

Morbid adipöse Patienten: Psychopathologie und Essstörungen

Ergebnisse einer präoperativen Evaluation

Johann F. Kinzl, Christoph Maier, Angelika Bösch

Eingegangen: 29. Mai 2012 / Angenommen: 20. Juli 2012 / Online publiziert: 22. November 2012
© Springer-Verlag Wien 2012

Morbidly Obese Patients: Psychopathology and Eating Disorders – Results of a preoperative evaluation

Summary

Background The prevalence of individuals who are overweight or obese has increased dramatically over the past decades, especially in high-income countries. However, the success rates of conservative therapies in morbidly obese patients are poor. Consequently, bariatric surgery is the treatment of choice for morbid obesity. Because many obese individuals who seek professional help show a high co-morbidity of mental disorders, including eating disorders, and psychosocial problems, a psychological evaluation before bariatric surgery is deemed.

Methods The patient cohort included 547 morbidly obese subjects (389 females, 158 males). All patients were recruited from the Department of Surgery, Medical University of Innsbruck. An exact psychological evaluation, using a semi-structured interview and the Structured Clinical Interview for Mental Diseases (SCID), was carried out at the Department of Psychosomatic Medicine.

Results The results of the preoperative psychiatric-psychotherapeutic evaluation of the morbidly obese patients revealed that more than half suffered from one or more mental disorders; these included in particular depression and adjustment disorders, as well as personality disorders, in particular Cluster C personality disorders. A majority of the patients showed one or more disordered eating patterns. Females showed a markedly higher rate of a “binge-eating”-disorder than males,

while males tended to be classified as “overeaters” in many cases.

Conclusions An exact preoperative psychological evaluation can make an important contribution in identifying those patients who, on one hand, are not ideal candidates for bariatric surgery, or, on the other hand, need additional psychiatric and/or psychotherapeutic treatment to cope with the new demands postoperatively.

Keywords: Morbid obesity, Bariatric surgery, Mental disorders, Eating disorders, Psychosocial problems

Zusammenfassung

Grundlagen Die Prävalenzraten an Übergewicht und Adipositas haben in den letzten Jahrzehnten besonders in den reichen Ländern stark zugenommen, gleichzeitig sind die Erfolgsraten bei den morbid Adipösen mittels konservativer Therapie mangelhaft. Deswegen ist die bariatrische Operation bei diesen Patienten die Therapie der Wahl. Da besonders bei den Adipösen, die eine professionelle Hilfe aufsuchen, eine hohe Komorbidität bzgl. psychischer Störungen, Essstörungen und psychosozialer Belastungssituationen besteht, ist eine psychische Evaluation vor der bariatrischen Operation wichtig.

Methodik Untersucht wurden 547 adipöse Patienten (389 Frauen, 158 Männer), die wegen einer morbiden Adipositas an der Chirurgie vorstellig wurden und zur psychologischen präoperativen Evaluation (semistrukturiertes klinisches Interview, SCID) an die Klinik für Psychosomatische Medizin zugewiesen wurden.

Ergebnisse Die Ergebnisse der präoperativen psychologisch-psychiatrischen Abklärung an 547 morbid adipösen Patienten zeigen, dass mehr als die Hälfte eine oder mehrere psychische Störungen, v. a. Depressionen und Anpassungsstörungen, und Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend vom Cluster C, aufweisen. Ein Großteil der adipösen Patienten weist auch eine oder mehrere gestörte Essverhaltensweisen auf, deutlich mehr Frau-

Univ.-Prof. Dr. J. F. Kinzl (✉) · C. Maier · A. Bösch
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin,
Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35,
6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: johann.kinzl@i-med.ac.at

en als Männer eine „Binge-Eating“-Störung, während Männer vorwiegend als „Overeaters“ eingestuft werden können.

Schlussfolgerungen Eine exakte präoperative psychische Abklärung ist ein wichtiger Beitrag dazu, die adipösen Patienten herauszufiltern, die einerseits für eine bariatrische Operation nicht geeignet sind, oder andererseits nach der bariatrischen Operation eine zusätzliche psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung brauchen, um mit den Anforderungen der postoperativen Umstellungen zurecht zu kommen.

Schlüsselwörter: Morbide Adipositas, Bariatrische Chirurgie, Psychische Störungen, Essstörungen, Psychosoziale Belastungsfaktoren

Einleitung

Die Prävalenzraten an Übergewicht und Adipositas haben in den letzten Jahrzehnten so stark zugenommen, dass bereits von der „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ gesprochen wird [40]. Gleichzeitig gilt noch in einem hohen Ausmaß die Aussage von Stunkard und Pudel [35], die vom „traurigen Saldo der traditionellen Adipositasbehandlung“ gesprochen haben, gekennzeichnet dadurch, dass nur wenige Adipöse überhaupt in Therapie kommen, nur wenige eine langfristige Gewichtsabnahme schaffen, die meisten die Therapie abbrechen und viele einen hohen Preis für ihre diätetischen Maßnahmen (z. B. YoYo-Effekt) zahlen.

Besonders bei stark adipösen Personen müssen die meisten konservativen Therapien als gescheitert angesehen werden, sodass in diesen Fällen die operative Behandlung eine notwendige Alternative darstellt. Eine Indikation für eine chirurgische Intervention ist dann gegeben, wenn konservative Therapien bei Patienten mit Adipositas III (BMI > 40 kg/m²) oder Patienten mit Adipositas Grad II (BMI > 35 kg/m²) mit schweren Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus) gescheitert sind. Die bariatrische Chirurgie ist bei der morbid Adipositas die effektivste Therapie, eine langfristig erfolgreiche Gewichtsreduktion zu erreichen. Da chirurgische Eingriffe, besonders die Magen-Bypass-Operation, doch einen schwer wiegenden Eingriff darstellen und alle operativen Eingriffe auch mit einem relativ hohen Komplikationsrisiko und einem gewissen Mortalitätsrisiko behaftet sind [20], ist eine genaue präoperative Abklärung auf mehreren Ebenen (chirurgisch, internistisch, psychologisch) notwendig, um eine gewisse Patientenselektion zu gewährleisten und Risikopersonen entsprechend herauszufiltern und eventuell andere Therapieoptionen einzuleiten.

Die Adipositas kann am ehesten als „psychosomatische Störung“ gesehen werden, bei der viele biologische, konstitutionelle, psychische und psychosoziale Faktoren in komplexer, interindividuell unterschiedlicher Weise zusammenwirken [5, 20, 28, 40]. Verschiedene Essstörungen werden besonders bei schwer adipösen

Patienten gehäuft gefunden, auch wenn es keine für die Adipositas typische Essstörung gibt. Am bekanntesten ist die Binge Eating-Störung (BED) [3]. Ihr Hauptmerkmal sind rezidivierende Essanfälle mit Kontrollverlust ohne anschließende kompensatorische Maßnahmen. In einigen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil von BED-Patienten mit steigendem Body Mass Index (BMI) gefunden [2, 16, 34]. Eine kürzlich veröffentlichte Studie konnte zeigen, dass das Vorliegen einer BED bei adipösen Patienten, die wegen einer bariatrischen Operation vorstellig werden, häufiger eine Achse I-Psychopathologie aufweisen als Adipöse ohne BED [14]. Weitere gestörte Essverhaltensmuster, die gehäuft bei adipösen Patienten gefunden werden, sind das „Night Eating-Syndrom“ [36] gekennzeichnet durch nächtliche Essattacken, das chronische Überessen [4], gekennzeichnet durch das Konsumieren großer Essensmengen ohne Kontrollverlust, das Naschen („Nibbling“ oder „Snacking“) und das „Craving“, d. h. den Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel besonders in Form des Süßungers.

Auch wenn einigermaßen Einigkeit darüber herrscht, dass es sich bei der Adipositas um keine psychische Störung handelt [23], ist unumstritten, dass besonders bei stark adipösen Personen psychologische Faktoren als Auslöser und bei der Aufrechterhaltung des starken Übergewichtes eine wichtige Rolle spielen und Depressionen und Angststörungen als psychische Komorbiditäten häufig zu finden sind [7, 13, 17, 33, 34], vorwiegend bei (schwer) adipösen Patienten, die eine professionelle Hilfe aufsuchen. Andererseits zeigen mehr als die Hälfte der Adipösen keine entsprechende psychische Störung [10, 24].

Ziel dieser Untersuchung war die Erfassung der psychischen Störungen, Essstörungen und psychosozialer Belastungsfaktoren bei einer Gruppe morbid adipöser Patienten, die wegen einer bariatrischen Operation die Innsbrucker Klinik aufsuchten.

Methodik

In die Untersuchung eingeschlossen wurden alle weiblichen und männlichen Patienten, die im Zeitraum zwischen März 2005 und März 2010 von der Chirurgischen Klinik Innsbruck zur präoperativen Abklärung an die Ambulanz der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin in Innsbruck zugewiesen wurden. Hingewiesen werden soll in diesem Zusammenhang, dass alle Patienten, die aufgrund einer morbid Adipositas an der Universitätsklinik für Chirurgie in Innsbruck vorstellig werden, zur Abklärung evtl. psychischer Störungen und psychologischer Tauglichkeit für die bariatrische Operation zugewiesen werden [22].

Ziel der präoperativen psychischen Evaluation ist neben einer ausführlichen psychischen und biographischen Anamnese die Abklärung der Motivation der Patienten, ihre Auseinandersetzung mit dem geplanten Eingriff sowie die Erwartungen an den Eingriff [9]. Bei

der Untersuchung an der Psychosomatischen Abteilung in Innsbruck werden folgende Punkte abgeklärt:

- Soziodemokratische Daten (Alter, Beruf, Familienstand)
- Familiäre Belastung im Bezug auf Adipositas
- Essverhalten und Essstörungen
- Subjektives Erklärungsmodell für die Adipositas
- bisherige konservative Therapieversuche, Gewicht abzunehmen
- Ausmaß an körperlicher bzw. sportlicher Aktivitäten
- Akute und chronische psychosoziale Belastungen
- Negative Kindheitserfahrungen
- Vorliegen einer psychischen Störung (zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. Lebenszeit)
- Vorliegen von verschiedenen Suchtformen
- Medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlungen
- Motivation zum operativen Eingriff
- Erwartungen an die bariatrische Operation
- Zielgewicht bzw. Wunschgewicht nach der bariatrischen Operation
- Psychosoziale Unterstützung.

Insgesamt wurden 547 Patienten im erwähnten Zeitraum vom gleichen Psychiater (JFK) untersucht. Das Patientenkollektiv setzt sich aus 389 (71,1 %) Frauen und 158 (28,9 %) Männer zusammen.

Die Erhebung der Daten erfolgte mit Hilfe eines semi-strukturierten Interviews. Bei der Einschätzung der Art der Essstörung konnte nur bedingt auf die Kriterien des DSM-IV bzw. ICD-10 zurückgegriffen werden, da in diesen Diagnosemanualen mit Ausnahme der „Binge-Eating Störung“ keine anderen Essstörungen beschrieben werden, die bei Adipösen gehäuft gefunden werden.

Die Zeitdauer der Interviews beträgt jeweils etwa 1 h, wobei bei einigen Patienten auch mehrere Therapiestunden verwendet wurden.

Ergebnisse

Sozioökonomische Daten

Das durchschnittliche Alter der adipösen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug 40 Jahre ($\pm 12,8$ Jahre), das der Frauen 39,4 Jahre ($\pm 12,8$ Jahre) und das der Männer 41,4 Jahre ($\pm 12,4$ Jahre).

Während 31,9 % der adipösen Frauen alleine (ledig, verwitwet oder geschieden) bzw. 68,1 % in einer (festen) Partnerschaft lebten, waren dies bei den Männern 48,2 % bzw. 51,9 %.

Die Berufstätigkeit ist in Tab. 1 dargestellt.

Von den PensionistInnen war ein Großteil nicht aufgrund ihres Alters sondern aufgrund der adipositasassoziierten körperlichen Folgen oder wegen der psychischen Störung frühpensioniert.

Tab. 1 Berufstätigkeit

Charakteristika	Frauen ^a (n=389)	Männer ^a (n=158)
Berufstätig (n=290; 53 %)	194 (49,9)	96 (60,8)
Arbeitslos (n=48; 8,8 %)	23 (5,9)	25 (15,8)
Pension (n=94; 17,2 %)	64 (16,5)	30 (19,0)
Krankenstand (n=10; 1,8 %)	4 (1,0)	6 (3,8)
Karenz (n=29; 5,3 %)	29 (7,5)	0
Hausfrau/Hausmann (n=64; 11,7 %)	63 (16,2)	1 (0,6)
Studentin/Schülerin (n=12; 2,2 %)	12 (3,1)	0

^aProzentwerte in Klammern

Gewicht

Das Körpergewicht der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung ist in Tab. 2 dargestellt.

Der Gewichtsbereich bei den Frauen lag zwischen 70 und 200 kg (BMI 31,8 bis 66,8 kg/m²) und bei den Männern zwischen 100 bis 210 kg (BMI 33,7–64,1 kg/m²).

Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede des BMI hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen, weder im Gesamtkollektiv ($p=0,425$) noch bei den Frauen ($p=0,583$) oder Männern ($p=0,406$).

Das postoperative Wunschgewicht, welches die Adipösen in einigen Jahren nach dem operativen Eingriff erreichen wollten, lag bei den Frauen bei einem BMI von $26,3 \pm 3,0$ kg/m², (range 20,8–37,1), während sich die Männer mit einem mittleren BMI von $28,7 \pm 3,1$ kg/m² (range 23,1–39,2) zufrieden geben würden ($p < 0,001$).

Das Ausmaß der gewünschten Gewichtsabnahme lag - ausgedrückt im BMI-Punkten (kg/m²) - im Mittel bei $15,2 \pm 4,7$ kg/m², wobei ein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied besteht (Frauen: Männer = $15,5 \pm 4,6$ vs. $14,6 \pm 4,9$; $p=0,046$).

Die Prävalenz von übergewichtigen Familienmitgliedern und des Partners/der Partnerin ist in Tab. 3 dargestellt.

Tab. 2 Präoperatives Gewicht

Charakteristika	Gewicht (MW \pm SD)	Gewicht (Median)	BMI (MW \pm SD)	BMI (Median)
Frauen (n=387)	113,8 \pm 16,8	112	41,8 \pm 5,1	40,8
Männer (n=158)	138,2 \pm 19,6	138	43,3 \pm 5,8	41,8

Tab. 3 Übergewicht bei Familienmitgliedern

Charakteristika	Frauen ^a	Männer ^a
Übergewicht in der Familie (n=467; 86,8 %)	329 (85,9)	138 (89,0)
Übergewicht bei Elternteil (n=399; 74,4 %)	276 (72,3)	123 (79,9)
Übergewicht bei Großeltern (n=329; 67,4 %)	236 (66,9)	93 (68,9)
Übergewicht bei Geschwistern (n=232; 49,3 %)	161 (48,1)	71 (52,2)

^aProzentwerte in Klammern

Tab. 4 Beginn des Übergewichts

Charakteristika	Frauen ^a (n=389)	Männer ^a (n=158)
Kleinkindesalter (n=239; 43,7 %)	170 (43,7)	69 (43,7)
Pubertät (n=70; 12,8 %)	49 (12,6)	21 (13,3)
Adoleszenz (n=31; 5,7 %)	23 (5,9)	8 (5,1)
Junges Erwachsenenalter (n=143; 26,1 %)	102 (26,2)	41 (25,9)
Späteres Erwachsenenalter (n=64; 11,7 %)	45 (11,6)	19 (12,0)

^aProzentwerte in Klammern

Dabei zeigt sich, dass das Vorliegen von Übergewicht bei den Eltern häufig auch mit einem Übergewicht bei den Großeltern und den Geschwistern verknüpft ist. Es zeigte sich aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem BMI der Probanden und den Vorliegen von Übergewicht bei den Eltern ($p=0,101$).

Der Beginn des Übergewichtes ist in Tab. 4 dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Als Auslöser für den Beginn des Übergewichtes bzw. einer deutlichen Verschärfung der Gewichtsproblematik wurden neben der Schwangerschaft (etwa die Hälfte) v. a. berufliche oder private Veränderungen (etwa ein Viertel), Krankheiten (21 %), belastende Lebensereignisse (20 %), Aufhören mit dem Rauchen (20 %), Medikamente (8 %) und Diäten (8 %) genannt. Die Ergebnisse zeigen z. T. deutliche Geschlechtsunterschiede (z. B. berufliche oder private Veränderungen, Unfall).

Subjektives Erklärungsmodell

Als Erklärung für die Entstehung der Adipositas aber auch für das Nichtgelingen einer erfolgreichen langfristigen Gewichtsabnahme werden v. a. gestörte Essverhaltensmuster und seltener weniger beeinflussbare Faktoren wie Krankheiten, Hormonstörungen und Medikamente angegeben (Tab. 5).

Essstörungen

Aus der genauen Erhebung des Essverhaltens konnten verschiedene Störungsmuster eruiert werden (Tab. 6).

Die Ergebnisse zeigen, dass nur bei einer Minderheit ($n=93$; 17 %) der adipösen Patienten das Essverhalten als „normal“ einzustufen ist, während ein Großteil der Adipösen ein gestörtes Essverhaltensmuster aufweist. Deutlich mehr Frauen als Männer haben eine totale oder partielle „Binge-Eating“-Störung, während Männer deutlich häufiger als Frauen als „chronische Überesser“ [4] aufgefasst werden können, d. h. diese Personen geben an, „gerne zu essen“ („hedonistische Esser“), besonders dann, wenn es ihnen schmeckt; sie haben aber – im Gegensatz zu den Adipösen mit einer BED – eine ausreichende Kontrolle über ihr Essverhalten, wollen aber nicht aufhören. 25 (4,6 %) der „Overeaters“ wiesen

Tab. 5 Subjektives Erklärungsmodell für Adipositas (Mehrfachangaben möglich)

Charakteristika	Frauen ^a (n=361)	Männer ^a (n=140)
Häufig zu viel („zu gerne“) essen (n=347; 69,3 %)	234 (64,8)	113 (80,7)
Frustessen (n=162; 32,3 %)	131 (36,3)	31 (22,1)
„Falsches Essverhalten“ (n=101; 20,2 %)	75 (20,8)	26 (18,6)
Essanfälle (n=94; 18,8 %)	77 (21,3)	17 (12,1)
Zu wenig Bewegung (n=89; 17,8 %)	54 (15,0)	35 (25,0)
Gene, Anlage (n=79; 15,8 %)	53 (14,7)	26 (18,6)
Hormonstörung (n=37; 7,4 %)	32 (8,9)	5 (3,6)
Krankheit (n=31; 6,2 %)	25 (6,9)	6 (4,3)
„Erziehung zu falschem Essen“ (n=30; 6,0 %)	19 (5,3)	11 (7,9)
Medikamente (n=23; 4,6 %)	20 (5,5)	3 (2,1)
„Stressessen“ (n=18; 3,6 %)	14 (3,9)	4 (2,9)
Fehlendes Sättigungsgefühl (n=14; 2,8 %)	12 (3,3)	2 (1,4)
Übermäßiger Alkoholkonsum (n=7; 1,4 %)	0	7 (5,0)

^aProzentwerte in Klammern

Tab. 6 Essstörungen bzw. gestörtes Essverhalten

Essstörungen	Frauen ^a (n=347)	Männer ^a (n=158)
„Binge-Eating“-Störung (n=101; 17 %)	79 (20,3)	22 (13,9)
Partielle „Binge-Eating“-Störung (n=38; 6,9 %)	33 (8,5)	5 (3,2)
„Overeating“ (n=267; 48,8 %)	165 (42,4)	102 (64,6)
„Frustessen“ (n=112; 20,5 %)	95 (24,4)	17 (10,8)
Naschen („Nibbling“) (n=85; 15,5 %)	73 (18,8)	12 (7,6)
Kein Sättigungsgefühl (n=34; 6,2 %)	26 (6,7)	8 (5,1)
Grasen („Grazing“) (n=32; 5,9 %)	25 (6,4)	7 (4,4)
„Night Eating Syndrome“ (n=18; 3,3 %)	16 (4,1)	2 (1,3)
„Craving“ (n=3; 0,5 %)	3 (0,8)	0

^aProzentwerte in Klammern

zusätzlich eine BED auf, 76 (13,9 %) noch ein anderes gestörtes Essverhalten.

Frauen mit dem Vollbild einer „Binge-Eating“-Störung weisen den höchsten durchschnittlichen BMI ($44,3 \pm 4,9$) auf, Frauen mit einem „normalen Essverhalten“ den niedrigsten Wert (BMI $41,4 \pm 4,6$).

Psychische Störungen

Die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei den adipösen Patienten liegt bei 58,9 % ($n=322$). Dabei weisen Frauen im Laufe ihres Lebens mit 64,5 % ($n=251$) zumindest eine psychische Störung auf, bei den Männern liegt die Lebenszeitprävalenz bei 44,9 % ($n=71$). Bei 225 (41,1 %) u adipösen Patienten ergeben sich keine Hinweise auf eine psychische Störung zum Untersuchungszeitpunkt oder früher.

Tab. 7 Psychische Störungen (DSM-IV Achse I) (Mehrfachangaben möglich)

Psychische Störungen	Frauen ^a (n=389)	Männer ^a (n=158)
Depression jetzt (n=84; 15,4 %)	67 (17,2)	17 (10,8)
Depression früher (n=26; 4,8 %)	25 (6,4)	1 (0,6)
Anpassungsstörung jetzt (n=74; 13,5 %)	65 (16,7)	9 (5,7)
Anpassungsstörung früher (n=75; 13,7 %)	53 (13,6)	22 (13,9)
Angstkrankheit jetzt (n=23; 4,2 %)	20 (5,1)	3 (1,9)
Angstkrankheit früher (n=9; 1,6 %)	6 (1,5)	3 (1,9)
PTSD (n=3; 0,5 %)	2 (0,5)	1 (0,6)
Somatoforme Störung (n=26; 4,8 %)	21 (5,4)	5 (3,2)
Alkoholmissbrauch (n=13; 2,4 %)	2 (0,5)	11 (7,0)
Nikotinmissbrauch jetzt (n=141; 25,9 %)	91 (23,6)	50 (31,6)
Nikotinmissbrauch früher (n=123; 22,6 %)	91 (23,6)	38 (24,1)
Andere psychische Störungen (n=34; 6,2 %)	20 (5,1)	14 (8,9)

^aProzentwerte in Klammern

Die verschiedenen psychischen Störungen (außer Essstörungen) sind in Tab. 7 dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa ein Fünftel früher oder zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Major Depression haben und mehr als ein Viertel eine Anpassungsstörung, meist mit depressiver Stimmung.

Ein Fünftel (n=110) der Probanden weisen eine klinisch relevante Persönlichkeitsstörung (DSM IV-TR) auf; davon sind etwa die Hälfte (n=53) dem Cluster C (Frauen vs. Männer=11,8 % vs. 4,4 %) zuzuordnen, knapp ein Viertel (n=21) dem Cluster B (Frauen vs. Männer=3,1 % vs. 5,7 %) und etwas mehr als ein Viertel (n=28) der Kategorie „Persönlichkeitsstörung NNB“ (Frauen vs. Männer=3,6 vs. 8,9 %). Nur drei adipöse Patienten (eine Frau, zwei Männer) haben eine Persönlichkeitsstörung vom Cluster A (paranoide Persönlichkeitsstörung), fünf (davon nur eine Frau) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (Cluster B und C).

Von der Gesamtgruppe stehen 92 (16,8 %) zum Zeitpunkt der Untersuchung in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung, davon 77 (19,8 %) Frauen und 15 (9,5 %) Männer. Frauen mit einer BED befinden sich mit einem Anteil von 32,9 % (n=26) etwa doppelt so häufig in psychiatrischer Behandlung als die übrigen Patienten.

Mehr als drei Viertel (76,2 %) der adipösen Patienten (Frauen>Männer) geben an, dass sich das starke Übergewicht negativ auf ihre Psyche ausgewirkt habe. Vor allem kommt es zu einer deutlichen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls (72,6 %), der seelischen Befindlichkeit (45,3 %) und zu sozialen Rückzugstendenzen (60,3 %), oft verbunden mit Problemen beim Kleiderkauf und der körperlichen Hygiene.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie an einer großen Patientenpopulation bestätigen frühere Erhebungen, dass es sich bei den Adipösen um eine heterogene Gruppe auf mehreren Ebenen handelt, wobei die verschiedenen genetischen und nicht genetischen Faktoren in komplexer Weise zusammen wirken [6, 18]. Wie eine amerikanische Studie der Arbeitsgruppe bei adipösen Adoleszenten zeigen konnte, ist es aber bei zukünftigen Studien sinnvoll und notwendig, homogene Subgruppen Adipöser mit unterschiedlichen psychopathologischen Niveaus zu identifizieren, auch um effektivere und individualisierte Therapiestrategien entwickeln zu können [38].

Auch in dieser Studie sind Adipöse aus niedrigen sozioökonomischen Schichten stark überrepräsentiert. Dies zeigt sich neben der Berufszugehörigkeit v. a. in der Tatsache, dass ein Großteil der Adipösen aus Stadtteilen in Innsbruck kommt, in denen besonders viele Menschen aus der sozialen Unterschicht wohnen, während deutlich weniger Adipöse aus Innsbrucker Stadtteilen kommen, die als teuer gelten und bevorzugt von Menschen der oberen Mittelschicht und der Oberschicht bewohnt werden.

Diese Studie bestätigt auch die Ergebnisse anderer Studien bei Adipösen, die eine professionelle Hilfe aufsuchen, nämlich die hohen Prävalenzraten von psychischen Störungen. Dabei zeigte sich neben der zu erwartenden hohen Anzahl von atypischen Essstörungen die hohe Prävalenz von depressiven Störungen, während Angststörungen deutlich seltener zu finden waren. Besonders häufig zeigten sich Anpassungsstörungen, meist als Ausdruck psychosozialer Belastungssituationen. Diese Belastungssituationen waren häufig auch wieder Auslöser für ein gestörtes Essverhalten z. B. im Sinne eines „Frustessens“.

Bei etwa 5 % der untersuchten Patienten wurde von psychiatrischer Seite vorerst eine Kontraindikation für eine bariatrische Operation ausgesprochen, weil auf einer oder mehreren Ebenen (z. B. unzureichend behandelte affektive Störung; massive Essstörung im Sinne einer Bulimie; schwere emotional instabile Persönlichkeitsstörung; massive psychosoziale Belastungssituationen) keine ausreichende psychische und psychosoziale Stabilität gegeben war, um den durch die Operationen notwendigen Anpassungsleistungen (z. B. neues Essverhalten) gerecht werden zu können.

Jeder sechste adipöse Patient war zum Zeitpunkt der Untersuchung gerade in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung, und zwar doppelt so viele Frauen wie Männer (19,8 vs. 9,5 %). Unsere Ergebnisse stimmen mit denen anderer Forscher [12, 28, 30] überein, dass Patienten mit einer BED sich besonders häufig in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, auch weil sie gehäuft andere psychische Störungen aufweisen, und in vielen Fällen zusätzlich akute und/oder chronische Belastungssituationen vorliegen. Wie in einer früheren Verlaufs-

studie bei morbid adipösen Patienten gezeigt werden konnte, ist das Vorliegen vorwiegend mehrerer psychischer Störungen – meist einer Kombination einer psychischen Störung mit einer Persönlichkeitsstörung – ein gewisser Risikofaktor für eine etwas schlechtere Prognose nach einer bariatrischen Operation, es aber keinen Grund gibt, diese Patienten von vornherein von einer bariatrischen Operation auszuschließen [17].

Wir stimmen mit Bölter et al. [1] überein, dass durch eine präoperative psychosomatische Diagnostik die potenziell vorliegende Psychopathologie der morbid Adipositas, deren aufrechterhaltenden Bedingungen und die Rolle des Essverhaltens abgeklärt werden sollte, um entscheiden zu können, ob die bariatrische Therapieform für den entsprechenden Patienten geeignet ist. Wir müssen uns aber zum jetzigen Zeitpunkt eingestehen, dass wir zum jetzigen Zeitpunkt nur bedingt wissen, welche Therapieform für welchen Patienten zu welchem Zeitpunkt die beste ist.

Unsere Ergebnisse sind im Einklang mit denen anderer Forscher [8, 24, 30], dass sich eine depressive Symptomatik bei Adipösen, v. a. bei adipösen Frauen, häufig finden lässt, wobei sowohl die Depression über eine Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens die Entwicklung einer Adipositas begünstigt als auch die Adipositas eine Selbstwertproblematik und depressive Verstimmung mit sozialem Rückzug zur Folge hat. Besonders adipöse Frauen erleben häufig eine soziale Stigmatisierung, was gelegentlich auch zu Arbeitsplatzproblemen führte („gewichtbezogene Stigmatisierung“) [11].

Fast alle Patienten, die angaben, früher starke Raucher gewesen zu sein, gaben eine deutliche Gewichtszunahme innerhalb der folgenden Monate an. Vor allem Adipöse mit einer BED gaben besonders häufig eine Tabakabhängigkeit an, ein Ergebnis, das auch von anderen Forschern bestätigt wird [28, 41]. Sowohl Rauchen als auch Essattacken scheinen gemeinsame Funktionen als Coping-Strategie im Umgang mit negativen Emotionen und Stress zu haben [31].

Ob die Ergebnisse der verschiedenen Studien es rechtfertigen, die Adipositas als Erkrankung im Psychiatrischen Kapitel der 5. Revision des DSM zu berücksichtigen [39], kann aus unseren Ergebnissen nicht beantwortet werden. Marcus und Mitarbeiter [23], die Wakefield's Definition einer psychischen Störung [40] wie „harmful mental dysfunction“ verwenden, meinen, dass diese Voraussetzungen bei vielen Adipösen nicht gegeben sind. Andererseits gibt es verschiedene Untergruppen von Adipösen, gekennzeichnet durch erhöhte Impulsivität, emotionale Labilität, Leidensdruck und gestörtes Essverhalten, bei denen die Kriterien für eine psychische Störung erfüllt sind [19]. Auch können verschiedene Forschungsergebnisse bei adipösen Patienten belegen, dass adipositasassoziiertes Essverhalten nicht nur auf phänomenologischer Ebene süchtigem Verhalten ähnlich ist, sondern dass auch gemeinsame neurobiologische Funktionssysteme an der Entstehung und dem Verlauf der Adipositas beteiligt sind [15]. ■

Interessenskonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

1. Bölter AF, Rosenthal A, Wolff S. Psychische Faktoren bei Magenbandimplantation. Ergebnisse einer Follow-up Untersuchung. *Nervenarzt* 2009;81:577–83.
2. Bruce B, Agras WS. Binge eating in females: a population-based investigation. *Int J Eat Disord*. 1992;12:365–73.
3. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe, 2003.
4. Fairburn CG, Walsh BT. A typical eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, Herausgeber. *Eating disorders and obesity*. New York: The Guilford; 1995. S. 135–40.
5. Frieeling H, Hinney A, Bleich S. Genetische Aspekte der Adipositas. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer; 2008. S. 265–70.
6. Hebebrand J. Adipositas: Eine komplexe, multifaktorielle Störung. In: Hilbert A, Dabrock P, Rief W, Herausgeber. *Gewichtige Gene*. Bern: Huber; 2008. S. 123–34.
7. Herpertz S, Burgmer R, Stang A. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res*. 2006;61(1):95–103.
8. Herpertz S. Psychische Komorbidität der Adipositas. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer; 2008. S. 292–5.
9. Herpertz S, de Zwaan M. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer; 2008. S. 356–60.
10. Hilbert A, Dierk JM, Conradt M. Geschlechtsunterschiede im psychologischen Funktionsniveau bei adipösen Erwachsenen. *Aktuel Ernährungsmed*. 2006;31:260–8.
11. Hilbert A. Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer; 2008. S. 288–91.
12. Hsu LKG, McDonagh B, Krupa Das S. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes*. 2002;26:1398–403.
13. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler R. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348–58.
14. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg*. 2012;22:389–97.
15. Kiefer F, Grosshans M. Beitrag der Suchtforschung zum Verständnis der Adipositas. *Nervenarzt* 2009;80:1040–49.
16. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E. Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *Eating Weight Disord*. 1999;4(4):169–74.
17. Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16:1609–14.
18. Kinzl JF. Morbid obesity: significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eating Weight Disord*. 2010;15:e275–80.
19. Kinzl JF, Biebl W. Sind Essstörungen Süchte? *Neuropsychiatrie* 2010;24(3):200–8.

20. Kinzl JF. Psychological aspects in obesity. *Wien Med Wochenschr.* 2012; (in press).
21. Lanthaler M, Aigner F, Kinzl JF. Long-term results and complications following adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2010;20(8):1078–85.
22. Maier C. *Morbide Adipositas: Psychopathologie und psychosoziale Faktoren vor bariatrischer Operation.* Medizinische Universität Innsbruck, Dissertation 2011.
23. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord.* 2009;42:739–53.
24. McElroy S, Kotwal R, Malhotra S. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:634–51.
25. McElroy SL, Frye MA, Helleman G. Prevalence and correlates of eating disorders in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;128:191–8.
26. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* 2008;70:288–97.
27. Pomerleau CS, Saules K. Body image, body dissatisfaction, and eating patterns in normal-weight and overweight/obese women current smokers and never-smokers. *Addict Behav.* 2007;32:2329–34.
28. Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23:30–6.
29. Rief W, Hilbert A. Ist Adipositas eine Krankheit? Überlegungen aus psychologischer Sicht. In: Hilbert A, Dabrock P, Rief W, Herausgeber. *Gewichtige Gene.* Bern: Huber; 2008. S. 123–34.
30. Roberts RE, Kaplan GA, Sherma SJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol.* 2000;152:163–70.
31. Schröter M, Batra A. Tabakabhängigkeit bei Essstörungen und Adipositas. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas.* Heidelberg: Springer; 2008. S. 303–10.
32. Schulz S, Laessle RG. Associations of negative affect and eating behavior in obese women with and without binge eating disorder. *Eating Weight Disord.* 2010;15:287–93.
33. Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes.* 2008;32:192–200.
34. Simon GE, von Korff M, Saunders K. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:824–30.
35. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord.* 1992;11:191–203.
36. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med.* 1955;19(1):78–86.
37. Stunkard A, Pudel V. Adipositas. In: Uexküll Th, Herausgeber. *Psychosomatische Medizin* 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg; 1996. S. 581–98.
38. Sysko R, Zakarin EB, Devlin MJ, Bush J, Walsh BT. A latent class analysis of psychiatric symptoms among 125 adolescents in a bariatric surgery program. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6:289–97.
39. Volkow ND, Wang GJ, Telang F. Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage* 2008;42:1537–43.
40. Wakefield JC. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am J Psychol.* 1992;47:473–88.
41. White MA, Grilo CM. Psychiatric comorbidity in binge eating disorder as a function of smoking history. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:594–9.
42. Wirth A. Ätiologie und Diagnostik der Adipositas. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Herausgeber. *Handbuch Essstörungen und Adipositas.* Heidelberg: Springer; 2008. S. 246–54.
43. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Genf: WHO Technical Report Series 894, 2000.