

Langfristig erfolgreich behandeln

Entstehung und Persistenz einer Adipositas

Prof. Dr. Martina de Zwaan, Hannover · Prof. Dr. Anja Hilbert, Leipzig

Eine ganze Reihe psychosozialer Faktoren wird als ursächlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Adipositas eingestuft. Ursächlich mit Adipositas assoziiert sind Depression, Stress, Essstörungen, v. a. die Binge-Eating-Störung, und die Einnahme gewisser Psychopharmaka. Für die Aufrechterhaltung muss zusätzlich auf die Bedeutung von kognitiven Funktionseinschränkungen, von emotionaler Dysregulation und von Gesundheitskompetenz und ausgeprägtem Gewohnheitsverhalten hingewiesen werden. Um Adipositas langfristig erfolgreich zu behandeln, könnten sich gewisse psychotherapeutische Ansätze bewähren.

Die Nahrungsaufnahme erfüllt neben der Sättigung auch wichtige andere Funktionen, die sich unter dem Begriff der Affektregulation zusammenfassen lassen. Es findet sich nicht selten eine Koppelung von negativen emotionalen Zuständen und Nahrungsaufnahme. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse, die letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs negativer Gefühle sowohl qualitativ als auch quantitativ das Essverhalten beeinflussen.

Adipositas und Essstörungen

Mittlerweile wurde die Binge-Eating-Störung (BES) dank umfassender, vieljähriger Forschungsarbeiten im amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen (DSM-5) als eigen-

ständige Diagnose aufgenommen. Zu den Hauptmerkmalen der BES zählen wiederkehrende objektive Essanfälle, die im Durchschnitt an mindestens einem Tag in der Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten vorkommen müssen. Objektive Essanfälle sind gekennzeichnet durch ungewöhnlich große Nahrungsmengen und durch ein Gefühl des Kontrollverlusts.

Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei Symptomen auf, die Indikatoren des subjektiv empfundenen Kontrollverlustes über das Essverhalten sein können. Des Weiteren gilt, dass die Patienten ein deutliches Leiden aufgrund der Essanfälle empfinden. Patienten mit BES setzen kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtskontrolle nicht systematisch ein. Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der BES und Übergewicht bzw. Adipositas, wenn das auch

keine Voraussetzung für die Diagnose darstellt. Patienten mit BES leiden unter erhöhter allgemeiner Psychopathologie (z. B. Selbstwertprobleme, stärkere psychische Belastung, geringere psychosoziale Integration), sowie an mehr komorbiden psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen als adipöse Patienten ohne BES. Ein Zusammenhang zwischen BES und Depressivität gilt als gesichert.

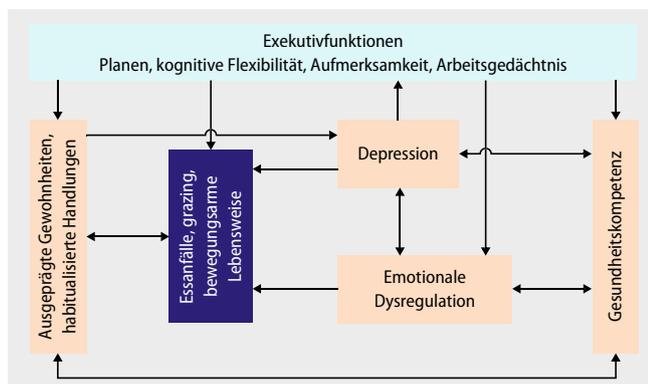
Therapie erster Wahl stellt bei BES die kognitive Verhaltenstherapie dar. Eine erfolgreiche Behandlung der Essstörungssymptomatik scheint mittel- und langfristig allerdings entgegen ursprünglicher Erwartungen keine deutliche Gewichtsreduktion nach sich zu ziehen, Patienten, die eine vollständige Remission der Essanfälle erreichen, verlieren jedoch signifikant mehr an Gewicht als Patienten, die weiterhin, wenn auch reduziert, Essanfälle angeben.

Neben der BES gibt es zahlreiche Varianten pathologischen Essverhaltens.

Adipositas, Depression und Angst

Es ist mittlerweile gut belegt, dass Adipositas mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Dies betrifft affektive Störungen, Angststörungen, durch Alkohol bedingte Störungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen. Eine Metaanalyse von 17 bevölkerungsbasierten Querschnittsuntersuchungen konnte ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen Adipositas und Depression zeigen.

Bei der Komorbidität von Adipositas und Depression ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, u. a. auch Antidepressiva und Neuroleptika, von Bedeutung. Auch psychosoziale Faktoren wie die Diskriminierung Adipöser oder mangelnder Antrieb und geringe Selbstfürsorge bei Depression stellen mögliche Faktoren dar, die diese reziproke Beziehung zwischen Depression und



Psychologisches Modell zur Aufrechterhaltung einer Adipositas.

Blickdiagnose interaktiv auf www.springermedizin.de

Knotige Parotis, gelähmtes Gesicht – bösartig oder nicht?



Eine 74-jährige Frau mit einem drei Jahre zuvor diagnostizierten Mammakarzinom stellt sich mit einer knotigen Veränderung im Bereich des Kieferwinkels und einer peripheren Fazialisparese vor. Der palpable Knoten im Bereich der Glandula parotis lässt sich gut abgrenzen, ist mobilisierbar und lässt sich gegen die Haut und die tiefen Gewebsschichten verschieben. Ebenfalls zeigt sich das Bild einer peripheren Fazialisparese mit Beeinträchtigung der mimischen Gesichtsmuskulatur sowie einem hängenden rechten Mundwinkel und einem unzureichenden Mundschluss. **Was verursachte den hier vorliegenden Befund?**



© Springer Verlag Berlin Heidelberg

- Lymphadenosis colli
- Speicheldrüsenstein
- Metastase des Mammakarzinoms in der Glandula parotis
- Borreliose

Gehen Sie auf www.springermedizin.de/5334166 und klicken Sie auf dem Beitrag Ihre Lösung an. Dort erfahren Sie sofort, ob Sie richtig liegen – nebst interessanten Infos zu diesem Fall.

Auflösung Drastischer Hautbefund – eine Folge von ...?

Es handelt sich um eine toxische epidermale Nekrolyse (TEN). Das Stevens-Johnson-Syndrom (SJS) und die toxisch epidermale Nekrolyse (TEN) gehören zu den schweren blasenbildenden Hautreaktionen, die überwiegend durch Arzneimittel ausgelöst werden. Sie werden aufgrund des klinischen Bildes sowie der gemeinsamen Pathogenese und Ätiologie als eine Krankheitsentität unterschiedlichen Schweregrades aufgefasst. Mit einer Inzidenz zwischen 1,5 und 1,8 pro 1 Mio. Personen pro Jahr sind sie insgesamt sehr selten, gehen aber mit einer hohen Letalität einher. Ein hohes Risiko zur Auslösung von SJS und TEN ist für folgende Substanzen bestätigt: Allopurinol, antibakterielle Sulfonamide, nichtsteroidale Antirheumatika vom Oxim-Typ und verschiedene Antiepileptika (Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin).



© Springer Verlag Berlin Heidelberg

Adipositas erklären könnten. In einer weiteren Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass auch Angststörungen bei Frauen wie bei Männern mit einer Adipositas zusammenhängen.

Ein psychologisches Modell zur Aufrechterhaltung der Adipositas

Neben der Rolle für die Entstehung spielen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle in der Aufrechterhaltung einer Adipositas. Basierend auf den empirischen Ergebnissen in der Literatur erstellten Raman und Kollegen ein Modell, das auf die Bedeutung psychologischer Variablen hinweist.

Folgende, sich gegenseitig beeinflussende Faktoren sind in das Modell eingegangen:

1. Exekutive Funktionen: Das Konzept der Exekutivfunktionen (EF) umfasst mentale Prozesse höherer Ordnung,

deren Zusammenspiel zielgerichtetes Verhalten und flexibles, angemessenes Reagieren auf neue Situationen und damit Selbstkontrolle gewährleistet. Bisherige Studien verdeutlichten, dass die EF bei adipösen Menschen oft beeinträchtigt sind.

2. Ausgeprägte Gewohnheiten: In der Regel bestehen unangemessene Verhaltensweisen gleich in mehreren, miteinander assoziierten Bereichen („habitual cluster behaviors“). So sind sitzende Lebensweise und ungesunde Nahrungsmittelauswahl miteinander klar assoziiert. Diese Verhaltensweisen sind ausgeprägt habituell und nicht einfach zu ändern.

3. Emotionale Dysregulation: Negative Emotionen sind bei vielen Menschen ein starker Trigger für Überessen. Eine enge Verbindung besteht daher mit Depression und Essverhaltensstörungen.

4. Depression: Über den Zusammenhang zwischen Adipositas und Depression wurde bereits ausführlich berichtet. Therapeutisch kommen psychotherapeutische wie medikamentöse Therapieansätze infrage.

5. Allgemeine Gesundheitskompetenz: Es gibt Hinweise, dass geringe Kenntnisse die eigene Erkrankung betreffend zu einer höheren subjektiven Belastung der Betroffenen führt. Psychoedukative Maßnahmen sind daher indiziert, um die Grundkompetenz bezüglich der Kenntnisse über Adipositas zu verbessern.

6. Essverhaltensstörungen und sitzende Lebensweise könnte als gemeinsame Endstrecke der oben beschriebenen psychischen Faktoren angesehen werden.

Literaturliste beim Verlag; *Cardiovasc* 2014;14 (3):28