

Die schwierige übergewichtige Patientin

Ratschläge für die Praxis: Motivationsförderung, Behandlungsansätze

Adipöse Patientinnen gelten oft als «schwierige Patientinnen», weil sie nach mehreren erfolglosen und frustrierenden Gewichtsabnahmeversuchen einer erneuten Massnahme ambivalent gegenüberstehen. Der folgende Beitrag zeigt Möglichkeiten der Motivationsförderung im Gespräch und gehäufte psychische Komorbiditäten auf. Dazu werden Ratschläge für die Praxis mit Hinweisen auf multidisziplinäre Behandlungsansätze gegeben.

BARBARA SCHLUP, KURT LAEDERACH

Übergewichtige und adipöse Patientinnen gelten in der ärztlichen Praxis oft als «schwierige Patientinnen», weil sich Ärztinnen/Ärzte vor die Aufgabe gestellt sehen, die Frauen nach wiederholten erfolglosen Gewichtsabnahmeversuchen zu einer neuen Massnahme zu motivieren. Hinzu kommt, dass bei vielen Betroffenen Essstörungen (z.B. «binge eating disorder») bestehen, die die Gewichtsreduktion noch mehr erschweren.

Bei postmenopausalen Frauen ist das Risiko einer Gewichtszunahme durch die verminderte Hormonwirkung zusätzlich erhöht: Die Abnahme von Östrogen und Progesteron führt zu einer Reduktion des basalen Metabolismus, wodurch die Gewichtszunahme begünstigt wird. Ferner vermindert sich dadurch die körperliche Aktivität (1).



Adipös und ambivalent gegenüber Gewichtsabnahme: Exploration und Förderung der persönlichen Ressourcen in einem Motivationsgespräch zur Lebensstiländerung sind erste therapeutische Schritte.

Motivation bei übergewichtigen Patientinnen

Fall 1 (Kasten 1) zeigt die typische Situation einer ambivalenten adipösen Patientin auf, die von ihrem Frauenarzt auf die Gewichtsproblematik angesprochen wird. Für ein Motivationsgespräch für eine Veränderung, in diesem Falle also für eine Gewichtsabnahme, sind nach Miller und Rollnick (2) drei Komponenten von zentraler Bedeutung für die Betroffene:

- die *Absicht* (Wichtigkeit einer Veränderung oder Grad der Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Sollzustand)
 - die *Fähigkeit* (Zuversicht, die angestrebte Veränderung zu erreichen)
 - die *Bereitschaft* (relative Priorität der Veränderung).
- Diese drei Komponenten müssen von übergewichtigen Patientinnen exploriert und verstanden werden, um die Ambivalenz bezüglich einer Veränderung aufzulösen und um den Veränderungsprozess in Gang zu setzen.

Grundsätzlich gilt: Die motivierende Gesprächsführung soll Patientinnen dabei unterstützen, ihre eigene intrinsische Motivation und ihre eigenen Ressourcen zu erforschen, sodass das Dilemma der Ambivalenz überwunden werden kann. Die Haltung der motivierenden Gesprächsführung beruht auf der Annahme, dass die Aufgabe der Ärztin/des Arztes nicht darin besteht, die Patientin zu einer Verhaltensänderung zu überreden (denn dies erhöht den Widerstand gegenüber einer Verhaltensänderung). Vielmehr zielt die motivierende Gesprächsführung darauf ab, das bei jedem Menschen vorhandene Veränderungspotenzial freizusetzen und somit den Weg für einen Veränderungsprozess zu fördern.

Vier Prinzipien liegen der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick zugrunde und sind – hier übertragen auf das Arzt-Patientin-Gespräch – zu beachten:

1. *Empathie ausdrücken*: Gefühle und Betrachtungsweisen der Patientin sollen akzeptiert werden, da-

mit der Veränderungsprozess in Gang gebracht werden kann. Ambivalenz wird als normales Verhalten und nicht als schädliche oder pathologische Abwehrhaltung betrachtet.

2. *Diskrepanzen entwickeln:* Persönlich wichtige Ziele, Werte und Wünsche der Patientin werden mit dem gegenwärtigen Istzustand in Verbindung gebracht. Die dabei wahrgenommene Diskrepanz motiviert zu einer Verhaltensänderung, wobei entscheidend ist, dass die Patientin, nicht die Ärztin/der Arzt, die Argumente für eine Verhaltensänderung liefert.
3. *Widerstand umlenken:* Widerstand der Patientin führt bei der Ärztin/beim Arzt oft dazu, die Patientin in eine bestimmte Richtung drängen zu wollen oder Lösungsvorschläge vorzubringen. Die Patientin wird dadurch gezwungen, sich zu verteidigen, statt aktiv am Lösungsprozess teilzunehmen. Widerstand wird umgelenkt, indem die Ärztin/der Arzt Fragen und Probleme an die Patientin zurückgibt und sie zu neuen Perspektiven einlädt, statt ihr diese vorzuschreiben. Der Arzt ist nicht dafür verantwortlich, eine Lösung zu finden!
4. *Selbstwirksamkeit fördern:* Selbstwirksamkeit ist ein Schlüsselement für die Motivation und gilt als guter Prä-

Kasten 1:

Fall 1: Die «unmotivierte», ambivalente Patientin

42 Jahre, ledig, keine Partnerschaft, Büroangestellte

Diagnosen:

- Adipositas Grad II, derzeitiger BMI 36,1 kg/m² (168 cm, 102 kg)
- beginnende Insulinresistenz

A. wird anlässlich einer gynäkologischen Routinekontrolle vom Arzt auf ihr Übergewicht und die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion angesprochen. Die Frau scheint zwar die Dringlichkeit einer Gewichtsreduktion zu erkennen, führt jedoch gleichzeitig zahlreiche Argumente auf, die gegen die Teilnahme an einem Programm sprechen (z.B. «zu wenig Zeit wegen der Arbeit»; «traut sich nicht zu, Arbeit und Gewichtsreduktion zu vereinbaren»; «würde es sowieso nicht schaffen und somit Zeit verschwenden»). Je mehr der Arzt sie auf die negativen Konsequenzen des Übergewichts und die bereits bestehenden Folgeerscheinungen anspricht und sie für eine Gewichtsreduktion zu motivieren versucht, desto mehr argumentiert die Patientin gegen eine solche Massnahme.

diktator für das Behandlungsergebnis. Nicht nur der Glaube und die Zuversicht der Patientin, sich verändern zu können, sondern auch der Glaube der Ärztin/des Arztes an die Fähigkeit der Person, sich verändern zu können, ist ein wichtiger Motivator!

Ratschläge für die Praxis

Motivierende Gesprächsführung ist eine differenzierte klinische Methode, die nicht wie eine Ansammlung von einzelnen Techniken angewendet werden kann, sondern erlernt und eingeübt werden muss. Eine detaillierte Beschreibung

der Gesprächstechnik mit ausführlichen Fallbeispielen findet sich bei Miller und Rollnick (2).

Essstörungen bei übergewichtigen Patientinnen

Das heute als Binge Eating Disorder (BED) bekannte Störungsbild hat sich, obwohl schon 1959 beschrieben, erst in den letzten Jahren als eigenständige Essstörungskategorie etabliert. Während das Störungsbild im ICD-10 unter den «nicht näher bezeichneten Essstörungen» aufgeführt wird, existiert in der DSM-IV eine vorläufige eigene Kategorie als Forschungsdiagnose (vgl. Tabelle).

In einer umfassenden Abklärung des Essverhaltens sollte neben der BED das Vorliegen nächtlichen Essens in Verbindung mit Ein- oder Durchschlafstörungen (Night Eating Syndrome) abgeklärt werden. Eine Übersicht dazu findet sich bei de Zwaan et al. (3).

Psychische Komorbidität

Die Prävalenz psychischer Störungen, insbesondere affektiver und Angststörungen, ist bei Frauen mit Adipositas im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen erhöht (4, 5). Die essstörungsspezifische und allgemeine Psychopathologie ist bei adipösen Frauen mit einer BED im Vergleich zu adipösen Frauen ohne Essstörung ausgeprägter (5, hier Übersicht).

Neuere Studien zeigen, dass eine Gewichtsreduktion in der Regel mit einer Besserung psychischer Symptome ein-

Tabelle:

Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung nach DSM-IV (APA, 1994)

- A. Wiederholte Episoden von «Essanfällen». Eine Episode ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:
 - (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, welche definitiv grösser ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 - (2) Ein Gefühl des Verlusts der Kontrolle über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann).
- B. Die Episoden von «Essanfällen» treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - (1) wesentlich schneller essen als normal
 - (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - (3) essen grosser Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 - (4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder grosse Schuldgefühle nach dem übermässigen Essen.
- C. Es besteht deutliches Leiden wegen der «Essanfälle».
- D. Die «Essanfälle» treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche während 6 Monaten auf.
- E. Die «Essanfälle» gehen nicht mit dem regelmässigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. Fasten oder exzessive körperliche Betätigung), und sie treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Kasten 2:

Fall 2: Die multipel belastete Patientin

52 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, Verkäuferin

Diagnosen:

- Adipositas Grad II, derzeitiger BMI 35,4 kg/m² (162 cm, 93 kg)
- Binge-Eating-Störung
- depressive Episode
- metabolisches Syndrom
- postmenopausal

B. ist seit dem Jugendalter übergewichtig und konnte ihr Gewicht trotz mehrerer kurzfristig erfolgreicher Diäten bisher nicht langfristig reduzieren (Jo-Jo-Effekt). Zurzeit gehe es ihr wegen einer Mobbing-situation bei der Arbeit nicht besonders gut und sie habe wegen vermehrtem «Frustessen» in den letzten beiden Monaten 5 kg zugenommen, berichtet sie.

Problemstellung:

Essverhalten: Die Patientin berichtet über ein chaotisches Essverhalten – tagsüber versuche sie, möglichst wenig und möglichst gesund zu essen, was ihr eigentlich ganz gut gelinge. Abends verliere sie jedoch häufig die Kontrolle über ihr Essverhalten, esse dann nach dem Abendessen massenhaft, vor allem Süßigkeiten, bis ihr fast übel sei. Seit sie von zwei Arbeitskolleginnen gemobbt werde, treten die Essanfälle fast täglich auf. Obschon es ihr nach den Essanfällen für kurze Zeit besser gehe, werde sie anschliessend von grossen Schuldgefühlen geplagt und fühle sich als Versagerin, weil sie es nicht schaffe, das Gewicht zu halten.

Psychische Befindlichkeit: Die Patientin berichtet über Gefühle der Leere und Erschöpfung, Tagesmüdigkeit, Einschlafschwierigkeiten und Antriebs- und Energielosigkeit. Sie fühle sich ausgelaugt, niedergeschlagen und traurig.

Psychosoziale Belastungen: Neben der Mobbing-situation fühle sie sich auch in der familiären Situation überfordert (Schuldschwierigkeiten und Regelverletzungen der Tochter; fehlende Unterstützung durch den Mann, der am Familienleben nur wenig teilnehme). Sie sei neben ihrer 100-prozentigen Tätigkeit als Verkäuferin alleine für die Kinderbetreuung zuständig. Sie habe manchmal das Gefühl, dass sie unter der Last zusammenbreche.

hergeht. Dabei werden die psychischen Aspekte der Adipositas in erster Linie als Folgen der Adipositas betrachtet (6, 7).

In jüngster Zeit haben sich Forschungsarbeiten vermehrt auf die Frage der Komorbidität der ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) und von Essstörungen konzentriert. Mattos und Mitarbeiter (8) fanden bei erwachsenen Patienten mit einer ADHS bei 10,4% eine Essstörung, wobei die BED bei 8,13% der Betroffenen diagnostiziert wurde und somit die häufigste Diagnose darstellte. Die Ergebnisse lassen einen gemeinsamen Wirkmechanismus (Störungen der Affekt-/Impulsregulation) vermuten.

Bei übergewichtigen Patientinnen, die wegen psychischer Störungen medikamentös behandelt werden, ist die gewichtssteigernde Wirkung einiger Präpa-

rate im Auge zu behalten, zu besprechen und in das Therapiekonzept einzubinden.

Hierzu gehören:

- Antidepressiva (z.B. Remeron, Escitalopram, Desimipramin, Anafranil)
- sämtliche Neuroleptika
- Betablocker
- Tranquilizer
- Antiepileptika
- Mood-Stabilizer (z.B. Lithium).

Behandlung der Binge Eating Disorder

Gemäss aktuellem Forschungsstand gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei der Behandlung der BED als Methode der Wahl. Die erfolgreiche Behandlung der Essanfälle ist prädiktiv für eine langfristige Stabilisation des Körpergewichts; eine klinisch relevante Ge-

wichtsreduktion konnte jedoch weder in psychotherapeutischen Behandlungsverfahren noch in Gewichtsreduktionsprogrammen festgestellt werden (5).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung

In störungsspezifischen, verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungskonzepten steht – neben der Etablierung eines gesunden, ausgewogenen und regelmässigen Essens – die Analyse auslösender und aufrechterhaltender Faktoren des unkontrollierten Essverhaltens im Vordergrund (9). Das Erkennen funktionaler Zusammenhänge zwischen Essen und Emotionen dient als Grundlage für die Entwicklung alternativer Strategien im Umgang mit negativen Emotionen und/oder Spannungszuständen. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung besteht in der Identifizierung und Veränderung dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Figur, Gewicht und Essen. Jüngste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auch Kurzzeittherapien oder Selbsthilfeprogramme zu einer deutlichen Reduktion der Essanfälle führen (10).

Gewichtsreduktionsprogramme

Im Gegensatz dazu fokussieren klassische Gewichtsreduktionsprogramme in erster Linie auf eine Veränderung der Essgewohnheiten und eine Bewegungssteigerung, während dem emotionalen Essverhalten keine besondere Bedeutung zugemessen wird. In der heutigen Praxis werden die beiden Therapiemethoden häufig kombiniert.

Bei Patientinnen mit einer BED sollte die Behandlung der Essstörung am Anfang stehen oder in die Gewichtsreduktion eingebaut werden (4, 5).

Medikamentöse Unterstützung

Als zusätzliche Unterstützung bei der Gewichtsreduktion und der Reduktion der Essanfälle können Antidepressiva (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) oder Gewichtsreduktionssubstanzen (Sibutramin, Orlistat, Rimonabant) eingesetzt werden. Der langfristige Effekt dieser Behandlungsmethode ist jedoch nicht nachgewiesen.

Fazit: Ratschläge für die Praxis

Der Umgang mit schwierigen übergewichtigen Patientinnen, bei denen eine Gewichtsreduktion dringlich ist, erfordert eine sorgfältige Abklärung der Motivation und die Förderung der intrinsischen Motivation und persönlichen Ressourcen der Patientinnen. Ziel ist es, mögliche Ambivalenzen gegenüber einer Verhaltensänderung (z.B. Veränderung des Lebensstils) aufzulösen und den Veränderungsprozess in Gang zu setzen. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2) wird nicht nur vor Beginn der Behandlung zur Motivationsabklärung angewendet. Diese Methode muss auch im Behandlungsverlauf angewandt werden, um der Patientin in schwierigen Phasen der Gewichtsreduktion die eigenen Ziele und Wünsche wieder zugänglicher zu machen und die Zuversicht in die eigene Fähigkeit, eine Veränderung zu erreichen, zu erhöhen.

Neben der Abklärung der Motivation sollte das Vorhandensein einer Essstörung (wie BED) sowie anderer komorbider psychischer Störungen (wie Depression, ADHS) und somatischer Erkrankungen (z.B. Prädiabetes, Hypertonie, Dyslipidämie) abgeklärt und separat behandelt werden. Diagnostik und Behandlung erfolgen idealerweise an einer multidisziplinären spezialisierten Institution.

In unserem multidisziplinären Adipositasprogramm am Inselspital Bern werden Methoden aus klassischen Gewichtsreduktionsprogrammen mit störungsspezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden kombiniert. Ein besonderer Fokus wird auf die Analyse des problematischen Essverhaltens (z.B. unkontrolliertes Essen/Essanfalle) gelegt. Nach der Identifikation individueller auslösender und aufrechterhaltender Faktoren werden Strategien zum Umgang mit den dysfunktionalen Essverhaltensmustern erarbeitet. Für Patientinnen mit einer BED werden bei Bedarf zusätzliche Einzelsitzungen angeboten. Bei Indikation für eine intensivere störungsspezifische Therapie werden die Patientinnen parallel oder im Anschluss an das Programm an externe psychiatrische oder psychologische PsychotherapeutenInnen überwiesen. ■



Dr. phil. Barbara Schlup
(Korrespondenzadresse)
Psychologin FSP
Universitätspoliklinik
für Endokrinologie, Diabetologie
und Klinische Ernährung
Inselspital
3010 Bern



PD Dr. med. Kurt Laederach
Leitender Arzt
Universitätspoliklinik
für Endokrinologie, Diabetologie
und Klinische Ernährung
Inselspital Bern
3010 Bern

Quellen:

1. Laederach, K.: Die Gewichtsproblematik in der Peri- und Postmenopause. Einflussfaktoren, Prävention und Therapie. *Gynäkologie* 2008; 1: 2-5.
2. Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg/Breisgau 2004.
3. De Zwaan, M., Burgard, M.A., Schenck, C.H., Mitchell, J.E.: Night time eating: A review of the literature. *European Eating Disorders Review* 2003; 11, 7-24.
4. Herpertz, S.: Adipositas ist mehr als eine Essstörung. Eine multidimensionale Betrachtung einer Pandemie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2008; 54, 4-31.
5. Wilson, G.T., Grilo, C.M., Vitousek, K.M.: Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007; 62(3), 199-216.
6. Blaine, B.E., Rodman, J., Newman, J.M.: Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. 2007; 12: 66-82.
7. Legenbauer, T., Burgmer, R., Senf, W., Herpertz, S.: Psychische Komorbidität und Lebensqualität adipöser Menschen. Eine prospektive, kontrollierte Studie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Medizin* 2007; 57: 435-441.
8. Mattos, P., Saboya, E. et al.: Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2004; 26(4), 248-250.
9. Munsch, S.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Binge Eating Disorder. Weinheim: 2003.
10. Schlup, B., Munsch, S., et al.: The efficacy of a cognitive-behavioral short-term therapy for binge eating disorder. (in Druck)

Weitere Literatur bei der Verfasserin.