

Volker Pudel

Adipositas

Fortschritt der Psychotherapie



Hogrefe

Fortschritte der Psychotherapie

Manuale für die Praxis

herausgegeben von

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Band 19

Adipositas

von

Volker Pudel



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Adipositas

von

Volker Pudel



**Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle**

Prof. Dr. Volker Pudel, geb. 1944. 1965-1970 Studium der Psychologie in Göttingen. 1972 Promotion. 1976 Habilitation. 1982 Ernennung zum apl. Professor. Seit 1970 Leiter der Ernährungspsychologischen Forschungsstelle im Zentrum Psychosoziale Medizin in Göttingen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Klinische und experimentelle Fragen des menschlichen Ernährungsverhaltens, Grundlagen und Therapiemöglichkeiten der Adipositas, Magersucht und Bulimia nervosa, Konzeption von präventiven Kampagnen (Vierjahreszeiten-Kur, PfundsKur, Slimnet).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissenstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern • Toronto • Seattle 2003
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Druck: Schlütersche Druck GmbH & Co. KG
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1392-X

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	1
1 Beschreibung der Störung	2
1.1 Bezeichnung	2
1.2 Definition	3
1.3 Epidemiologische Daten	5
1.4 Verlauf und Prognose	5
1.5 Differenzialdiagnose	7
1.6 Komorbidität	7
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	9
2 Störungstheorien und -modelle	13
2.1 Die kurze Geschichte der „Störungstheorien“	14
2.2 Die Suche nach der psychologischen „Störung“	16
2.3 Das genetische Modell	17
2.4 Das diätetische Modell	19
2.5 Das verhaltenspsychologische Modell	21
2.6 Integration der Modelle	23
3 Diagnostik und Indikation	24
4 Behandlung	27
4.1 Darstellung der Therapiemethoden	29
4.1.1 Chirurgische Therapie	29
4.1.2 Medikamentöse Therapie	30
4.1.3 Medizinprodukte	32
4.1.4 Formula-Diäten	32
4.1.5 Schlankheitsdiäten	32
4.1.6 Kognitive Verhaltenstherapie	33
4.1.7 Diätetische Maßnahmen	34
4.1.7.1 Fettnormalisierung und Kohlenhydratliberalisierung	34
4.1.7.2 Einsatz von Formula-Diäten	37
4.1.8 Training des Ess- und Bewegungsverhaltens	38
4.1.8.1 Essverhalten	38
4.1.8.2 Bewegungsverhalten	43
4.2 Kombinationstherapie	45

4.2.1	Das Optifast-Programm	45
4.2.2	Online-Angebote	46
4.2.3	Programme mit Medikamenten	46
4.2.4	Programme für Kinder	46
4.3	Praxisteil	47
4.3.1	Ungünstige Kontingenzen	48
4.3.2	Maßnahmen statt Ziele	48
4.3.3	Der Beratungsprozess in Schritten	49
4.3.3.1	Erster Schritt: Verhaltensdiagnose	49
4.3.3.2	Zweiter Schritt: Zieldefinition	49
4.3.3.3	Dritter Schritt: Zielhierarchie	49
4.3.3.4	Vierter Schritt: Maßnahmenplanung	50
4.3.4	Komplikationen während der Therapie	50
4.3.4.1	Essen in Stresssituationen	50
4.3.4.2	Die „Ich esse nichts und nehme nicht ab“-Situation	52
4.3.4.3	Die absolute Sackgasse	54
4.3.4.4	Der Patient kommt nicht wieder	54
4.3.4.5	„Ohne Fett schmeckt es nicht“	56
4.3.4.6	Langfristiges Gewichtsmanagement	57
5	Fallbeispiel	58
6	Effektivität und Prognose	62
7	Literatur	63
8	Anhang	66
	Bewegungsprotokoll	66
	Vorlage: Gewicht	67
	Präferenzliste	68
	Wissenstest	70
	Food-Frequency-List	72
	Motivationsfrage	74
	Bestellung des Fragebogens zum Eßverhalten (FEV)	75
	Ernährungstagebuch	76

Karte

Leitfaden für das diagnostische Gespräch

Vorbemerkung

William Bennett schrieb schon 1995 im New England Journal of Medicine, dass mit dem ewigen Moralisieren endlich Schluss sein sollte, weil es dem Adipösen nicht helfe, zumal es auch für die Theorie vom Vielfraß keine wissenschaftliche Evidenz gebe.

Dennoch, so schrieb ich im Bundesgesundheitsblatt, blieb die Adipositas das ungeliebte Kind, das weder Ärzte noch Psychologen, weder Krankenkassen noch die Gesellschaft mögen (Pudel, 2001). Adipositas ist eine Krankheit mit sehr hoher Prävalenz. Die Bedeutung der Adipositas für das Gesundheitssystem ist unbestritten. Direkte und indirekte Kosten werden auf bis zu 20 Milliarden €/Jahr (6 bis 8% der Gesamtkosten) geschätzt.

Und dennoch ist Adipositas in Deutschland eigentlich gar keine Krankheit, denn für deren Behandlung kommen die Kassen nicht auf. So unlogisch es ist, die Ursache von Krankheiten selbst nicht als Krankheit „zuzulassen“ – so unlogisch sind viele Phänomene, die sich um Adipositas ranken.

Willensschwäche und andere Charakterschwächen dienten als Erklärung der maßlosen Esslust. Die übergewichtigen Patienten selbst entschuldigten ihr Gewicht mit Erbanlagen, Drüsenstörungen, schweren Knochen und guter Futterverwertung. Schließlich esse und trinke man wenig. Das, bitte, solle man ihnen doch glauben. 40 Jahre glaubte ihnen keiner. Die Historie der Adipositastherapie ist ein Beispiel von Irrtümern, die nur begangen wurden, weil sie so plausibel waren.

Kaum eine Krankheit wird mit so unwirksamen und manchmal sogar kontraindizierten Mitteln und Methoden „behandelt“ wie die Adipositas. Allerdings muss auch vermerkt werden, dass es nur wenig geprüfte und evaluierte Behandlungskonzepte gibt. Deren Therapieerfolge geben noch keinen Grund für übertriebenen therapeutischen Optimismus, zeigen aber sinnvolle Wege auf und belegen, dass die chronische Krankheit Adipositas langfristig behandelt werden muss.

In diesem Buch sind die wesentlichen Grundlagen für eine verhaltenstherapeutische Intervention zusammengestellt.

1 Beschreibung der Störung

Ist Adipositas überhaupt eine „Störung“ oder die „evolutionsbiologische Normalvariante“

Nichts bei der Adipositas ist so einfach wie die Beschreibung der „Störung“, obwohl nicht einmal klar ist, ob es sich um eine „Störung“ oder die „biologisch gemeinte Normalvariante“ handelt. Dicke Menschen sind ohne jedes diagnostische Instrumentarium auf den ersten Blick zu erkennen. Sie sind nicht nur schwerer, sondern auch „ausladend“, und allein das stellt ein psychosoziales Problem für sie da. Adipöse leben in einer Gesellschaft, die seit ca. 40 Jahren – beginnend mit Twiggy – ein extremes Schlankheitsideal zur „attraktiven Norm“ erhoben hat, an dem auch die Wissenschaft mit der Propagierung des „Idealgewichts“ in den 70er Jahren nicht ganz unschuldig war.

Da jede Überschreitung der Schlankheitsnorm von anderen Personen wahrgenommen wird, existieren in der öffentlichen Meinung zahllose Urteile und Vorurteile, um sich das „Phänomen Übergewicht“ zu erklären. Zumeist sind dies Schuldzuweisungen an die Übergewichtigen, deren „maßloser Appetit“ und „Willensschwäche“ als Ursachen angesehen werden.

So leidet der Adipöse zweifach, nämlich direkt unter der Last seiner Fettpolster als Risikofaktor für seine Gesundheit und indirekt unter dem öffentlichen Vorwurf, daran selbst die Schuld zu tragen.

Das „geniale Fettspeicherprogramm“ hat die Menschheit überleben lassen

Andererseits ist das „geniale Fettspeicherprogramm“ der Evolutionsbiologie die Rückversicherung gewesen, die Menschen auch in Notzeiten hat überleben lassen. Adipositas wurde erst zu einer gesundheitlichen Störung, als sich die knappen Nahrungsressourcen in überbordende Supermärkte verwandelt haben, und die Notwendigkeit entfiel, durch abgespeicherte Energievorräte einen Nahrungsengpass überbrücken zu müssen.

So erscheint die Störung „Adipositas“ als evolutionsbiologisch angelegte Überlebenstrategie, die sich allerdings unter Überflussbedingungen gegen die Gesundheit des Menschen entwickelt.

1.1 Bezeichnung

Adipositas bezeichnet die überdurchschnittlich hohe Fettansammlung

Übergewicht und Adipositas, gelegentlich auch (immer noch) Fettsucht, sind die Begriffe, um das erhöhte Körpergewicht eines Menschen zu benennen. Dabei ist jedoch primär nicht das Gewicht, sondern die Fettansammlung gemeint, die das Übergewicht bedingt. So sind Leistungssportler mit ausgeprägten Muskelmassen sehr wohl übergewichtig, nicht aber adipös. Der Begriff „Fettsucht“ sollte nicht mehr verwendet werden, denn Adipositas erfüllt nicht die Kriterien einer Sucht.

Da der Entstehung der Adipositas grundsätzlich keine psychopathologischen Faktoren zugeordnet werden können, gilt Adipositas nicht als Ess-Störung und ist darum in das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) auch nicht aufgenommen worden.

Adipositas ist keine Ess-Störung nach DSM-IV

„Adipositas und sonstige Überernährung“ werden dagegen unter E65 bis E68 in Kapitel IV der ICD-10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) aufgeführt.

Klassifikation nach ICD-10	
Speziell <i>E66</i> nennt die <i>Adipositas</i> mit den Subkategorien	
<i>E66.0</i>	<i>Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr</i> exklusive: Dystrophia adiposogenitalis (E23.6) Lipomatose o.n.A. (E88.2) Lipomatosis dolorosa [Dercum-Krankheit] (E88.2) Prader-Willi-Syndrom (Q87.1)
<i>E66.1</i>	<i>Arzneimittelindizierte Adipositas</i>
<i>E66.2</i>	<i>Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation</i> (Pickwick-Syndrom)
<i>E66.8</i>	<i>Sonstige Adipositas</i> Krankhafte Adipositas
<i>E66.9</i>	<i>Adipositas, nicht näher bezeichnet</i> Einfache Adipositas o.n.A.

1.2 Definition

Zur Klassifikation des Körpergewichts hat sich inzwischen der Body Mass Index (BMI) international durchgesetzt und den früher üblichen BROCA-Index abgelöst. Der BROCA-Index definiert als Normalgewicht den Betrag in Kilogramm, den die Körpergröße einen Meter übersteigt. Damit kam es zu Fehleinschätzungen bei sehr kleinen, aber auch großen Menschen, zudem wurde das Normalgewicht scheinbar exakt auf ein Kilogramm festgeschrieben.

Der Broca-Index ist veraltet und wird durch den Body Mass Index (BMI) ersetzt

Der BMI dagegen modifiziert die Körperhöhe, in dem sie ins Quadrat gesetzt wird, und seine Bewertung erfolgt in größeren Intervallen.

$$\text{BMI} = \text{kg/cm}^2$$

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) hat für die Bewertung des BMI folgende Intervalle festgelegt, die inzwischen auch international üblich sind: