

# Verhaltenstherapeutische Strategien in der Adipositas therapie

## Praxisbeispiele

T. Ellrott<sup>1</sup>; M. Thiel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Ernährungspsychologie an der Universitätsmedizin Göttingen; <sup>2</sup>Diplom-Psychologe, Hamburg

### Schlüsselwörter

Adipositas, Verhaltenstherapie, Verhaltensmodifikation, multimodale Therapieprogramme, langfristige Gewichtsstabilisierung

### Zusammenfassung

Verhaltenstherapeutische Strategien ergänzen nicht-interventionelle Behandlungsansätze zur Therapie von Adipositas. Sie wirken synergistisch zur diätetischen Therapie und Bewegungstherapie sowie ggf. zur Pharmakotherapie. In der Leitlinie zur Therapie von Adipositas (Edition 2014) werden mehrere verhaltenstherapeutische Elemente bzw. Einzelstrategien aufgeführt: Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt, Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens, Stimuluskontrolle, kognitive Umstrukturierung, Zielvereinbarungen, Problemlösetraining/Konfliktlösetraining, Soziales Kompetenztraining / Selbstbehauptungstraining, Verstärkerstrategien, Rückfallprävention, Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht sowie soziale Unterstützung. Diese Anwendung dieser Strategien wird in diesem Beitrag erläutert und durch Praxisbeispiele illustriert. Darüber hinaus werden weitere optionale verhaltenstherapeutische Elemente bzw. Einzelstrategien diskutiert: Langfristige Gewichtsstabilisierung, Bereitstellung von Lebensmitteln, Stressmanagement, Integration von verhaltenstherapeutischen Strategien in multimodale Therapieprogramme sowie digitale Kommunikationswege.

### Keywords

Obesity, behavior therapy, behavior modification, multi modal treatment programs, self-monitoring, long-term weight stabilization

### Summary

Behavioral therapy consists of different methods and techniques for systematic modification of behavior. It is an important part of professional non-interventional obesity treatment approaches. Behavioral therapy has synergistic effects when combined with dietary interventions, physical activity and pharmacotherapy. In the German Guideline for the treatment of obesity (edition 2014) several singular strategies for behavior modification are recommended: Self-monitoring, training of flexible control of eating behavior and physical activity, stimulus control techniques, cognitive restructuring, goal setting, problem solving, training of social competence, reinforcement strategies, relapse prevention, strategies in case of weight regain and social support. Using these strategies is discussed in this paper and illustrated with examples. In addition to this, further optional strategies are discussed: Weight loss maintenance, food provision, stress management, integration of multiple behavior modification strategies in professional multi-modal treatment programs and digital intervention strategies.

Verhaltenstherapeutische Strategien zum Gewichtsmanagement beinhalten systematische Techniken und Methoden zur Verhaltensmodifikation, die es übergewichtigen bzw. adipösen Individuen ermöglichen, das eigene Essverhalten und Bewegungsverhalten so weit zu modifizieren, dass erfolgreiches Gewichtsmanagement möglich wird. Sie wirken somit im Verbund mit diätetischer Therapie und einer Steigerung der körperlichen Aktivität. In den aktuellen Leitlinien zur Therapie der Adipositas werden diätetische Therapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltenstherapie im Verbund als Basisprogramm für die professionelle Therapie von Adipositas definiert. In diesem Beitrag werden die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Strategien zum Gewichtsmanagement vorgestellt und anhand von Praxisbeispielen aus einem multimodalen Therapieprogramm erläutert.

## Verhaltenstherapie in der Adipositas-Leitlinie 2014

In der aktuellen Leitlinie zur Prävention und Therapie von Adipositas (1) werden verhaltenstherapeutische Strategien im Kapitel 5.4.4 diskutiert. Es gibt insgesamt vier Empfehlungen zur Verhaltenstherapie (5.29–5.32):

5.29 *Verhaltenstherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppensetting sollen Bestandteil eines Programms zur Gewichtsreduktion sein.*

5.30 *Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen an die Betroffenen und ihre Situation angepasst werden.*

5.31 *Verhaltenstherapeutische Interventionen und Strategien zum Einsatz bei Übergewicht und Adipositas sollen verschiedene Elemente enthalten.*

### Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ellrott  
Institut für Ernährungspsychologie an der  
Universitätsmedizin Göttingen  
Humboldtallee 32, 37073 Göttingen  
Tel. 0551/396741  
E-Mail: tellrot@med.uni-goettingen.de

### Behavioural therapy in treatment of obesity Practical examples

Adipositas 2015; 9: 221–231

Abb. 1 Kombiniertes Ess-, Trink- und Bewegungsprotokoll im Optifast-52-Programm (Vor- und Rückseite).

5.32 Das Spektrum der geeigneten Interventionen und Strategien kann folgende psychotherapeutische Elemente enthalten:

- Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung)
- Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle)
- Stimuluskontrolle
- Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)
- Zielvereinbarungen
- Problemlösetraining/Konfliktlösetraining
- Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining
- Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen)
- Rückfallprävention
- Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht
- Soziale Unterstützung

Die in Empfehlung 5.32 genannten therapeutischen Elemente/Einzelstrategien werden im Folgenden erläutert, um weitere aktuell diskutierte Einzelstrategien ergänzt und mit Beispielen aus einem Therapieprogramm<sup>1</sup> illustriert.

## Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt

*Leitlinientext: Selbstbeobachtungsstrategien spielen im Rahmen der Verhaltenstherapie meist eine zentrale Rolle. Betroffene lernen z. B. über regelmäßige Kontrolle des eigenen Gewichts, der Essmenge und -struktur sowie von Bewegung und Aktivität auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen kennen. Über das Führen von Tagebüchern können Besonderheiten herausgearbeitet werden. Positive Veränderungen werden als Verstärker wirksam.*

Tools zur Selbstbeobachtung sowohl von Ess- als auch Bewegungsverhalten sind die wahrscheinlich wichtigsten verhaltenstherapeutischen Hilfsmittel zur Verhaltensmodifikation (2–5). Im Optifast-52-Therapieprogramm kommen sie während der gesamten Programmdauer als sog. Fastenbegleiter (in den ersten 12 Programmwochen während paralleler Formula-Diät<sup>2</sup>) und Ernährungsbegleiter (für den Rest des Programms nach Umstellung auf normale

Lebensmittel) zum Einsatz. Diese Begleiter sind kleine gedruckte Tagebücher/Protokolle, die sowohl Nahrungsaufnahme, Trinkverhalten, körperliche Aktivität, situative Aspekte und Befindlichkeit erfassen (► Abb. 1). Sie haben eine doppelte Funktion: Zum einen dienen sie als Beratungsgrundlage für die professionellen Therapeuten im Programm, die die Patienten wöchentlich etwa 3–4 Stunden in Gruppen- und Einzelberatung schulen. Zum anderen führt bereits das Aufschreiben selbst zu erwünschten Verhaltensänderungen, da Gewohnheiten sichtbar und so bewusst reflektiert werden.

## Praxisbeispiele:

Fr. M. (46) schrieb in ihren Fastenbegleiter: „Habe mich wieder so über meinen Vorgesetzten geärgert. Früher wäre ich sofort nach Feierabend auf eine Currywurst in meinen Lieblingsimbiss gefahren, um mich zu beruhigen. Heute gehe ich erst mal mit dem Hund spazieren, um runterzukommen. Das hilft genauso und verbraucht sogar zusätzliche Kalorien!“

Hr. K (35): „Habe diese Woche zugenommen, muss einfach mehr Wasser trinken. Der Ernährungsbegleiter erinnert mich daran. Wenn ich Wasser trinke, dann esse ich weniger. Stelle mir jetzt immer ein volles Glas Wasser neben das Telefon. Nach jedem Telefonat trinke ich einen Schluck.“

Erfahrene Therapeuten können schon an Hand der Ausführlichkeit des Protokollie-

1 Alle Praxisbeispiele sind aus dem multiprofessionellen Jahres-Therapieprogramm Optifast-52 entnommen. Das Programm wird in etwa 40 Zentren in Deutschland ambulant für Patienten mit morbidem Adipositas angeboten. Der mittlere BMI der Teilnehmer liegt bei 41 kg/m<sup>2</sup>. Die Beratung der Patienten erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Ernährungsfachkräften, Verhaltenstherapeuten, Bewegungsfachkräften und Krankenschwestern. Optifast-52 ist ein Programm der Nestlé Healthcare Nutrition, Frankfurt.

2 Fünf Portionen des Produkts Optifast-800 täglich mit einem Energiegehalt von ca. 820 kcal/d

rens erkennen, wie hoch die Compliance des Teilnehmers ist und auch eine relativ sichere Prognose abgeben, wie viele Schwierigkeiten sie/er innerhalb des Programms haben wird. Dabei gilt die Faustregel: Je genauer und regelmäßiger das Tagebuch geführt wird, umso größer ist die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und umso erfolgreicher wird der Patient am Ende sein.

Umgekehrt gilt: Je minimalistischer und je unregelmäßiger das Verhalten protokolliert wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Verhaltensveränderungen nur halbherzig umgesetzt werden und das Therapieziel langfristig nicht erreicht wird.

## Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens

*Leitlinientext: Das Ess- und Diätverhalten übergewichtiger Menschen ist oft stark kognitiv gesteuert und interne Signale von Hunger und Sättigung spielen nur noch eine untergeordnete Rolle (sog. gezügeltes Essverhalten). Gezügeltes Essverhalten ist durch starre kognitive Diätgrenzen charakterisiert. Solche Kaloriengrenzen beinhalten häufig absolute Gebote oder Verbote. Kommt es durch externe Störungen, wie z. B. ungeplante Mahlzeiten, Stress oder Alkohol, zu einer Überschreitung der internen Diätgrenze, bricht die kognitive Kontrolle schlagartig zusammen (disinhibition of control) und es kommt zur Gegenregulation (counterregulation). Nach dem Zusammenbruch der Kontrolle wird unkontrolliert deutlich mehr verzehrt, weil die „innere Schranke gefallen ist“ (Deichbruchphänomen). Diese Ausprägung des gezügelten Essverhaltens wird als rigide Kontrolle bezeichnet.*

*Rigide Kontrollmechanismen der Nahrungsaufnahme unterliegen einem ausgeprägten dichotomen Alles- oder Nichts-Prinzip. Diätetisch völlig unbedeutende Ereignisse können das gesamte psychologische Kontrollsystem außer Kraft setzen und zur Gegenregulation führen. Der Patient gibt seine rigide Verzehrskontrolle bei einer geringfügigen Überschreitung des absoluten Diätvorsatzes über die typische Denkschablone*

*„Nun ist es auch egal!“ schlagartig zugunsten einer zügellosen Nahrungsaufnahme auf (Kontrollverlust). Rigide Kontrolle begünstigt über die zyklische Alternation von Phasen strenger Diätvorschriften mit Phasen zügellosen Essens die Entstehung von Übergewicht und ist charakteristisch für die Binge Eating Disorder.*

*Dagegen ist flexible Kontrolle die überflussangepasste Ausprägung gezügelten Essverhaltens. Bei flexibler Kontrolle werden Einstellungen und Verhaltensweisen nicht als zeitlich begrenzte Diätvorschriften, sondern als zeitlich überdauernde Langzeitstrategien mit Möglichkeiten der Kompensation geplant. Bei flexibler Kontrolle wird versucht, die Vielfalt der Lebensmittel zu genießen. Zeitweise ist eine Abweichung von der generellen Strategie möglich. Bei flexibler Kontrolle gibt es Verhaltensspielräume mit der Möglichkeit zur Kompensation. Der Aspekt der Flexibilität bezieht sich sowohl auf den Zeitrahmen, die Auswahl der zu verzehrenden Speisen als auch auf die Menge. Operational könnte die flexible Kontrolle auch als eine Verhaltensstrategie definiert werden, durch die die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der Gegenregulation (Zusammenbruch der Verhaltenskontrolle) minimiert wird.*

Während der initialen Formula-Diät über 12 Wochen ist das Ernährungsregime im Optifast-52-Programm vergleichsweise rigide, da die Patienten täglich mindestens fünf Portionen der bereitgestellten Formula-Diät verzehren müssen, um alle benötigten Makro- und Mikronährstoffe in ausrei-

chender Menge zuzuführen. Dies führt zu einer Minimierung des Verlusts an metabolisch aktiver Körpermasse (Muskel- und Organmasse). Eine gewisse Flexibilität verbleibt durch die Auswahlmöglichkeit aus sechs verschiedenen Geschmacksrichtungen und bei der Verteilung der Formula-Portionen über den Tag, wenngleich auch hier regelmäßige Intervalle zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit empfohlen sind. Trotz der hohen Rigidität des Ernährungsregimes gibt es während der Formula-Diät kaum Essanfälle, da es eine klare Abgrenzung zum normalen Essen gibt. Gleichzeitig wird durch das Therapeuten- und die Gruppentherapie ein sehr hohes Maß an externer Kontrolle ausgeübt. Dies erleichtert das Einhalten der rigiden Vorgaben.

Nach einer sich anschließenden zehnwöchigen Umstellungsphase essen die Patienten allerdings wieder ausschließlich normale Lebensmittel. In der Umstellungsphase werden die Kontrollvorgaben mit Einführung normaler Lebensmittel zunehmend flexibler. Ab Beginn der Stabilisierungsphase, die sich an die Umstellungsphase anschließt, sind die Kontrollvorgaben dann vollständig flexibel, da die Zielerreichung ab diesem Zeitpunkt nicht innerhalb einer Mahlzeit, sondern innerhalb einer Woche erfolgen muss. Eine einzelne Mahlzeit kann deutlich nach unten oder oben abweichen. Um eine flexible Kontrolle des Essverhaltens zu vereinfachen, arbeitet das Programm mit einem Token-System (Spielmarken-System). Lebensmittel sind abhängig von ihrem Kohlenhydrat-,

**Abb. 2** Flexible Kontrolle über den Zeitraum einer Woche (Beispiel aus dem Optifast-52-Programm).

UHRZEIT	MENGE	LEBENSMITTEL	PUNKTE		
			rot	gelb	grün
8:00	60g	Körnerbrötchen	2		3
	15g	Frischkäse aus Joghurt 12g fett		2	
	25g	corned beef		2	
	200g	Tomaten			1
12:00	125g	Schnitzel, Geschmetzeltes		2	
	100g	Zwiebeln			0,5
	300g	Bohnenmischung			1,5
	200g	Kartoffeln			3
	1TL	Öl (Zubereitung)	5		
	125g	Ananas			1



Fett- und Eiweißgehalt in drei verschiedene Punktekategorien eingeteilt. Zielvorgabe ist das Einhalten einer individuell angepassten Punktemenge pro Kategorie in einer Woche, jedoch nicht pro Mahlzeit oder pro Tag (► Abb. 2). Dadurch ergibt sich ein sehr großer Verhaltensspielraum, der die Wahrscheinlichkeit von Essanfällen minimiert.

### Praxisbeispiel

*Herr J. (22): Wohnt allein direkt über einem türkischen Imbiss, den er vor dem Programm mindestens einmal täglich besucht hat: „Döner war mein Gemüse!“. Während der rigiden Fastenphase war der Imbiss für ihn kein Problem, weil er in der fehlenden Wahlfreiheit dieser Programmphase paradoxerweise geradezu eine mentale Freiheit fühlte. Die Regeln waren eindeutig: Fünfmal täglich Ersatznahrung und mindestens 2,5 Liter kalorienfreie Flüssigkeit.*

*Mit dem Beginn der Umstellungsphase und der Wiederaufnahme fester Nahrung kam auch wieder die Lust auf Imbissküche: Die zunächst erfolgreiche rigide Kontrolle geriet ins Schwanken. Zumal Herr J. dort auch seine sozialen Kontakte pflegte. Sein erster Gedanke: „Niemals wieder Imbiss, niemals wieder Döner!“ Als ein Freund seinen Geburtstag dann im Imbiss feierte und Herrn J. dazu einlud, kam es zum Deichbruch: Zu mehreren Dönern kamen noch türkische Schnäpse und Bier hinzu. Zerknirscht, blass und mit zwei Kilo mehr auf der Waage kam er zur Gruppensitzung.*

Der Verhaltenstherapeut hat daraufhin gemeinsam mit den anderen Gruppenteilnehmern die Verhaltenskette von Herrn J. bis zum Deichbruchphänomen analysiert. Folgende alternative Strategien der flexiblen Kontrolle wurden beispielhaft erarbeitet:

1. Er würde zusammen mit dem Imbissinhaber für sich und auch andere Kunden einen „gesunden Döner“ mit viel Gemüse und leichter Sauce entwickeln und diesen regelmäßig in sein Wochenkontingent an Punkten einplanen.
2. Wenn er sich bereits zuhause an leichten Lebensmitteln satt isst, dann ist die Gefahr eines Deichbruchs am Imbiss deutlich geringer (Stimulus-Kontrolle).

3. Er kann sogar gelegentlich einen normalen Döner essen. Dieser kostet zwar sehr viele Punkte. Diese können aber vorher als Guthaben aufgespart oder später als Kredit eingespart werden. Das Einhalten der Wochenvorgabe ist so ebenfalls möglich.

Durch diese Beratung konnte er Selbstwirksamkeit wiedererlangen. Sie ist eine entscheidende Kompetenz für langfristig erfolgreiche Verhaltensänderungen: „Ich habe mein Leben und mein Essverhalten in meinen eigenen Händen und kontrolliere es selbst.“

*Frau J. (35): aß vor dem Programm teilweise bis zu drei Tafeln Vollmilchschokolade täglich. Nun hatte sie Angst, mit der Stabilisierungsphase wieder ihrer „Schokoladensucht“, wie sie es nannte, unkontrolliert zu erliegen. Ihre klare Ansage: „Ich werde in meinem Leben nie mehr Schokolade essen!“.*

Nach langer Überzeugungsarbeit in der Gruppensitzung, dass sie mit dieser rigiden Haltung genau so einen „Schokoladenrückfall“ provozieren würde, hat sie sich fortan auf die Regel: „Eine Tafel in der Woche darf ich essen!“ eingelassen. Im Ernährungsbegleiter gab sie an, manchmal tatsächlich Schokolade gegessen und genossen zu haben. Teilweise kam sie aber auch wochenlang ohne aus. Die angstbesetzte Schokolade wurde durch die Erlaubnis des flexiblen Schokoladengenusses „entdemonisiert“.

Die anderen Teilnehmer in der Gruppe erarbeiteten analog für ähnliche Situationen wie Geburtstage, Firmenessen, Überraschungspartys etc. ebenfalls flexible Lösungsstrategien.

Am Ende kann der Teilnehmer selbst entscheiden, ob er vor und nach einer Feier, bei der er z.B. Alkohol und kalorienreiche Nahrung zu sich nehmen will, entweder die Essensmenge reduzieren und/oder den Bewegungsumfang erhöhen will. Während des Programms wird besonders ängstlichen und zur Rigidität neigenden Teilnehmern Mut gemacht, Überschreitungen auszuprobieren. Motto: „Verbote sind verboten!“

### Stimuluskontrolle

*Leitlinientext: Diese Technik umfasst das Erlernen von Strategien zum Umgang mit Nahrungsmitteln und beinhaltet ein breites Spektrum von individuellen Möglichkeiten. Strategien umfassen z. B. Bevorratung von nur umschriebenen Mengen an Nahrungsmitteln, Einkaufen im satten Zustand, Nahrungsaufnahme zu festen Zeiten, Essen nicht beim Fernsehen, Zeitunglesen oder vor dem Computer.*

Stimulus-Kontrolle dient in erster Linie der Identifikation von Triggern in der Umwelt, die eine vermehrte Nahrungsaufnahme und verminderte körperliche Aktivität induzieren (6). Durch Beeinflussung dieser Auslösefaktoren im Lebensumfeld des Patienten ist ein Grundstein für langfristig erfolgreiches Gewichtsmanagement gelegt (7). Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, Stimulus-Kontrolle im Alltag auszuüben. Im individuellen Fall sollten Patient und Therapeut gemeinsam Stimuli identifizieren und mögliche Stimulus-Kontrollstrategien erarbeiten, die in der Praxis einsetzbar sind. Effektive Kontrolle auslösender Stimuli macht erwünschtes Zielverhalten (z.B. körperliche Aktivität) wahrscheinlicher und unerwünschtes (z.B. Essen großer Mengen von Snacks) unwahrscheinlicher (8).

### Praxisbeispiel

*Frau S (63): „Bei mir läuft beim Frühstück immer das Radio, damit ich überhaupt eine Stimme höre. Und ich esse immer im Wohnzimmer vor dem Fernseher, damit ich mich nicht so allein fühle!“ Frau S., deren Mann vor 10 Jahren verstorben ist, fühlt sich oft einsam. Aber ihr ist bereits klar geworden: „Wenn ich beim spannenden Tatort Abendbrot esse, merke ich gar nicht, was ich so alles in mich reinstopfe! Das muss anders werden.“*

Frau S. wird die geplanten Portionen zukünftig auf einem Teller in der Küche anrichten und grundsätzlich dort am Tisch essen. Im Sinne flexibler Kontrolle ist das Essen vor dem Fernseher jedoch in Ausnahmefällen (und am besten mit vorher

festgelegten Portionsgrößen) weiterhin möglich.

*Herr L. (45) ist Vertreter und fährt sehr viel Auto. Jedes Mal, wenn er auf dem Weg zurück nach Hause ist, stoppt er automatisch an einem Fastfood-Restaurant, um dort ein großes Menü zu essen. Der Lösungsvorschlag ist hier vergleichsweise einfach. Die Fahrtroute muss so geändert werden, dass sie nicht mehr am Fastfood-Restaurant (Stimulus) vorbei führt.*

Ein Mensch mit Mitte Fünfzig hat bei rund drei Mahlzeiten am Tag ca. 50 000 Mal in seinem Leben gegessen: Die Chips vor dem Fernseher, das Frühstück mit Radiountermalung, das Abendbrot am Familientisch. Es haben sich entsprechend im Laufe des Lebens sehr viele Reiz-Reaktions-Kopplungen etabliert, die Essen an Situationen koppeln, an denen normalerweise gar nicht gegessen wird oder zumindest gegessen werden muss. Die Vielzahl solcher Stimuli trägt bei vielen zur kalorischen Überernährung bei. Therapeutisches Ziel ist die Entkopplung des Essens und das Löschen entsprechender Konditionierungen.

## Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)

*Leitlinientext: Dysfunktionale Gedanken werden im Interview, aber auch über das Führen von Selbstbeobachtungstagebüchern identifiziert. Häufig zu bearbeitende Muster betreffen die Überzeugung zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung der Adipositas, die empfundene Wirkung auf andere inklusive Selbstwirksamkeits- und Körperbilderleben, Werte und Bewertungen sowie unrealistische Therapieziele (s. u.). Ziel der kognitiven Umstrukturierung ist ein funktionales Gedankenmuster, das andere Module der Behandlung der Adipositas ermöglicht.*

Häufig haben übergewichtige Patienten falsche, festgefahrene und zum Teil auch persönlich gefärbte Vorstellungen und Gedanken über ihr Übergewicht und dessen Ursachen. Techniken zur kognitiven Restru-

kturierung machen den Patienten ihre Gedanken und Vorstellungen bewusster und stellen diese in Frage. Damit eröffnen sie neue Möglichkeiten des inneren Dialogs und die Lösung festgefahrener Vorstellungen („Ich habe einen Grundumsatz von 500 kcal“ oder „Meine Gene sind allein Schuld am Übergewicht“). Kognitive Restrukturierung ist besonders wichtig, weil viele Übergewichtige als charakteristische Störungen ein geringes Selbstwertgefühl und Körperbild-Störungen haben (9). Zumeist existieren bei Übergewichtigen auch sehr unrealistische Vorstellungen, wieviel sie abnehmen können und welche positiven, aber auch negativen Auswirkungen die Gewichtsabnahme auf ihr Leben haben können (8).

### Praxisbeispiel

*In der siebten Woche der Fastenphase im Optifast-52-Programm kam Herr S. (49) ganz entrüstet in die Gruppensitzung: „Ich habe in dieser Woche nur 500 Gramm abgenommen! Dabei habe ich mich 100 %ig an das Programm gehalten. Und bin sogar noch gewalkt! Das wird ja so nie etwas mit meinem Wunschgewicht. Das Programm funktioniert nicht!“*

*Herr M. (65), mit dem er sich angefreundet hatte, beruhigte ihn: „Nun komm mal runter! Du übertreibst wieder maßlos! 500 Gramm sind auch eine Abnahme und Du hast noch 45 Wochen vor Dir! Das wären 22,5 kg Abnahme, selbst wenn es nur Pfundweise gehen würde. So ein Programm hat schon bei tausenden Teilnehmern funktioniert. Es wird auch bei Dir funktionieren!“*

In diesem Fall konnte ein anderer Gruppenteilnehmer die irrationalen Gedanken in ein rationales und zielführendes Denkmuster überführen.

Ein anderes Beispiel zeigt, wie „mächtig“ Lebensmittel sein können:

*Eine Teamleiterin in einem Unternehmen zeigt schon seit Jahren folgendes Verhaltensmuster. Vor jeder Teamsitzung, die sie leiten muss, braucht sie Schokolade: „...sonst „überlebe“ ich die Sitzung mit den anstrengenden Diskussionen nicht!“ Besonders in der Fastenphase des Optifast-*

*52-Programms (ausschließliche Formel-Diät) lernen diese Teilnehmer, dass ihr eigener Alltag auch ohne diese „mächtigen“ Lebensmittel funktioniert. Diese Phase ist somit sehr hilfreich, um dysfunktionale Gedankengänge aufzudecken und zu widerlegen.*

Kognitive Umstrukturierung ist ein Kernstück der kognitiven Verhaltenstherapie und zentraler Bestandteil in den meisten psychologisch geleiteten Gewichtsmanagement-Programmen. So werden im Optifast-52 Programm schon in der 7. von insgesamt 52 Wochen unter dem Titel „Wie reden Sie eigentlich mit sich selbst?“ die Teilnehmer für ihren „inneren Dialog“ sensibilisiert. Irrationale Denkmuster wie „Alles-oder-Nichts-Denken“, „Personalisieren“, „Generalisieren“ oder „Wahrsagen“ werden in Gruppensitzungen anhand von persönlichen Beispielen erklärt. Danach werden die Teilnehmer gebeten, in den folgenden Wochen bei sich selbst irrationale Gedanken aufzuspüren, sie in ihren Fasten- oder Ernährungsbegleitern festzuhalten und möglichst bald schon durch realistischere, gegenteilige Gedanken zu ersetzen. Dazu gibt es unterstützend vorgefertigte Schablonen und Beispiele im Teilnehmerordner.

## Zielvereinbarungen

*Leitlinientext: Häufig differieren Ziele zwischen Patient und Behandler. Unrealistische Ziele (gewichtbezogene Ziele, aber auch Ziele hinsichtlich körperlicher und psychischer Gesundheit und sozialer Entwicklung) werden identifiziert. Realistische Ziele werden in der Folge definiert und, damit diese überprüfbar sind, soweit wie möglich operationalisiert.*

Die Erfolgskriterien des amerikanischen Institute of Medicine bewerten bereits eine Gewichtsabnahme von mehr als 5% des Ausgangsgewichts als Therapieerfolg, da Adipositas-assoziierte Erkrankungen (arterieller Hypertonus, Diabetes Typ 2, Dyslipoproteinämien u. a.) schon bei Gewichtsabnahmen von 5–10% günstig beeinflusst werden (9, 10). Foster & Kendall (11) fanden in einer Studie, dass die Erwartungen von adipösen Patienten unrealistisch höher waren,

als der zu erwartende Erfolg in der Praxis. Von den meisten Patienten in der Studie wurde eine Gewichtsabnahme von 5–15% als „enttäuschender Gewichtsverlust“ eingestuft, ganz entgegen den vielfältigen positiven physiologischen und psychologischen Auswirkungen, die bereits mit einem derartigen Gewichtsverlust einhergehen.

Das Setzen von realistischen Therapiezielen ist ein wesentliches Therapieprinzip, um Überforderungen und Misserfolge zu vermeiden (12). Therapieziel sollte nicht allein die Gewichtsabnahme, sondern auch die Verbesserung von Komorbiditäten, verbesserte Gesundheitsverhalten allgemein (Gesünderes Essen, regelmäßige Bewegung, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen) und eine Verbesserung der Lebensqualität sein (8, 9, 13).

### Praxisbeispiele

*„Ich habe jetzt meine nebenberufliche Weiterbildung zur Abteilungsleiterin begonnen, mein Mann und ich sind in der Endphase unseres Hausbaus und jetzt will ich noch mindestens 35 Kilo abnehmen, damit ich in Größe 38 passe. Dann habe ich bald alles erreicht, was ich will! Und dann geht's irgendwann an die Familienplanung mit meinem Mann, damit ich nicht zu alt fürs Baby werde“.*

Frau L., 28 Jahre, knapp 100 kg schwer bei einer Körpergröße von 1,55 m, kommt in ihrem schwarzen Businesskostüm schon einmal fast eine halbe Stunde zu spät zur Eingangsdagnostik: „Ich kam nicht rechtzeitig aus der Firma raus, sorry!“ Sie hätte schon zig Diäten hinter sich gebracht – ohne dauerhaften Erfolg. Bei ihr müssen die Kilos schnell purzeln, sonst hätte sie keine Lust und keine Geduld.

Bei der Erklärung, dass es bei ihrer Diäthistorie keine Garantie für eine schnelle Abnahme geben würde und ihr jetziger, stressvoller Lebensstil vermutlich auch zur Zunahme geführt haben könnte, wurde sie skeptisch. Auf die Frage, ob sie genug Zeit für die Bearbeitung von Teilnehmerunterlagen und für das pünktliche Erscheinen zur Gruppensitzung hätte, konnte sie auch keine eindeutige Antwort geben: „Wenn es in der Firma hoch her geht, kann ich nicht mal so eben wegen irgendeiner Gruppe abhauen!“

Die Differenzen zwischen den Zielen und Erfordernissen des Gewichtsreduktionsprogramms und den Vorstellungen von Fr. L. waren unübersehbar. Es wurde beim Abschluss des Gesprächs vereinbart, dass sich Frau L. erst nach der Beendigung der Umschulung und des Hausbaus wieder vorstellen sollte, wenn etwas mehr Ruhe in ihr Leben eingekehrt wäre.

*Herr T. (55), gute 130 kg schwer, war früher eine Sportskanone: „Ich möchte es mal wieder schaffen, zweimal um die Alster zu laufen! Aber jetzt bin ich froh, wenn ich 400 Meter ohne Pause spazieren gehen kann.“*

Die Bewegungstherapeuten erstellten gemeinsam mit dem Programmpsychologen einen realistischen Bewegungsplan für Herrn T.: Mit steigender Intensität, an drei festgelegten Tagen in der Woche und zu bestimmten Zeiten würde er eine Strecke von zunächst 800 Metern an der Alster wolkender Weise zurücklegen. Dabei würde er mit seinem Smartphone die Zeit und Pulsfrequenz messen und die Daten in sein Protokoll übertragen. Dies würde wöchentlich vom Bewegungstherapeuten kontrolliert. Gemeinsam würde dann die Bewegungsintensität für die nächste Woche festgelegt. Tatsächlich hat es Herr T. nach einem Jahr wieder geschafft, die ca. 7,5 km um die Alster ohne Stopps zu bewältigen.

Mit dem Entschluss eines Teilnehmers, für ein Jahr an einem Gewichtsmanagementprogramm teilzunehmen, verbindet dieser natürlich bestimmte Ziele, die er erreichen will: Typischerweise hat er eine Kilozahl im Kopf, die er abnehmen will. Nur mit dieser Abnahme erhofft er sich vermehrte körperliche Fitness, weniger gesundheitliche Probleme und Schmerzen, mehr soziale Anerkennung bis hin zum Finden eines Partners oder dem Aufstieg im Beruf. Diesem „False Hope Syndrom“ sollte bereits früh Einhalt geboten werden. Passende Fragen werden im Teilnehmerfragebogen gestellt, die dann die Grundlage für das „Zielvereinbarungsgespräch“ zwischen Teilnehmer und Psychologen zu Programmbeginn darstellen. Diese individuellen Zielvereinbarungen werden im Laufe des Programms immer wieder überprüft und dem aktuellen Stand angepasst.

Die verhaltenstherapeutische Kunst besteht darin, die hohe Motivation des Teilnehmers zu Beginn eines Programms nicht zu dämpfen, gleichzeitig aber realistische Ziele zu erarbeiten, die für ihn mess-, spür- und vor allem erreichbar sind. Dass sich vieles in seinem Leben mit der Abnahme verändern wird, steht außer Frage. Aber er wird kein vollkommen anderer Mensch und auch sein soziales Umfeld mit all seinen immanenten Problemen wird sich durch eine Gewichtsabnahme allein nicht ändern.

### Problemlösetraining/ Konfliktlösetraining

*Leitlinientext: Mit Patienten werden individuelle Strategien im Umgang mit Herausforderungen und Problemen überprüft. Bei geringen Fertigkeiten wird versucht alternative Herangehensweisen zu entwickeln, die zu weniger Defiziterleben führen.*

### Praxisbeispiel

*Frau S. (25) studiert BWL und muss in den nächsten Wochen drei wichtige Prüfungen erfolgreich bestehen. Sie kennt dies schon aus Schulzeiten: Sie setzt sich selbst unter immensen Druck, hat Versagensängste, schlaflose Nächte mit Alpträumen – und würde sich jetzt normalerweise nur noch von Süßigkeiten, Kaffee und Zigaretten ernähren, bis die Prüfungen vorbei sind und sie mindestens fünf Kilo mehr auf der Waage hat. Das soll dieses Mal anders werden!*

Am meisten belasten sie die Ängste und die schlaflosen Nächte. Ihr Ziel ist es, sich vor der Prüfung nicht mehr so angespannt zu fühlen und mindestens sieben Stunden schlafen zu können. Gegen die Ängste und Anspannung wird sie das im Programm enthaltene Autogene Training jeden Tag vor dem Schlafengehen üben und durch die ihr bekannte kognitive Umstrukturierung unrealistische Panikgedanken („Ich schaffe das nicht!“) gegen realistische ersetzen („Ich habe eigentlich immer sehr gute Klausuren geschrieben!“).

Gegen die schlaflosen Nächte wird sie mindestens eine Stunde vor dem Schlafengehen mit dem Lernen aufhören, sich z.B.



mit einem Beruhigungstea und ihrer Lieblingsmusik entspannen und mögliche Ängste durch Telefonate mit einer Freundin oder ihrer Mutter relativieren.

Diesen Plan wird sie ab sofort bis zum Ende der Prüfungen umsetzen und dem Psychologen im Programm im Ernährungsbegleiter einen kurzen Hinweis geben, was gut lief, was nicht – und wo sie noch weitere Hilfe benötigt.

Sehr häufig werden nicht gelöste Konflikte und Probleme in Beziehungen oder im Arbeitsumfeld mit vermehrten Essen kompensiert. Das mit der Abnahme wachsende Selbstwertgefühl und der Stolz auf die bisher erbrachte Leistung liefern häufig die Energie für weitere Veränderungen. Motto: „Ich habe bisher so viel Positives erreicht, dann wage ich mich auch an andere persönliche Baustellen heran!“

Diese intrinsische Motivation zur weiteren Problemlösung muss jedoch mit psychologischer Hilfe gelenkt und in einen realistischen Veränderungsplan überführt werden, damit sie nicht verpufft. Dafür gibt es im verhaltenstherapeutischen Teil des Optifast-52-Programms ein spezielles „Lösungsfindungsmodul“. Mit dessen Hilfe werden im Gespräch mit dem Teilnehmer folgende Fragen beantwortet:

1. Worin liegen Ihre Schwierigkeiten? (**Problemanalyse**)
2. Was wollen Sie konkret verändern, welches Ziel haben Sie? (**Zielanalyse**)
3. Wie wollen Sie es verändern, welche Strategie verfolgen Sie dabei? (**Veränderungsplan**)
4. Beginnen Sie nun diesen Veränderungsplan konkret umzusetzen! (**Umsetzung**)
5. Beurteilen Sie den Erfolg der Umsetzung und verändern Sie ggf. ihre Strategie! (**Beurteilung**)

## Soziales Kompetenztraining/ Selbstbehauptungstraining

*Leitlinientext: Soziale Schwierigkeiten und Probleme im Umgang mit Personen im Umfeld des Betroffenen stellen oft aufrechterhaltende Bedingungen für die Adipositas dar. Durch das Training individuell schwieriger*

*Situationen werden Beziehungsinteraktionen zumeist in Gruppen reflektiert und Alternativen eingeübt.*

### Praxisbeispiel

*Frau O. (48) hatte in vielen Bereichen Schwierigkeiten, „Nein!“ zu sagen. Nicht nur in ihrem Beruf als Krankenschwester wurde sie ständig ungefragt zu unliebsamen Diensten eingeteilt. Ihre beste Freundin, die kein Auto besitzt, benutzte sie als Chauffeurin und ihre Mutter telefonierte am Wochenende stundenlang mit ihr und benutzte sie als „seelischen Mülleimer“, wie sie sagte. Nach jedem Telefonat, jedem für sie endlosen Dienst auf Station oder einer langen Einkaufsfahrt mit der Freundin verspürte sie einen unglaublichen Appetit auf etwas Süßes. Eine Tafel Traube-Nuss verschlinge sie in weniger als 10 Minuten, meinte sie im Erstgespräch. Dann sei ihr zwar schlecht, aber ihr Drang nach Süßem hätte nachgelassen und sie fühle sich etwas beruhigt. Dafür käme aber das schlechte Gewissen beim Blick auf die Waage, die inzwischen schon weit über 100 kg zeigte. Sie sei verzweifelt, fühle sich gefangen in ihrer für sie ausweglosen Situation. Sie muss etwas ändern, aber wie?*

In der Gruppensitzung wurden im Rollenspiel die verschiedenen Situationen mit Frau O. und einem Teilnehmer durchgespielt und per Video aufgenommen. Frau O. bekam Feedback: „Deine Stimme ist viel zu leise. Deine Schultern hängen. Du guckst Dein Gegenüber gar nicht richtig an“ usw. Stück für Stück änderte Frau O. unter Mut machender Verstärkung der anderen Gruppenteilnehmer Gestik, Mimik, Lautstärke, Blickhaltung in Richtung selbstsicheres Verhalten. Per Videoanalyse wurde Frau O. am Ende der Sitzung gezeigt, welche Entwicklung sie jetzt schon in Richtung selbstsicheres Auftreten gezeigt hatte.

Ihre erste Hausaufgabe bis zur folgenden Woche: Das Telefonat mit ihrer Mutter nach 15 Minuten zu beenden. In den nächsten Wochen folgten dann sukzessive die Lösungen der anderen Konflikte.

Frau O. konnte sich zunehmend besser selbst behaupten. Sie verzichtete inzwischen darauf, mögliche Frustrationen mit

Schokolade zu deckeln, indem sie die auslösenden Reize analysierte. Immer wenn sie Lust auf Schokolade verspürte, hielt sie kurz inne und fragte sich, ob wirklich nur „Genuss“ oder aber „Beruhigung“ dahinter steckte. Bei Genuss gönnt sie sich ab und zu einen Riegel. Bei Beruhigung gab es keine Schokolade, sondern ein Telefonat zur Problemanalyse und Selbstwerterhöhung mit einer befreundeten Teilnehmerin.

Ein häufiger Grund für emotionales Essen, also Nahrungsaufnahme nicht aus physischem Hunger, sondern um unliebsame Gefühlszustände zu betäuben bzw. angenehme Emotionen auszulösen, sind ungelöste Konflikte im sozialen Netzwerk eines Übergewichtigen. Die Neigung, sich in Konflikten zurückzunehmen („Ich bin doch sowieso schon so dick und hässlich!“), die Angst vor Zurückweisung beim „Nein“ sagen („Dann mögen andere mich gar nicht mehr!“) und die falsche Selbstwahrnehmung („Ich habe doch schon laut gesagt, was ich will, aber die haben nicht gehört!“) ist häufig bei adipösen Menschen anzutreffen. Besonders, wenn sie von Kindheit an übergewichtig waren, haben sie konfliktvermeidende Strategien schon früh erlernt. Erfolge werden typischerweise external, Misserfolge internal attribuiert.

In Form von Rollenspielen (ggf. mit Videoanalysen) können die Teilnehmer in sicherer Umgebung einer therapeutischen Gruppe, die fest über ein Jahr hinweg zusammenbleibt, gefahrlos miteinander ausprobieren, wie sie unangenehme Konfliktsituationen so lösen können, dass sie ihre Interessen selbstbewusst durchsetzen und so nicht in ein „emotionales Loch“ fallen, falls sie Auseinandersetzungen vermieden oder bei Differenzen nachgegeben haben.

## Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen)

*Leitlinientext: Zentral bei allen Interventionen im Rahmen der Adipositas therapie ist das Erleben von Erfolg bzw. der Wegfall von Misserfolg. Ziel ist es, bei Betroffenen den häufig dysfunktional eingesetzten Verstärker „Nahrung“ durch Alternativen zu ersetzen (z. B. soziale Kontakte, erlebte Gewichtsab-*

nahme auf der Waage, positive Rückmeldungen von Bezugspersonen, Wiederaufnahme angenehmer Tätigkeiten und Hobbys).

## Praxisbeispiel

*Frau M., 35, dreifache Mutter und halbtags berufstätig, sagte beim Eingangsgespräch zum Psychologen: „Sie müssen ganz streng mit mir sein! Sonst bin ich total undiszipliniert und nehme wieder zu. Ich kenne das schon von mir: Entweder ich mache eine Diät 100 %ig oder gar nicht! Sie sind da meine letzte Chance!“*

Im Gespräch stellte sich heraus, wie diszipliniert und zuverlässig Frau M. im Beruf und für ihre Familie agiert. Ihr vermehrtes, heimliches Essen, wenn die Kinder im Bett und der Mann noch nicht Zuhause waren, diente eher dem Stressabbau und dem „sich etwas Gutes tun“. Dass sie dann mit ihrem Mann noch ein zweites Mal zu Abend aß – wovon er nichts wusste! –, weil sie noch Appetit verspürte und seine Gesellschaft genoss, hatte ihr Gewicht in für sie astronomische Höhen getrieben: Sie streifte die 200 kg-Marke.

Ihr irrationales Gedankenmuster und negatives Selbstbild „Ich bin so undiszipliniert“ wurde bereits im ersten Diagnostikgespräch umstrukturiert: „Ich bin in vielen Bereichen ganz eisern und fleißig, gebe mein Bestes im Job und für die Familie. Nur brauche ich einen anderen Weg, um mir Freude und Entspannung zu schaffen – außerhalb von Nahrungsmitteln!“. Diese Modifizierung ihres unrealistischen Selbstbildes und ihrer automatisch ablaufenden erniedrigenden Gedanken berührte sie tief: Sie fing an zu weinen.

Dann nahm sie die Hausaufgabe an, nach weiteren negativen Gedanken zu forschen und sie durch rationale Gedanken zu ersetzen. Zusätzlich sollte sie überlegen, mit welchen Tätigkeiten außerhalb des Essens sie sich Freude bereiten konnte und wann sie in der Woche Zeit für sich selbst abzwacken könnte, und mit welchen Freunden sie sich einmal wieder treffen mochte. Das alles sollte sie in ihrem Selbstbeobachtungstagebuch (Fasten-, Ernährungsbegleiter) festhalten. Ganz wichtig: Schluss mit dem heimlichen Essen und ein offenes Gespräch mit ihrem Mann.

Im weiteren Verlauf des Programms stiegen mit der Abnahme sowohl ihr Selbstwertgefühl als auch die Freude an Bewegung. Nach vielen Jahren traute sie sich sogar in einen Badeanzug und in das klinikeigene Bewegungsbad. Zusätzlich trifft sie sich zweimal in der Woche mit zwei Freundinnen zu einer „Walkingrunde“. Ihr Mann macht sich jetzt öfter abends das Essen selbst warm, während sie ihrem alten Hobby nachgeht: Sie näht sich neue Kleider, weil die alten nicht mehr passen!

Während der initialen 12-wöchigen Formula-Diät (im Programm Fastenphase genannt) haben die Teilnehmer die einmalige Gelegenheit zu erfahren, in welchen Situationen sie normalerweise mit Essen reagieren: Bei Stress, beim Gefühl von Einsamkeit, bei Langeweile, bei Aufregung, wenn etwas gut gelungen oder misslungen ist.

Da in der Fastenphase eine Verstärkung durch Nahrung nicht möglich ist, wird den Teilnehmern während dieser Zeit besonders deutlich, wann sie früher gegessen haben, obwohl sie gar nicht hungrig waren. Ihnen wird klar, dass vor allen Dingen emotionales Essen für ihr Übergewicht verantwortlich ist. Nun können sie auf die Suche nach „Alternativen“ für ein Essen als Ersatz für Belohnung oder Entspannung gehen. Sie können sich eine Liste von nahrungsfreien Verstärkern erarbeiten: vom Lieblingsbuch über eine DVD der Lieblingsserie, einem Entspannungsbad oder einer Massage bis hin zu einem Duft als Belohnung für eine gelungene Woche mit Gewichtsabnahme. In dieser Zeit wird die Abnahme durch die Umwelt besonders beobachtet und gelobt: Das Annehmen der positiven Rückmeldung, von Lob und Bewunderung („Das könnte ich nicht!“) ist für einige Teilnehmer zunächst unangenehm und muss auch erst erlernt werden.

## Rückfallprävention

*Leitlinientext: In der Endphase eines Programms stellt die Thematisierung des Umgangs mit Rückschlägen einen essenziellen Bestandteil dar. Ziel ist die Vermeidung von Katastrophisierung. Patienten werden sensibilisiert für fortdauernde Achtsamkeit und notwendiges Verhalten, um den erreichten*

*Gewichtsverlust aufrecht zu erhalten. Eine Möglichkeit zur Rückfallprävention kann ein spezielles Programm zur langfristigen Gewichtsstabilisierung sein (vgl. Kapitel 5.4.8 in der Leitlinie Adipositas). · Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht.*

## Praxisbeispiel

*Herr N., 38, Sparkassenwirt, 150 kg, engagierte sich von Anfang an mit viel Elan, Akribie und voller Energie im Gewichtsreduktionsprogramm. Seine Fastenprotokolle waren vorbildlich. Er war eine lebendige Lebensmittel- und Kalorientabelle. Entsprechend nahm er auch kontinuierlich ab und war am Ende der Fastenphase bereits bei 110 kg angelangt. Er hatte bisher noch keine einzige Gewichtsschwankung nach oben gehabt. Für ihn war klar: Er würde auch nach Programmende weiterhin auf Alkohol und kaloriendichte Nahrungsmittel vollkommen verzichten und sein Ernährungsprotokoll weiterführen. Das gab ihm Sicherheit.*

*An einem Abend kam er vollkommen niedergeschlagen vom Wiegen in die Gruppensitzung. Er hatte zum ersten Mal seit 10 Wochen zugenommen: gleich 4,5 kg. Er war am Boden zerstört, fast den Tränen nahe. „Ich weiß auch warum!“, jammerte er. „Mein Vater hatte seinen 70. gefeiert!“*

Gefeiert wurde in einem Hotel mit Übernachtung und 5-Gänge Menü. Als einziger Sohn stand Herr N. im Mittelpunkt, hatte die Gäste mitbetreuen müssen, um seinem Vater eine schöne Feier zu beschern. Und er hat auch „etwas“ mitessen und trinken müssen, um seinen Vater nicht zu enttäuschen. Was und wie viel das genau war, wusste er zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Es war aber in jedem Fall viel zu viel.

Zur Rückfallprävention gibt es im Optifast-52-Programm ein Programmmodul mit dem Namen „W-Analyse“ (s.u.). Die „W-Analyse“ nach dem Rückschritt („was, wann und wie ist es passiert, dass es zu einer Zunahme kam?) war für Herrn N. recht einfach: Der Geburtstag war Auslöser der Zunahme. Herr N. überlegte auch, ob er nicht einfach die Gruppensitzung schwänzen sollte, um mit selbstgewählter „Null-Diät“ die befürchtete Zunahme wieder ausgleichen zu können und sich nicht



der Blamage auf der Klinikwaage stellen zu müssen. Er hatte sich aber dazu entschlossen, die vorher besprochenen Regeln bei einem Rückfall zu beherzigen: Die normale Menge an Ersatznahrung weiter zu sich zu nehmen und unbedingt zur nächsten Gruppensitzung zu erscheinen.

Die Gruppe nahm ihn sehr verständnisvoll auf und tröstete ihn. Aber sie machte ihm auch einen Vorwurf: „Warum hast Du uns nicht vorher von dem Geburtstag erzählt? Dann hätten wir zusammen mit Dir Strategien entwickeln können, wie Du besser mit der Situation hättest umgehen können.“ Die Zunahme von Herrn N. führte dazu, dass jeder Teilnehmer von ihm bevorstehenden Feierlichkeiten und Essen berichtete und sich Tipps zur Rückfallprophylaxe holte.

Schon früh im Programm ist es sinnvoll, mit Teilnehmern eine Rückfallanalyse durchzuspielen. Motto: Es kann passieren, dass Sie viel mehr gegessen haben, als Sie eigentlich wollten. In diesem Fall sollten sich die Teilnehmer folgende Fragen stellen und möglichst schriftlich beantworten.

### Die W-Analyse nach dem Rückschritt

*Was ist passiert – Wann ist es passiert – Wie ist es passiert – Was ging dem Rückschritt voraus – Was werden Sie in Zukunft tun, um den Rückschritt zu vermeiden – Was haben Sie aus dem Rückschritt gelernt usw.*

Es ist durchaus hilfreich, wenn ein Teilnehmer innerhalb eines Programms mindestens einmal einen Rückschritt erleidet, um mit dem Rückhalt von Gruppe und Therapeuten diese Enttäuschung zu analysieren und daraus für die Zukunft lernen zu können. Wer geradezu rigide ohne Schwankungen abnimmt, wird um diese Erfahrung gebracht und erleidet womöglich später eine Gewichtszunahme durch vermehrtes Essen, ohne auf psychologischen/sozialen Rückhalt zurückgreifen zu können. Er neigt dann ggf. eher zu Rückfällen in alte Verhaltensweisen.

## Soziale Unterstützung

*Leitlinientext: Verhaltenstherapie ist effektiver, wenn Familienmitglieder, Kollegen, Freunde etc. in die Verhaltenstherapie einbezogen werden. Vor allem, wenn Partner Betroffene nicht unterstützen, können Ziele nur schwer erreicht werden.*

Die Unterstützung von Gewichtsreduktionsmaßnahmen eines Patienten durch sein soziales Lebensumfeld (Partner, Kinder, Eltern u. a.) ist für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme von großer Bedeutung, besonders aber für die Gewichtsstabilisierung nach erfolgter Abnahme. Teilnehmer mit hoher Unterstützung durch ihr soziales Umfeld haben in Reduktionsprogrammen mehr Erfolg (7, 14). Soziale Unterstützung kann z. B. gefördert werden, wenn Partner mit in das Behandlungsprogramm einbezogen werden (so z.B. die Partnerinnen übergewichtiger Männer, wenn im Programm Kochen und Zubereiten von Lebensmitteln trainiert wird). Auch wechselseitige Patenschaften von Teilnehmern in Behandlungsprogrammen sind sinnvoll. Sie helfen den Teilnehmern, sich selbst zu akzeptieren, fördern zwischenmenschliche, supportive Beziehungen und können stressreiche Arbeits- oder Familiensituationen auffangen. Eine professionelle Gruppentherapie kann die Motivation bei manchen Patienten, insbesondere jenen mit erheblicher Adipositas, durch soziale Interaktion unterstützen (8).

### Praxisbeispiel

*Fr. W. (46) ist seit fast 20 Jahren verheiratet. Herr W. (48, Maler) liebt die deftige Küche seiner Frau. Durch seine tägliche Arbeit als Maler und seinem Hobby Fußballspielen ist er recht muskulös und durchtrainiert. Das gemeinsame, ausführliche oft warme Abendessen und das Essengehen beim Lieblingsitaliener mit Freunden am Wochenende sind für beide wichtige Rituale, die das kinderlose Paar zusammenhält. Sie genießen dabei ihre Zweisamkeit. Doch während Frau W. über die Jahre fast 30 kg zugenommen hat, konnte Herr W. sein Gewicht konstant halten.*

*Er sagte beim gemeinsamen Gespräch mit dem Psychologen: „Ich liebe meine Frau so, wie sie ist. Von mir aus muss sie nicht*

*abnehmen. Aber sie will das ja unbedingt.“ Frau W. ist klar: „Wenn mein Mann mich jetzt nicht unterstützt, kann ich das Abnehmen gleich vergessen. Dann überlege ich mir aber auch, ob ich mich nicht von ihm trennen muss. Wenn er mich liebt, unterstützt er mich auch!“ Herr W. war ob der Trennungsandrohung zunächst etwas erschrocken, willigte aber ein, seine Frau zu unterstützen.*

Gemeinsam mit dem Psychologen wurden u.a. folgende Strategien der sozialen Unterstützung besprochen: Herr W. würde während der Fastenphase seine warme Hauptmahlzeit bereits an seiner Arbeitsstelle einnehmen und sein Frühstück und Abendbrot selbst zubereiten. Während seine Frau die Formula-Diät zu sich nimmt, würde er sie fragen, ob es in Ordnung ist, dass er sich mit seinem Essen dazusetzen könne. Je nach psychischer Stabilität könnten sie dann sogar gemeinsam ihre jeweiligen Mahlzeiten zu sich nehmen. Herr W. würde dann später in der Umstellungsphase in entsprechend größeren Portionen das mitessen, was seine Frau auch für sich zubereite, dasselbe gelte für die Stabilisierungsphase.

Das gemeinsame Essen mit den Freunden fiel in der Fastenphase zunächst weg, danach entscheide Frau W. aber, wann und wie sie wieder daran teilnehmen möchte. Eine Freundin würde sich mit ihr zum regelmäßigen Walken treffen, ihr Mann würde ihr einen Paarkurs in der Tanzschule schenken. Sie wollten jetzt probieren, andere gemeinsame Interessen außerhalb des Essens zu entdecken. Frau W. war am Ende dieses Gesprächs sichtlich erleichtert und stark motiviert.

Innerhalb der psychologischen Eingangsdiagnostik wird zunächst per Fragebogen u.a. die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und das Ausmaß der Unterstützung des Teilnehmers während des Programms durch Familie und Freunde erhoben. Sollten bei der Fragebogenauswertung schon Zweifel über die soziale Unterstützung aufkommen, wird z.B. der Partner zu einem Gespräch zusammen mit dem Teilnehmer eingeladen. Im Gespräch wird dann geklärt, wie die Unterstützung des Teilnehmers durch Partner und Familie aussehen könnte. Aus systemischer Sicht muss auch beachtet

werden, wie sich das fehlende gemeinsame Essen auf die Paar- und Familiendynamik auswirken könnte. Wer kocht in der Fastenphase für die Kinder? Kann der Mann/die Frau sich selbst versorgen? Liegt hinter dem Übergewicht auch eine Familien- oder Paarproblematik? Wie weit wissen Freunde und Kollegen über das „Abnehmprojekt“ Bescheid und wie sieht es da mit der Unterstützung aus? Hier muss der Psychologe ggf. seine Kenntnisse aus der Paar- und Familienberatung einsetzen.

## Langfristige Gewichtsstabilisierung

*Langfristige Gewichtsstabilisierung ist im Kapitel Verhaltenstherapie der Leitlinie (1) nicht explizit erwähnt.*

Die beschriebenen Strategien der Verhaltenstherapie kommen sowohl bei der initialen Gewichtsreduktion wie auch bei der nachgeschalteten Gewichtsstabilisierung zum Einsatz. Ihr Einüben und Trainieren liefern entscheidende Fertigkeiten, das Körpergewicht langfristig zu managen. Auch für die Gewichtsstabilisierung sind Strategien der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle von zentraler Bedeutung. Neben Ess- und Bewegungsprotokollen kommt hier dem regelmäßigen Wiegen eine gesonderte Bedeutung zu (15). Wenn gesundheitliche Aspekte im Vordergrund stehen, kann alternativ auch eine regelmäßige Selbstmessung des Bauchumfangs erwogen werden, da dieser stärker mit kardiovaskulären Komorbiditäten assoziiert ist.

## Bereitstellung von Lebensmitteln

*Bereitstellung von Lebensmitteln ist im Kapitel Verhaltenstherapie der Leitlinie (1) nicht explizit erwähnt.*

Das Bereitstellen von geeigneten Lebensmitteln in den richtigen Mengenverhältnissen kann das Befolgen diätetischer Therapievorgaben im Sinne einer Stimulus-Kontrolle deutlich erleichtern (16). Die Patienten müssen nicht einkaufen und die Portionsgrößen sind klar vorgegeben. Das gilt sowohl bei Provision von normalen Lebensmitteln wie auch Formula-Produkten.

## Stressmanagement

*Stressmanagement ist im Kapitel Verhaltenstherapie der Leitlinie (1) nicht explizit erwähnt.*

Psychosozialer Stress ist ein primärer Prädiktor von Rückfällen und Gewichtszunahmen (17). Das Erlernen von Methoden der Stress- und Spannungsreduktion ist daher ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie. Beispiele für Methoden zur Stress- und Spannungsreduktion sind die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Zwerchfellatmen oder auch Meditation. Diese Methoden ermöglichen eine zeitweise Abkopplung von stressreichen Ereignissen und reduzieren so den hohen Aktivitätsgrad des sympathischen Nervensystems. Einigen Patienten nützen diese Akutstrategien weniger als ein prinzipiell verbessertes Zeit-Management, das zu einer objektiven Reduktion von Stressphasen führen kann. Dazu kann der Berufs- und Lebensalltag des Patienten individuell auf Möglichkeiten durchsucht werden, wie Tätigkeiten rationalisiert werden können, damit der Entstehung von Stress vorgebeugt wird (8).

### Praxisbeispiel

*„Eigentlich habe ich alles ganz gut im Griff, aber die Kontrolle entgleitet mir, wenn ich in Stress gerate!“, sagt Herr L. 52, selbstständiger Versicherungskaufmann. „Besonders wenn ich beim Monatsabschluss abends zuhause noch am Computer sitze, werde ich fast magisch vom Kühlschrank angezogen – und dann esse ich wahllos, was da ist. Irgendwie fühle ich mich dann etwas wohler, aber ich weiß, ich muss das dringend ändern!“*

In psychologischen Gesprächen wurde Herrn L. deutlich: Sein Drang zum Essen bei unliebsamen Tätigkeiten hatte vor allen Dingen etwas mit Vermeidungsverhalten zutun („Erst mal etwas essen, dann geht es auch mit der Arbeit besser!“). Aber die kalorienreiche Kost entspanne ihn tatsächlich, er könne sich wirklich besser konzentrieren. Gemeinsam mit dem Psychologen realisierte er: diesen Zusammenhang zwischen Stressreduktion, Konzentration und Essen hatte er schon als Schüler unbewusst

erlebt. Er naschte beispielsweise immer vor unliebsamen Klassenarbeiten.

Autogenes Training sei nichts für ihn. Mit der eher mechanischen Progressiven Muskelrelaxation könne er sich anfreunden und würde diese regelmäßig üben. Er hätte sich eine entsprechende App auf sein Smartphone geladen, um damit weiter zu trainieren. Beruflich wolle er darauf achten, die stressigen Monatsabschlüsse nicht bis zum letzten Tag hinauszuschieben. Zusätzlich würde er sich auch noch eine Bürohilfe einstellen, die ihn dabei unterstützt.

Die Erarbeitung eines Plans zur Stressreduktion ist besonders wichtig bei Patienten mit niedriger Stressakzeptanz, die sich dann in zusätzlicher Nahrungsaufnahme ein Ventil sucht. Deshalb sollte in der Beratung von stark übergewichtigen Menschen unkontrolliertes Essen in stressvollen Situationen wie Ärger, Konflikte, Prüfungen, Lärm, Anspannung und Überlastung, aber auch Unterbelastung wie bei Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Langeweile, Kummer und Trauer analysiert werden. Der erste Schritt zur Veränderung besteht darin, sich diese Situationen bewusst zu machen.

Aber ebenso gut kann es zu den sogenannten „Vermeidungsreaktionen“ kommen, die dann einsetzen, wenn man gezwungen ist, eine unliebsame Aufgabe zu erledigen. Weit verbreitet ist ein solches Verhalten in Prüfungs- und Krisensituationen, in denen alle anderen Aufgaben eher wahrgenommen werden als das anstehende Problem aktiv und zielorientiert aus der Welt zu schaffen. Oftmals wird dieses Problem mit Essen kompensiert, z.B. als Belohnung oder mentale Stärkung. Der Argumentationsreichtum ist vielfältig. Auch diese Situationen sollten den Patienten bewusst gemacht werden.

Die Patienten verstehen sukzessive, wie stressvolle Situationen ihr Essverhalten beeinflussen. Essen dient als Beruhigung, Ablenkung, Vermeidung, Belohnung oder fördert die Konzentration. In einem Satz: Es gibt eigentlich keine stressvolle Situation, in der nicht gegessen werden könnte. Um die Patienten aus dieser Falle heraus zu lotsen, werden Einführungen in Autogenem Training und progressiver Muskelentspannung gegeben, die dann je nach Interesse auch außerhalb des Programms z.B. durch Krankenkassenunterstützte Kurse unterstützt

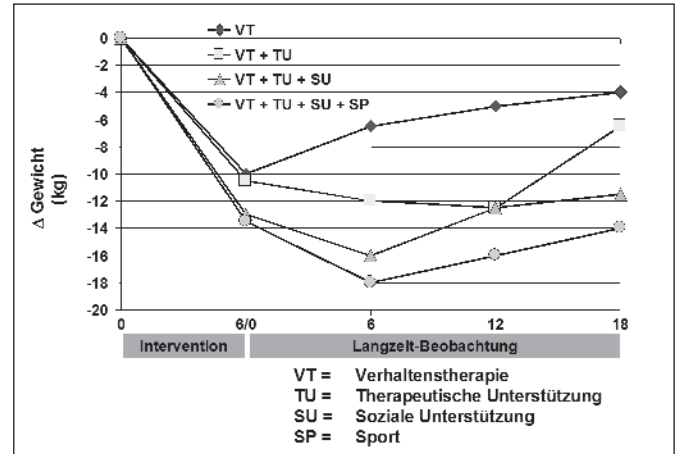
werden. Interdisziplinär wird auch der Bewegungstherapeut des Programms Entspannungsübungen in seine Kurse einbauen.

Im Optifast-52-Programm wird folgende Checkliste zum Stressmanagement genutzt:

- Stecke keine zu hohen Ziele.
- Bitte, wenn nötig, um Hilfe.
- Akzeptiere, dass Du nicht jede Situation kontrollieren kannst.
- Sei flexibel.
- Mach am Tagesanfang eine Liste der zu erledigenden Aufgaben. Setze Prioritäten.
- Zerlege größere Aufgaben in kleinere.
- Iss ausgewogen, genügend Früchte, Korn und Gemüse.
- Schlaf genügend jede Nacht.
- Bau jeden Tag eine Fitnesspause zur Energie- und Stimmungssteigerung.
- Lass Zeit für Freizeit: z. B. Musik, Lesen etc.
- Benutze Misserfolge als Lerngelegenheiten.
- Sage falls möglich „Nein“ zu Aufgaben, die zu zuviel Stress führen würden.
- Sprich mit einem Freund oder Deinem Partner über Enttäuschungen oder Erfolge.
- Vermeide Stressquellen wie laute Musik oder ständige Unordnung.
- Lache. Nimm Dir Zeit, um Spaß zu haben.
- Vergiss nicht, dass es auch in Ordnung ist, einmal zu weinen.
- Trainiere Tiefenatmung: 5 Sekunden einatmen, 4 Sekunden halten, 5 Sekunden ausatmen.
- Längeres Sitzen produziert Stress. Nimm Treppen statt Lifte, stehe beim Telefonieren.

## Integration von verhaltenstherapeutischen Strategien in multimodale Therapieprogramme

Im Idealfall werden viele der beschriebenen Strategien in ein professionelles Thera-



**Abb. 3**

Kombination verschiedener Therapieelemente (nach Perri et al. 1987).

pieprogramm integriert. Im Zusammenwirken mit diätetischer Therapie und einem Bewegungsprogramm kann die Ergebnisqualität beachtlich sein. Perri und Kollegen konnten bereits 1987 (18) zeigen, dass der Erfolg der Therapie umso besser ist, je mehr Therapieelemente parallel genutzt werden (► Abb. 3).

Im Optifast-52-Programm erreichen weibliche Programmteilnehmerinnen eine mittlere Gewichtsreduktion von 20 kg, wenn sie das Programm bis zum Ende absolvieren, männliche Programmteilnehmer 26 kg (1, 19). Es ist jedoch nicht möglich, den Gesamterfolg prozentual den unterschiedlichen Programmbestandteilen diätetische Therapie, Verhaltenstherapie, Bewegungstherapie, ärztliche Beratung bzw. Formula-Diät zuzuordnen.

## Digitale Kommunikationswege

Die beschriebenen verhaltenstherapeutischen Strategien kommen typischerweise bei einer Beratung durch Fachkräfte vor Ort zum Einsatz. Es ist allerdings ebenso möglich, diese in Online-Programme zu integrieren. Die Leitlinie konstatiert jedoch, dass professionelle Gewichtsreduktionsprogramme erfolgreicher sind, wenn sie auf persönlicher Beratung vor Ort basieren („Face-to-Face“):

*Leitlinientext: Werden die gleichen Programminhalte in gleichem Umfang im Internet oder per Telefon angeboten, ist der Therapieerfolg geringer, kann aber dennoch klinisch relevant sein. Der entscheidende Vorteil internetbasierter Programme ist ihre Reichweite, zeitliche Flexibilität und Kosteneffektivität. Sie sind vor allem dann eine sinnvolle Alternative zu persönlicher Beratung vor Ort, wenn diese am Wohnort nicht angeboten wird, durch hohe Mobilitätsanforderungen nicht wahrgenommen werden kann oder aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen werden kann.*

## Interessenkonflikte

TE hat am Kapitel Verhaltenstherapie (5.29) der Leitlinie Adipositas mitgearbeitet. TE war als Autor in die letzte Überarbeitung des Optifast-52-Programms (2010) eingebunden und hat Vortrags- und Autorenhonorare von Nestlé Healthcare Nutrition erhalten.

MT hat gemeinsam mit einem weiteren Kollegen den verhaltenstherapeutischen Teil des Optifast-52-Programms (2010) erarbeitet. Er hat Vortrags- und Autorenhonorare von Nestlé Healthcare Nutrition erhalten.

Die **Literatur** finden Sie online unter [www.adipositas-journal.de](http://www.adipositas-journal.de)



## Literatur

1. Hauner H et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (Version 2014). *Adipositas* 2014; 8: 179–221.
2. Butryn ML, Phelan S, Hill JO, et al. Consistent self-monitoring of weight: A key component of successful weight loss maintenance. *Obesity* 2007; 15: 3091–3096. (PubMed: 18198319)
3. Boutelle KN, Kirschenbaum DS. Further support for consistent self-monitoring as a vital component of successful weight control. *Obes Res* 1998; 6: 219–224. (PubMed: 9618126)
4. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005; 353: 2111–2120. (PubMed: 16291981)
5. Baker RC, Kirschenbaum DS. Self-monitoring may be necessary for successful weight control. *Behav Ther* 1993; 24: 377–394.
6. Foster GD. Clinical implications for the treatment of obesity. *Obesity*. 2006; 14:182S–185S. (PubMed: 16931504)
7. Foreyt JB, Goodrick GK. Evidence for success of behaviour modification in weight loss and control. *Ann Int Med* 1993; 119: 698–701.
8. Ellrott T. Verhaltensmodifikation in der Adipositas therapie. *Aktuel Ernährungsmed* 1999; 24: 91–96.
9. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Washington D. C.: National Institutes of Health 1998.
10. Thomas PR (Hrsg). *Weighing the options – Criteria for evaluating weight-management programs*. Washington D.C.: National Academy Press, 1995
11. Foster GD, Kendall PC. The realistic treatment of obesity: Changing the scales of success. *Clin Psychol Rev* 1994; 14: 701–736.
12. Fairburn CG, Cooper F. New perspectives on dietary and behavioural treatments for obesity. *Int J Obes* 1996; 20: S9–S13.
13. Ellrott T, Pudel V. *Adipositas therapie – Aktuelle Perspektiven*. Stuttgart: Thieme-Verlag 1998.
14. Kayman, S., Bruvold, W., Stern, J. S.: Maintenance and relapse after weight loss in women. *Behavioural Aspects. Am J Clin Nutr* 1990; 52: 800–807.
15. Wing, RR. Behavioral weight control. In: Wadden TA, Stunkard AJ (eds). *Handbook of Obesity Treatment*. New York: The Guilford Press 2002; 301–316.
16. Wing RR, Jeffery RW, Hellerstedt WL, et al. Effect of frequent phone contacts and optional food provision on maintenance of weight loss. *Ann Behav Med* 1996; 18: 172–176.
17. Kayman S, Bruvold W, Stern JS. Maintenance and relapse after weight loss in women. *Behavioural Aspects. Am J Clin Nutr* 1990; 52: 800–807.
18. Perri MG, McAdoo WG, McAllister DA, Lauer JB, Jordan RC, Yancey DZ, Nezu AM. Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(4): 615–617.
19. Bischoff SC, mms-Machado A, Betz C, Herpertz S, Legenbauer T, Low T, Wechsler JG, Bischoff G, Austel A, Ellrott T. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life--a prospective study. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36(4): 614–624.