" angesprochen. Diese können in der Gruppe analysiert und auf Alternativreaktionen zum Essen überprüft werden. Neben der Möglichkeit, Rückfälle von vornherein zu vermeiden, geht es hier vor allem darum, sie frühzeitig zu unterbrechen. Deshalb wird gezielt nach Kognitionen gefragt, die im Anschluß an "Ausrutscher" erwartet werden: **"Was wird wohl in Ihren Gedanken vorgehen, wenn Sie wieder zugenommen haben?"**

Die meisten Patienten erwarten auf eine Gewichtszunahme ausgeprägte Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle. Mit ihrem Vorsatz, die Gewichtsreduktion fortzusetzen gebrochen zu haben, werten sie als persönliches Versagen. Darunter leidet ihre Selbstwirksamkeitserwartung. Die Versicherung des Therapeuten, nach jedem "Ausrutscher" eine gleich große Chance zur Verhaltensänderung zu haben und das Erleben, daß auch die übrigen Gruppenteilnehmer nicht perfekt sind, kann von diesen Gefühlen entlasten und dazu beitragen, daß "Ausrutscher" nicht zu Rückfällen werden. Zum Abschluß bekommt jedes Gruppenmitglied den Auftrag, seinen nächsten persönlichen "Ausrutscher" zu planen. Wann er stattfinden wird und wo, was es zu essen geben und wer dabei anwesend sein wird.

Die Aufforderung, diejenigen Bedingungen aufzuzählen, die für einen Rückfall erfüllt sein müssen, läßt sich auch als eine Symptomverschreibung, eine paradoxe Intervention verstehen. Auf humorvolle Art und Weise erkennen die Teilnehmer dadurch Ansatzpunkte für eine Veränderung, für die Vermeidung von Rückfallsituationen. Gleichzeitig werden "Ausrutscher" enttabuisiert und als Chance zur Veränderung verstanden. Gefunden werden muß ein Mittelweg einerseits zwischen einer zu rigiden Einschränkung des Nahrungsspektrums, die eine Überforderung darstellt und deshalb nicht erfüllt werden kann (Pudel & Westenhöfer, 1991) und einer zu nachlässigen Haltung gegenüber "Ausrutschern" andererseits.

#### 4.8 Nachsorge

Adipositas ist eine chronische Krankheit, die einer "chronischen" Therapie bedarf (Wing, 1993). Der Erfolg einer Behandlung im Rahmen stationärer Rehabilitation wird deshalb wesentlich beeinflusst von einer entsprechenden Nachsorge. Teilweise können die Patienten an ambulante Therapieangebote von Krankenkassen oder Volkshochschulen oder an Selbsthilfegruppen verwiesen werden. Solche Angebote sind jedoch nicht überall verfügbar und werden nur einen Teil der Patienten ansprechen. Für manch andere ist möglicherweise ein brieflicher Kontakt wie in der "Vier-Jahreszeiten-Kur" der AOK hilfreich. Gefördert werden kann in jedem Fall die Vernetzung innerhalb der Therapiegruppe, indem ein Adressenaustausch organisiert wird.

Die letzte Sitzung dient einer Bilanzierung des Erreichten indem die Patienten reihum aufgefordert werden zusammenzufassen, welche positiven und negativen Veränderungen sie während ihrer stationären Behandlung erlebten. Gleichzeitig sollte angesprochen werden, wie die Therapie am Heimatort weitergeführt werden kann. Als hilfreich haben sich Booster-Sitzungen erwiesen, zu denen die Patienten sechs bis zwölf Monate nach Ende der stationären Rehabilitation in die Klinik eingeladen werden. Sie sollten zum Kommen gerade für den Fall ermuntert werden, daß sich der erwünschte Langzeiteffekt nicht eingestellt hat, weil viele aus falschen Scham- und Schuldgefühlen gegenüber den Therapeuten nicht den Mut dazu aufbringen. Für beide Seiten, Patient wie Therapeut, ist es jedoch wichtig, unerwünschte Verläufe zu erfahren und zu analysieren.

## 5 **Schlußfolgerungen**

Die Versorgungsrealität für Adipositas-Patienten ist sehr heterogen. Ärzte, die für die meisten Menschen die ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen sind, können von ihrer Ausbildung und ihrem Zeitbudget her keine umfassende Therapie, vor allem keine Anleitung zur Verhaltensmodifikation, anbieten. Medizinische Methoden, wie Pharmakotherapie oder Operationen, kommen wegen ihrer Risiken und Nebenwirkungen nur in wenigen Extremfällen, nach dem wiederholten Scheitern verhaltensmodifizierender Methoden, keinesfalls jedoch als primäre oder einzige Therapie in Frage.

Ambulante Therapieangebote von Einrichtungen der Erwachsenenbildung, zum Beispiel der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte Kurs "Abnehmen - Aber mit Vernunft" (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1984) oder Ernährungsberatungsprogramme von Krankenkassen, bleiben notgedrungen einseitig, weil sie meist von Angehörigen nur einer Berufsgruppe geleitet werden und die anderen Aspekte der Adipositas vernachlässigen.

Die strukturellen Voraussetzungen für die Behandlung der Adipositas sind in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation dagegen eher günstig, weil ein multiprofessionell zusammengesetztes therapeutisches Team verfügbar ist, das die Problematik aus unterschiedlicher Perspektive angehen kann. Neben Ärzten arbeiten dort Psychologen, Ökotrophologen, Diätassistenten, Sportlehrer, Krankengymnasten und Physiotherapeuten, die die Patienten - parallel zur somatischen Therapie - bei der Veränderung ihres Eß- und Bewegungsverhaltens unterstützen können. Möglich sind hier multimodale Therapiekonzepte, bei denen auch Gestaltungstherapie, Selbstsicherheits-, Genuß- und Entspannungstraining angeboten werden können. In ihnen setzen sich die Patienten mit ihrem Sozialverhalten, ihren irrationalen Gedanken, Selbstwertproblemen, Schlankheitsidealen, Streßbewältigungskompetenzen etc. auseinander und können diese verändern (Höfner, 1994).

Ein vergleichbares therapeutisches Angebot existiert im ambulanten Sektor zur Zeit kaum. Die Patienten bekommen auf Grund der Zugangsvoraussetzungen eine solche Behandlung gegenwärtig erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Adipositas, wenn Folgekrankheiten sich etabliert haben und die Krankheit chronifiziert ist. Es wäre im Sinne sekundärer Prävention angezeigt, vergleichbare Therapiemöglichkeiten im ambulanten Sektor zu schaffen oder den Zugang zur stationären Behandlung zu erleichtern.

Eher nachteilig für eine langfristige Änderung des Eßverhaltens bei Adipositas sind folgende Faktoren der stationären Rehabilitation:

- Die räumliche Distanz der Einrichtungen zum Wohnort der Patienten, durch die nur selten Angehörige in die Behandlung einbezogen werden können,
- die begrenzte Therapiedauer,
- die artifizielle Umgebung, in der zahlreiche Auslösereize für das Eßverhalten der Patienten nicht vorkommen und
- die häufig unbefriedigende Nachsorge nach Abschluß der Rehabilitation.

Adipositas-Therapie hat in der medizinischen Rehabilitation qualitativ und quantitativ noch nicht den Stellenwert, der ihr zukommen sollte. Die verhaltensmedizinische Perspektive, die die Eigenverantwortlichkeit der Patienten fördert und eine langfristige Veränderung des Eßverhaltens anstrebt, kann hier zu einer konzeptionellen Veränderung der Rehabilitationseinrichtungen beitragen und die Behandlung wesentlich verbessern helfen.

## Literatur

- Brockhaus-Enzyklopädie (1986). Der große Brockhaus. Mannheim: Brockhaus.
- Brownell, K.D. & Wadden, T.A. (1986). Behavior therapy for obesity: Modern approach and better results. In K.D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.), Handbook of eating disorders (180-197). New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders. New York: Basic Books.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (Hrsg.)(1984). Abnehmen - Aber mit Vernunft. Ein Übergewichtstrainingsprogramm. Begleitheft für die Kursleiterschulung. Köln: BZgA.
- Cautela, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. Psychological Record, 16, 33-41.
- De Jong, R. (1978). Der verhaltenstherapeutische Ansatz der Selbstkontrolle zur Modifikation des Übergewichts. In Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Verhaltenstherapie des Übergewichts. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 45 (40-84). Stuttgart: Kohlhammer.
- De Shazer, S. (1992). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Losungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.)(1992). Ernährungsbericht 1992. Frankfurt: Selbstverlag.
- Diedrichsen, I. (1990). Ernährungspsychologie. Berlin: Springer.
- Ditschuneit, H.H. (1980). Durchführung und Ergebnisse der ambulanten und stationären Behandlung mit totalem und modifiziertem Fasten. In H. Ditschuneit & J.G. Wechsler (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen der Adipositastherapie (43-61). Baden-Baden: Gerhard Witzstrock.
- Dziewas, H. (1980). Instrumentelle Gruppenbedingungen und individueller Lernprozeß. In K. Grawe (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen (27-65). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ferstl, R. (1978). Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Übergewichts durch Fremdkontrollverfahren. In Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.),

- Verhaltenstherapie des Übergewichts. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 45 (25-39). Stuttgart: Kohlhammer.
- Foreyt, J.P. & Kennedy, W.A. (1976). Die Behandlung von Übergewicht mit Aversions-therapie. In R. Ferstl & S. Kraemer (Hrsg.), *Abhängigkeiten. Ansätze zur Verhaltensmodifikation* (155-162). München: Urban & Schwarzenberg.
- Frohirth, R. (1977). Introduction. In J.P. Foreyt (Ed.), *Behavioral treatments of obesity*. Oxford: Pergamon Press.
- Gottfried, W., Olivet, H.-P. & Zielke, M. (1994). Klinisch-medizinische Aspekte der Adipositas-therapie. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (582-591). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Gromus, B., Kahlke, W. & Koch, U. (1985). Interdisziplinäre Therapie der Adipositas - Forschungsbericht - Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 177. Stuttgart: Kohlhammer.
- Harris, M.B. (1976). Ein Programm zur Selbstkontrolle des Gewichts: Eine erste Untersuchung. In R. Ferstl & S. Kraemer (Hrsg.), *Abhängigkeiten. Ansätze zur Verhaltensmodifikation* (139-154). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hautzinger, M. & Kaul, S. (1978). Verhaltenstherapie bei Übergewicht. Ein Selbstkontrollprogramm zur gezielten Gewichtsabnahme. Salzburg: Otto Müller.
- Höfner, R. (1994). Selbstkontrollprogramm zur stationären Behandlung der Adipositas permagna. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (592-609). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Hornbostel, H., Kaufmann, W. & Siegenthaler, W. (Hrsg.)(1992). *Innere Medizin in Praxis und Klinik*. Bd IV. Stuttgart: Thieme.
- Husemann, B. (1980). Möglichkeiten der chirurgischen Behandlung extrem übergewichtiger Patienten. In H. Ditschuneit & J.G. Wechsler (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen der Adipositas-therapie* (70-78). Baden-Baden: Gerhard Witzstrock.
- Huth, K., Burkard, M., Metz, K. & Wiese, S. (1993). Zur Pathophysiologie und Therapie der Adipositas. *Die medizinische Welt*, 44, 682-686.
- Kanfer, F.H. (1970). Self-Regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology*. New York: Appleton.
- Bundesministerium für Gesundheit/BMG (Hrsg.)(1993). *Erährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten*. Band 27 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Kulzer, B. & Tittor, W. (1995). Stoffwechsel- und Hormonkrankheiten. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung* (257-273). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Logue, A.W. (1995). *Die Psychologie des Essens und Trinkens*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Mahoney, M.J., Moura, N.G.M., & Wade, T.C. (1973). The relative efficacy of self-reward, self-punishment and self-monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 404-407.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive behavioral analysis. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg: *Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment* (271-314). New York: Plenum Press.
- Mulligan, W. (1978). Ein multimodaler Ansatz bei der Behandlung von Fettsucht. In A.A. Lazarus (Hrsg.), *Multimodale Verhaltenstherapie* (263-276). Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.

- Nisbett, R.E. (1972). Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79, 433-453.
- Petry, J. (1993a). Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (1993b). Alkoholismustherapie. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Pudel, V. (1993). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin: Springer.
- Pudel, V. (1982). Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten. Berlin: Springer.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe.
- Schachter, S. (1971). Emotion, obesity, and crime. New York: Academic Press.
- Schwäbisch, L. & Siems, M. (1974). Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Reinbeck: Rowohlt.
- Suter, P.M. & Gutzwiller, F. (1992). Adipositas. Einige Aspekte für die tägliche Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis), 81, 3-6.
- Tuschhoff, T., Benecke-Timp, A. & Vogel, H. (1995). Adipositas in der Medizinischen Rehabilitation: Thesen zur Optimierung der therapeutischen Rahmenbedingungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 8, 36-40.
- Uhrich, R. & Ullrich, R. (1978). Das Assertiveness-Training-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Teile I-III. München: Pfeiffer.
- VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1995). Persönliche Mitteilung.
- VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.)(1994). VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1993. Frankfurt: Selbstverlag.
- Vopel, K.W. (1984). Interaktionsspiele Teil 1 bis 6. Hamburg: Isko-Press.
- Vopel, K.W. & Vopel, R. (1979). Selbstaktzeptierung und Selbstverantwortung Teil 1 bis 3. Hamburg: Isko-Press.
- Weber, R. (1995). Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 27, 197-215.
- Wechsler, J.G. (1992). Adipositas mit dem Magenballon. Periskop-Gespräch. Periskop, 22, 3-4.
- Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1991). Familientherapie ohne Familie. München: Piper.
- Wing, R.R. (1993). Behavioral treatment of obesity. Its application to type II diabetes. *Diabetes Care*, 16, 193-199.
- Winter, C. (1995). Berufsgruppenübergreifende Kooperation als Qualitätsmerkmal für Prozesse in der stationären Rehabilitation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 8, 74-83.
- Wurtmann, J., Wurtmann, R., Mark, S., Tsay, R., Gilbert, W. & Growdon, J. (1985). d-Fenfluramine selectively suppresses carbohydrate snacking by obese subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 89-99.
- Yalom, I.D. (1974). Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. München: Kindler.