

ADIPOSITAS

Ursachen, Folgeerkrankungen und hypnotische Therapiemethoden

Jenny Bröse

Abstract

Aktuelle Studienergebnisse des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz geben Anlass, das Thema Übergewicht und Adipositas zu beleuchten. Auch die Binge Eating Disorder als eine Form von Essstörungen spielt bei Adipositas eine Rolle. Nach der Betrachtung der vielfältigen Ursachen sowie der Darstellung der möglichen Folgen werden verschiedene Therapiemöglichkeiten des Übergewichts aufgezeigt, insbesondere die therapeutische Unterstützung beim Abnehmen mittels Hypnose.

Schlüsselwörter:

Übergewicht – Adipositas – BMI – multifaktorielle Ursachen – Binge Eating – Hypnose – Verhaltenstherapie – Symptomverschiebung – Aversionstechnik – Zukunftsprojektion – Selbsthypnose

Einleitung

Schokolade mal eben zwischendurch, mittags keine Zeit zum Kochen, also muss die Bratwurst oder der Burger um die Ecke herhalten und abends nach einem stressigen Tag die gute Tüte Chips vor dem Fernseher – dieses Szenario gehört im 21. Jahrhundert leider für viele zum Alltagsgeschehen und fordert von vielen Waagen immer mehr Höchstleistung.

Laut der aktuellsten Verzehrsstudie des Bundesministers Seehofer vom Januar 2008 ist nun eindeutig belegt, was jahrelang schon vermutet wurde: Die Deutschen sind zu dick – 66 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen sind übergewichtig.

Dabei ist Übergewicht aber nicht nur ein deutsches, sondern ein weltweites Problem und die schwere Last des Wohlstandes haben besonders die Industrienationen zu tragen. Laut ICD-10 (E66.0) wird Übergewicht als eine Einlagerung von Fett in verschiedene Teile des Körpers definiert, die durch eine den Kalorienbedarf dauernd übersteigende Kalorienzufuhr zustande kommt (Hoareau, 1996). Zur Bewertung des Körpergewichts wird häufig eine Maßzahl, der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen.

Berechnet aus Körpergewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße in Metern, deutet ein BMI von 19 bis 25 auf ein Normalgewicht hin. Bei Überschreitung dieses Bereiches spricht man von Übergewicht und ab dem Wert 30 von Adipositas (Willett et al., 1999).

Ursachen

Die Frage nach den Ursachen für Übergewicht ist nicht einfach zu beantworten.

Meist ist diese Erkrankung multifaktoriell bedingt und kann selten auf nur eine konkrete Ursache zurückgeführt werden. Eine große Anzahl genetischer, physiologischer, psychologischer, sozialer und kultureller Faktoren in ihrer gegenseitigen Beeinflussung sind für die Entstehung und Unterhaltung von Adipositas verantwortlich. Verschiedene Adoptions- und Zwillingsstudien haben gezeigt, dass die genetischen Faktoren einen Einfluss von 25–40 Prozent aufweisen (Tambs et al., 1991). Physiologisch betrachtet besitzt jeder Mensch einen individuellen Energiestoffwechsel, der sich aus einem Grundumsatz, thermischen Effekten und körperlichen Aktivitäten wie Muskelkontraktionen zusammensetzt.

Liegt die Energiezufuhr in Form von Nahrungsmitteln vermehrt über dem täglichen Energieverbrauch, wird der überschüssige Rest als Fettreserven im Körper gespeichert.

Aus psychischer Sicht kommen laut Hoffmann & Hochapfel et al. (2004) in erster Linie Objektverluste wie Enttäuschungen, Trennungen oder Tod des Ehepartners als auslösende Ursachen in Betracht.

Ebenso regen Situationen, mit denen länger andauernden Leistungs-

anforderungen oder Gefahren einhergehen, sowie depressive Verstimmungen und unbefriedigende Situationen in der Ehe oder am Arbeitsplatz zu verstärktem Essen an.

- Eine entscheidende Rolle spielt auch die Fehlinterpretation von inneren und äußeren Signalen. Das Hunger- und Sättigungsgefühl als wichtiges psychophysiologisches Signal, ist bei adipösen Menschen gestört. Das subjektive Gefühl des Hungers zeigt nur noch geringe Bezüge zum objektiven Bedarf an Energie. Nicht selten verbinden Adipöse fälschlicherweise die Beendigung der Nahrungsmittelaufnahme mit dem kompletten Verzehr aller vorhandenen Nahrung. Psychodynamisch betrachtet, dient die vermehrte Kalorienzufuhr in erster Linie der Abwehr von Unlustempfindungen, insbesondere von depressiven Emotionen, Ängsten und narzisstischen Kränkungen. Durch den Essvorgang kommt es zu einer Verschiebung der unlustbetonten Empfindungen auf lustvollere. Bei ungefähr fünf Prozent der Patienten mit Übergewicht können auch endokrine Störungen wie das Cushing-Syndrom oder Läsionen im Hypothalamus, das Hunger-Ess-Zentrum in unserem Gehirn, als Auslöser angesehen und klinisch abgeklärt werden (Hoffmann & Hochapfel et al., 2004).

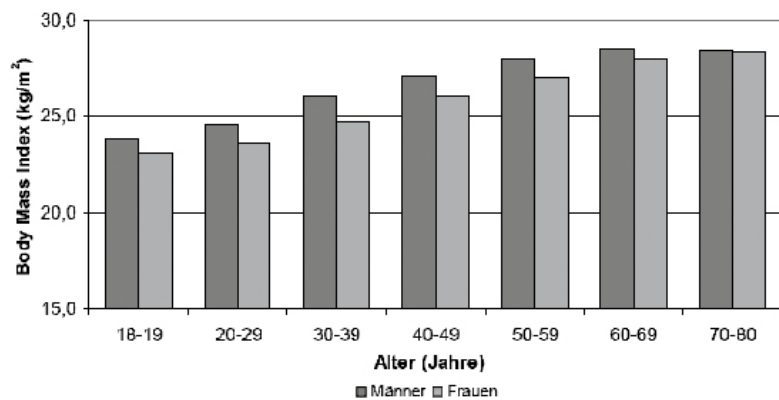


Abb.1: Body-Mass-Index differenziert nach Geschlecht, Erwachsene 18- 80 Jahre
 (Männer n = 6117, Frauen n = 7090, Mittelwerte)
 aus: Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht Teil 1. (2008)

Heutzutage bringt oftmals noch das regelrechte Überangebot an Nahrungsmitteln in Form von Fertigprodukten und Fastfood das Fass an verwertbaren Kalorien zum Überlaufen.

Aufgrund der neuesten Untersuchungen der Nationalen Verzehrsstudie des Bundesministeriums lässt sich deutlich zeigen, dass Alter, Schulabschluss, Einkommen und Familienstand einen starken Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Menschen aufzeigen:

- Je älter die Menschen, desto mehr Übergewichtige gibt es.
- Mit zunehmendem Bildungsniveau sinken die Anteile der Personen

mit Übergewicht sowie Adipositas und steigt die Anzahl an normalgewichtigen Menschen. Bei den Frauen mit Hauptschulabschluss liegt der Anteil an Normalgewichtigen bei 33,5 % und steigt bei Frauen mit Hochschulreife auf 66 %!

- Im Bereich des Einkommens wurde das Pro-Kopf-Nettoeinkommen untersucht und ergab den niedrigsten Anteil von adipösen Frauen und Männern bei einem hohen Einkommen.
- Bezüglich des Familienstandes zeigte sich, dass ledige Menschen im Vergleich zu verheirateten, geschiedenen oder verwitweten Personen zu einem größeren Anteil normalgewichtig sind.

Binge-Eating-Störung

Neben dem allgemeinen überdurchschnittlichen Verzehr von Nahrungsmitteln hat auch die Binge-Eating-Störung als eine Impulskontrollstörung Übergewicht zur Folge. Laut DSM-IV ist diese als eine Essstörung kategorisiert, bei der es zu periodischen Heißhungerattacken mit Verlust der bewussten Verhaltenskontrolle kommt, ohne dass anschließend kompensatorische Gegenmaßnahmen, wie z. B. Erbrechen bei der Bulimie, ergriffen werden. Zu den Indikatoren für die Binge-Eating-Störung gehören sehr schnelles Essen („Schlingen“), Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, Essen von großen Nahrungsmengen auch wenn kein Hunger besteht sowie Ekel- und Schuldgefühle, nachdem zuviel gegessen wurde (Saß et al., 2003). Klassifiziert wird sie im DSM-IV (307.50) und ICD-10 (F.50.9) derzeit noch unter den „nicht näher bezeichneten Essstörungen“.

Folgeerkrankungen

Übergewicht führt bekanntlich zu verschiedenen somatischen und psychischen Folgeschäden. Neben kardiovaskulären Komplikationen wie Sklerosen der Gefäßsysteme, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Hypertonie, verstärkten Bindegewebschwächen (z. B. Arthrosen)

und respiratorischen Leiden wie Schlafapnoe kommt es oftmals auch zu ernsthaften Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates. Gelenke, Muskeln, Bandscheiben und die Wirbelsäule werden dabei stark beeinträchtigt (Hoffmann & Hochapfel et al., 2004).

Psychisch betrachtet sind Depressionen oftmals nicht nur Auslöser für das Übergewicht sondern auch eine Folge, die sich in einen Teufelskreis mit verminderten Selbstwertgefühlen oder gar sozialen Phobien einfügen kann. Betroffene sind vielen Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt, die oft schon in der Kindheit oder im Jugendalter beginnen. Übergewicht wird häufig mit Attributen wie „faul“, „dumm“ und „hässlich“ verbunden. Dies gestaltet den Alltag von Übergewichtigen oftmals sehr unangenehm. Durch das negative Körperbild und die Unzufriedenheit bezüglich des Aussehens meiden Übergewichtige vermehrt ihr soziales Umfeld und ziehen sich immer weiter in ihre eigenen vier Wände zurück, wo meist die nächste Mahlzeit zur einzigen Abwechslung im Tagesablauf wird. Durch eine geringe körperliche Leistungsfähigkeit besteht außerdem eine signifikante Lebensverkürzung (Hoffmann & Hochapfel et al. 2004).

Therapiemethoden

Wie lassen sich die Fettleibigkeit und die Sucht nach Lebensmitteln reduzieren oder gar stoppen? Laut Fichter (2004) besteht die beste Erfolgschance in einem multimodalen Behandlungsprogramm. Zum einen ist natürlich eine Reduktionsdiät zur Gewichtsreduzierung erforderlich. Damit gekoppelt sollten körperliche Übungen die Steigerung des Energieverbrauches und die Verbesserung der körperlichen Fitness bewirken. Unverzichtbar sind bei dieser Form der Essstörung auch verhaltenstherapeutische Strategien zur langfristigen Umstrukturierung und damit Normalisierung des Essverhaltens.

Eine neuere Studie von Revenstorf et al. (2003) hat die Wirksamkeit der Hypnose in diesem Bereich bestätigt. In dieser Studie haben 43 adipöse Frauen im Alter zwischen 35 und 45 Jahren über einen Zeitraum von insgesamt sechs Monaten ihr Gewicht und Körperfett reduziert. Dazu erhielten alle Teilnehmerinnen eine Verhaltenstherapie und 21 Frauen zudem Hypnosensitzungen. Resultat beider Therapiegruppen war eine signifikante Reduktion des Gewichtes und Körperfettanteils während dieses Zeitraumes. Die rein verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe verlor innerhalb der sechs Monate durchschnittlich 3,34 kg an Gewicht und

2,3 % an Körperfett und die Kombinationsgruppe mit Verhaltens- und Hypnotherapie im Durchschnitt 5,21 kg an Gewicht und 4,3 % ihres Körperfettes. Zusätzlich konnte die Hypnosegruppe ihr Gewicht auch längerfristig noch weiter reduzieren, wogegen die Gruppe der reinen Verhaltenstherapie ihr Gewicht „nur“ halten konnte.

Hypnotische Vorgehensweisen

Schon Milton Erickson befasste sich mit dem Thema des Übergewichts. Er behandelte dies mittels Symptomverschreibung, indem er seine Patienten zunächst lernen ließ zu kontrollieren, was ihnen vorher nicht kontrollierbar erschien. Sie bekamen die Suggestionen zu lernen, zunächst noch 2–3 kg zuzunehmen. Nach entsprechender Gewichtszunahme und Realisierung ihrer Kontrollmöglichkeiten wurde ihnen verschrieben, genauso viel zu essen, um die 2 kg wieder abzunehmen und dann von Sitzung zu Sitzung ein neues Gewichtsziel anzustreben (Rossi, 1996).

Hoareau (1996) berichtet von anderen hypnotischen Methoden z. B. von der Aversionstechnik. Dabei wird den Betroffenen eine Aversion gegen Nahrungsmittel (Süßigkeiten, fettes Essen) mit Hilfe von Suggestionen der Übelkeit oder gar des Erbrechens bereits beim bloßen Anblick dieser impliziert.

Auf der anderen Seite spricht er auch von der Möglichkeit, Suggestionen zu geben, welche die Lustempfindungen des Patienten beim Essen steigern sollen. Es wird suggeriert, dass die Nahrung so lange im Mund bleibt, bis alle noch so feinen Geschmacksnuancen wahrgenommen wurden. Dadurch fühlt man sich schneller gesättigt und zufrieden und nimmt automatisch kleinere Mahlzeiten zu sich.

Laut Schmierer (2007) wird auch die hypnotische Projektion in die Zukunft als eine erfolgreiche Methode angewendet. Durch den Zauberspiegel betrachtet kann der Patient viele Vorteile in seinem Spiegelbild mit Idealgewicht visualisieren: Eine schlankere Gestalt in schönen Kleidungsstücken, die in der Vergangenheit zu eng geworden waren, und einem stolzen Lächeln auf den Lippen. Der Patient kann in seinen idealen Körper hineinspüren, wie gut er sich anfühlt, wie beweglich er ist und wie positiv dieser eingestellt ist. All diese projizierten Bilder lassen den Patienten einen guten emotionalen Zustand erreichen, welchen er in die Realität mitnehmen soll. Nur wenn sich der Mensch in seinem realen körperlichen Zustand auch vollständig liebt und schätzt, kann er sein Ziel erreichen. Suggestionen von gesundem Essen, Zeitrestriktionen vom Essen am Abend und die Kombination

mit gesteigerter, täglicher Aktivität unterstützen das Streben nach dem Idealgewicht.

Vielen Patienten hilft auf dem Weg zum Idealgewicht die gleichnamige CD, welche in der 3. Auflage 2007 im Hypnos Verlag erschienen ist (Unestahl, 2007). Sie unterstützt gemäß Schmierer (2007) einen motivierten Verlauf der Gewichtsreduzierung und gibt nützliche Instruktionen zur Selbsthypnose.

Abschließende Bemerkungen

Zusammenfassend kann das Problem Übergewicht und Adipositas als ein gegenwärtig höchst brisantes Thema betrachtet werden, welches nicht nur aus gesundheitlichen, sondern auch aus volkswirtschaftlichen Gründen dringend minimiert werden muss. Mit der aktuellen Studie des Bundesministeriums ist bis dato nur ein diagnostischer Grundstein für die deutsche Situation gelegt. Mit dem noch ausstehenden Aktionsplan soll als zentrales Ziel bis 2020 aus politischer Sicht das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachhaltig verbessert, gezielt die Zunahme von Übergewicht bei Kindern gestoppt und generell die Verbreitung von Übergewicht verringert werden. Dazu ist einerseits die Initiative der Betroffenen selbst sowie die Unterstützung durch ausgebildete

Fachkräfte gefragt. Nachdem verschiedene hypnotische Techniken die Gewichts- und Fettreduktion hilfreich unterstützen, sind hier auch besonders alle in Hypnose und Kommunikation ausgebildeten Zahnärzte gefragt. Ich hoffe, durch das Aufzeigen einiger hypnotischer Techniken und Hintergrundinformationen zu mehr Mut verholten zu haben. Und vielleicht wurde auf diese Weise auch die eigene Kreativität bezüglich der Arbeit mit Übergewichtigen angeregt.

Literatur:

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Nationale Verzehrsstudie II- Ergebnisbericht Teil 1, (2008)

Verfügbar unter:

http://www.bmelv.de/cln_045/nn_1196770/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/NVS2/NVS_Ergebnisbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/NVS_Ergebnisbericht.pdf [08- 02- 05]

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2005). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5., durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber.

Fichter, M.M. (2004). Anorektische und bulimische Essstörungen. In M. Berger (Hrsg.), Psychische

Erkrankungen. Klinik und Therapie. (S. 789-814). München: Urban und Fischer.

Hoareau, J. (1996). Klinische Hypnose. Stuttgart: Kohlhammer.

Hoffmann, S.O., Hochapfel, G., Eckhardt-Henn, A., Heuft, G. (Hrsg.) (2004). Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie (7. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Martin, M. (2001). Übergewicht. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis (S. 359-373). Berlin: Springer.

Pschyrembel, W. (Hrsg.) (1994). Klinisches Wörterbuch. (257. Auflage). Berlin: de Gruyter.

Revenstorf, D., Mewes, I., Stich, A., Habermüller, M. (2003). Gewichtsreduktion unter Hypnose und Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24. JG. (4), S. 499 – 512. Verfügbar unter: http://www.meg-tuebingen.de/downloads/Adipositas_Publikation.pdf [08-01-15].

Rossi, E.L. (Hrsg.). (1996). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Band 2. Heidelberg: Carl-Auer.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches

und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevison – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Schmierer, A. (2007), Curriculum zahnärztliche Hypnose und Kommunikation. Unveröffentlichte DVD, DGZH e.V., Regionalstelle Stuttgart

Tambis, K., Moum, T. & Eaves, L., (1991). Genetics and environmental contributions to the variance of the body mass index in a Norwegian sample of first degree and second degree relatives. American Journal of Human Biology 3, 257- 268.

Unestähl, L.-E. (2007). Idealgewicht. Gesprochen von Dr. Albrecht Schmierer [Audio- CD]. Stuttgart: Hypnos.

Willett, W.C., Dietz, W.H. & Colditz, G.A. (1999). Guidelines for Healthy Weight. NEJM 341, 427- 434.



cand.-psych. Jenny Bröse
jenny_broese@yahoo.de