

1 Adipositas aus psychosomatischer Sicht

Martina de Zwaan

Wenn auch in Einzelfällen psychische Faktoren eine große Rolle in der Genese der Adipositas spielen können, so existieren jedoch bis heute keine schlüssigen Hinweise für eine ausschließlich psychische Verursachung von Übergewicht oder Adipositas. Adipositas stellt auch per se keine Essstörung dar und ist im Regelfall auch nicht durch eine Essstörung allein zu erklären. Die Gründe, die zur Entstehung von Adipositas führen, sind vielfältig; die in den letzten Jahrzehnten deutliche Zunahme der Prävalenz der Adipositas – weniger als 40% der Deutschen haben Normalgewicht (de Zwaan et al. 2008) – ist jedoch vorrangig durch den modernen inaktiven Lebensstil und die hohe Verfügbarkeit energiedichterer Nahrung zu erklären. Allerdings zeigen adipöse Menschen eine beträchtliche psychische Komorbidität, die zu einer Abnahme der Lebensqualität und zu einer Verkomplizierung der Adipositastherapie beitragen kann.

1.1 Stigmatisierung

Adipöse Menschen werden häufig für ihr Übergewicht verantwortlich gemacht und sehen sich negativen Stereotypen ausgesetzt. Sie werden mit den Attributen „faul“ und „undiszipliniert“ belegt und erfahren gesellschaftliche Missbilligung, da man von einer einfachen Kontrollierbarkeit des eigenen Körpergewichts ausgeht. Die Betroffenen internalisieren diese Ansichten mit der Folge, dass es zur *Selbststigmatisierung* und damit zu einer Abnahme des Selbstwerts und zu einem negativen Körperbild kom-

men kann. Bereits adipöse Kinder sind wiederholten Hänseleien ausgesetzt. Auch im Gesundheitswesen Tätige nehmen Adipösen gegenüber häufig eine diskriminierende Haltung ein, was sich deutlich negativ auf die professionelle Beziehung zu den Betroffenen auswirken kann (de Zwaan et al. 2011).

Im Prinzip scheint das Körpergewicht durch Verminderung der Kalorienaufnahme und Zunahme der Kalorienabgabe tatsächlich leicht steuerbar zu sein. Die Realität zeigt jedoch, dass mittels Ernährungs- und Bewegungstherapie bei adipösen Erwachsenen ein Gewichtsverlust von nur durchschnittlich 3–5 kg erzielt wird. Zudem haben nach 5 Jahren mindestens 85% der Menschen wieder ihr ursprüngliches Gewicht erreicht. Es ist ebenfalls eine Tatsache, dass trotz der Vielzahl an Diätbüchern und anderer stark beworbener und scheinbar einfacher Gewichtsreduktionsstrategien die weltweite Zunahme der Prävalenz der Adipositas nicht verhindert werden konnte. Dies deutet darauf hin, dass die uns zur Verfügung stehenden konservativen Strategien zur Gewichtsreduktion für die meisten Betroffenen vollkommen unzureichend sind. Zudem mehren sich die Hinweise darauf, dass die biologischen Mechanismen, welche die Nahrungsaufnahme begünstigen, deutlich stärker ausgebildet sind als jene Signalwege, die die Nahrungsaufnahme hemmen. Die Evolution hat vorrangig Strategien zur Bewältigung von Nahrungsmangel-, kaum aber von Nahrungsüberflusssituationen entwickelt. Unsere homöosta-



tischen Regelkreise haben einer im Überfluss vorhandenen schmackhaften Nahrung mit aktiviertem Belohnungssystem wenig entgegenzusetzen. Man könnte fast sagen: Übergewicht stellt heute eine ganz normale Reaktion des Körpers auf eine unnormale Umwelt dar. Manche Autoren behaupten sogar, dass man sein Gewicht im Prinzip genauso wenig dauerhaft beeinflussen kann wie seine Körpergröße (Hebebrand u. Simon 2008).

! Im Gesundheitswesen Tätige sollten ihre eigene Haltung gegenüber Adipösen überprüfen, um nicht durch Stigmatisierung und Diskriminierung die professionelle Beziehung zu den Patienten negativ zu beeinflussen.

1.2 Depression und Angst

Neuere epidemiologische Untersuchungen konnten zeigen, dass in der deutschen Bevölkerung ein positiver Zusammenhang zwischen psychischen Störungen, v.a. Angst, Depression und Binge-Eating-Störung (BES) (s. Kap. III.1.3) sowie Adipositas besteht (Baumeister u. Härter 2007). Die Lebenszeitprävalenz von depressiven Störungen wird bei Adipösen in der Allgemeinbevölkerung mit 23,7% angegeben im Vergleich zu 16,8% bei Normalgewichtigen. Dies entspricht einer um 50% höheren Prävalenz von Depression bei Adipösen. Angststörungen zeigten sich bei Adipösen ebenfalls um den Faktor 2 erhöht (21,7% bei Adipösen und 11,9% bei Normalgewichtigen). Der Zusammenhang ist bei *Frauen* deutlicher und nimmt mit steigendem Übergewicht zu. Bei Patienten, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, und v.a. bei Patienten, die sich für eine adipositaschirurgische Maßnahme vorstellen, kann die psychische Komorbidität ganz beträchtlich sein. In einer eigenen Studie, in der 146 konsekutive Patienten vor bariatrischer Operation mit strukturierten Diagnoseinstrumenten untersucht wurden, lag die Prävalenz für zumindest eine psychische Lebenszeitdiagnose bei 72,6%. Immerhin 55,5% erfüllten zum Zeitpunkt des Interviews die Kriterien für eine aktuelle psychische Störung (Mühlhans et al. 2009). Es ist daher anzunehmen, dass die Lebensqualität bei schwer Adipösen nicht nur aufgrund der zahlreichen körperlichen Folgeerkrankungen, sondern auch aufgrund der psychischen Komorbidität eingeschränkt ist.

Der Zusammenhang zwischen Depression und Adipositas wurde in einer Metaanalyse von Längs-

schnittstudien untersucht. Die Ergebnisse lassen einen bidirektionalen Zusammenhang vermuten. Depressive haben ein um 58% erhöhtes Risiko, adipös zu werden und umgekehrt haben adipöse Menschen ein um 55% erhöhtes Risiko, depressiv zu werden. Auch Längsschnittuntersuchungen, die im Kindesalter beginnen, konnten zeigen, dass depressive normalgewichtige Kinder im Erwachsenenalter häufiger adipös werden und umgekehrt, dass das Persistieren einer Depression von der Kindheit in das Erwachsenenalter einen starken Prädiktor für den BMI im Erwachsenenalter darstellt (de Zwaan et al. 2011). Diese gegenseitige Beeinflussung könnte durch biologische Mechanismen erklärbar sein. So könnte die inflammatorische Reaktion, die Insulinresistenz, oder die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achsen Dysfunktion, die man bei Adipositas findet, die Entwicklung einer Depression begünstigen. Andererseits kann die Einnahme von Psychopharmaka bei depressiven Patienten eine Gewichtszunahme induzieren. Die Diskriminierung Adipöser oder die mangelnde Selbstfürsorge bei Depression stellen mögliche psychosoziale Faktoren dar, die diese reziproke Beziehung zwischen Depression und Adipositas erklären könnten.

Nach bariatrischer Operation nimmt die Punktprävalenz von depressiven und Angststörungen deutlich ab. Viele Patienten haben nach einer bariatrischen Operation jedoch weiterhin psychische Probleme, die einer Behandlung bedürfen.

Zudem scheint die Prävalenz psychischer Störungen postoperativ immer noch höher zu sein als in der Bevölkerung zu erwarten wäre. Zu bedenken ist auch, dass sich die meisten Studien auf die ersten beiden Jahre nach der Operation beziehen und kaum Langzeituntersuchungen vorliegen. Vor allem die Zeit nach Beendigung der sog. „honeymoon-Phase“, wenn die Gewichtsabnahme stagniert und es sogar zu einer leichten Gewichtszunahme kommt, gilt als Risikophase für das Wiederauftreten von psychischen Störungen und Symptomen. Zudem konnte gezeigt werden, dass Patienten, die nach der Operation weiterhin psychische Probleme haben bzw. nach der honeymoon-Phase wieder psychische Probleme entwickeln, einen schlechteren langfristigen Gewichtsverlauf zeigen.

! Zwischen Depression und Adipositas besteht eine bidirektionale Beziehung. Depressive haben ein höheres Risiko, adipös zu werden und umgekehrt haben Adipöse ein höheres Risiko, eine Depression zu entwickeln. Psychische Störungen können den Erfolg von

Gewichtsreduktionsprogrammen, einschließlich adipositaschirurgischer Maßnahmen, beeinträchtigen.

1.3 Essverhalten

Auffälliges Essverhalten wurde bei Übergewichtigen bereits in den frühen 50er-Jahren beschrieben. Vor allem die sog. *Binge-Eating-Störung* (BES) scheint bei adipösen Menschen häufig vorzukommen. In der Allgemeinbevölkerung stellt die BES mit einer Prävalenz von 2–5% die häufigste Essstörung dar. In klinischen Stichproben adipöser Menschen sind Prävalenzen der BES von 15–30% beschrieben worden. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen. Das Kernsymptom der BES stellen wiederholte Episoden von „Essanfällen“ dar, bei denen in einem abgrenzbaren Zeitraum eine objektiv große Nahrungsmenge gegessen wird, begleitet von dem Gefühl, die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme zu verlieren. Sie können sich auch als kontinuierlich, über den Tag verteilte Nahrungsaufnahme („grazing“, „nibbling“) ohne feste Mahlzeiten manifestieren. Sie treten im Durchschnitt an 2,5 bis 5 Tagen der Woche auf und kommen vermehrt abends vor. Die diagnostischen Kriterien nach dem amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Störungen (DSM-IV, APA 2000) sind in folgender Übersicht dargestellt. Im ICD-10 kann die BES nur unter „Essstörungen nicht näher bezeichnet“ (F50.9) kodiert werden und wird nicht als eigenständige Störung gelistet.

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV (APA 2000)

- A. Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch folgende Merkmale charakterisiert:
 - Aufnahme einer großen Nahrungsmittelmenge in einer umschriebenen Zeitspanne und
 - das Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten
- B. Während der meisten Essanfälle treten mindestens 3 der folgenden Verhaltensindikatoren für Kontrollverlust auf:
 - Es wird schneller als üblicherweise gegessen.
 - Es wird soviel gegessen, bis es zu einem unangenehmen Völlegefühl kommt.
 - Es werden große Mengen an Nahrung aufgenommen, obwohl kein Hungergefühl besteht.
 - Es wird alleine gegessen, weil es als peinlich empfunden wird, so große Nahrungsmengen vor anderen zu sich zu nehmen.

- Die Person erlebt sich nach einem Essanfall als abstoßend, fühlt sich niedergeschlagen oder schuldig.
- C. Die Essanfälle bewirken ein klinisch bedeutsames Leiden.
- D. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche und über eine Zeitspanne von 6 Monaten auf.
- E. Die Essanfälle stehen in keinem Zusammenhang mit regelmäßigem Kompensationsverhalten und treten nicht ausschließlich während des Verlaufs einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa auf.

Das Vorhandensein einer BES hat keinen Einfluss auf den Gewichtsverlauf nach bariatrischer Operation. Ein Teil der Patienten mit BES vor der Operation, entwickelt nach der Operation jedoch erneut Essanfälle. Postoperativ können die Patienten in der Regel keine großen Nahrungsmittelmengen mehr zu sich nehmen, sie beschreiben aber während dieser (subjektiven) Essanfälle ein Gefühl des Kontrollverlustes („loss of control eating“). Postoperative Essanfälle haben nicht nur einen negativen Einfluss auf das Ausmaß der Gewichtsreduktion, sie gehen auch mit erhöhter allgemeiner und essstörungsspezifischer Psychopathologie einher. Anstatt Patienten mit BES allerdings von einer bariatrischen Operation auszuschließen, sollten Essanfälle bzw. „loss of control eating“ postoperativ frühzeitig identifiziert und behandelt werden, um den Gewichtsverlauf positiv zu beeinflussen und Leidensdruck zu reduzieren.

! Die Binge-Eating-Störung ist bei adipösen Menschen häufig, nicht jeder adipöse Mensch leidet jedoch an einer Essstörung. Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden.

Therapie der ersten Wahl bei BES stellen – wie bei anderen Essstörungen – psychotherapeutische Verfahren dar. Die meiste Evidenz gibt es für die Wirksamkeit spezialisierter Formen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen ebenfalls Wirksamkeitsbelege vor (DGPM 2010). Neuere Antidepressiva (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI] und NSRI) bei BES wirksam; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen. Antidepressiva können jedoch im Rahmen eines Therapieversuchs eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist. Dabei muss der Patient über den Umstand des Off-Label-Uses aufgeklärt werden. Langzeiteffekte von



Psychopharmaka bei BES sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann daher nicht empfohlen werden. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Medikamente die Gewichtsreduktion unterstützen können und einen positiven Effekt auf Depression und auf essstörungsspezifische Psychopathologie aufweisen.

Eine Verbesserung der Essstörungssymptomatik sowie des psychischen Befindens wirkt zwar einer weiteren Gewichtszunahme entgegen, führt aber nicht notwendigerweise zu einer klinisch relevanten Gewichtsreduktion. Interessanterweise konnte in konventionellen Gewichtsreduktionsprogrammen mit erheblicher kalorischer Einschränkung nicht nur eine deutliche Gewichtsabnahme, sondern auch – entgegen ursprünglicher Annahmen – eine relevante Reduktion der Essanfälle beobachtet werden. Dies lässt sich unter anderem vor dem Hintergrund verstehen, dass sich einige der in Gewichtsreduktionsprogrammen eingeführten Verhaltens-elemente (z.B. regelmäßige Mahlzeiten, Eliminierung chaotischen Essverhaltens, Stimuluskontrolle, etc.) mit Behandlungselementen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes überschneiden. Auch bei dieser Patientengruppe ist die Stabilisierung eines reduzierten Gewichts wenig erfolgreich und eine Wiedergewinnung des Gewichts geht oft mit einer erneuten Zunahme der Essanfälle einher.

1.4 Psychische Begutachtung vor Adipositaschirurgie

Psychische Komorbidität stellt nach den Ergebnissen in der Literatur keineswegs eine absolute Kontraindikation für eine bariatrische Maßnahme dar und einen leichtfertigen Ausschluss von Patienten aufgrund psychischer Störungen sollte man daher vermeiden. Als *psychische Kontraindikationen* für bariatrische Chirurgie gelten aktive Substanzabhängigkeit, eine unbehandelte Bulimia nervosa und ein instabiler psychopathologischer Zustand. Können diese Erkrankungen erfolgreich behandelt oder in einen stabilen Zustand überführt werden, sollte eine erneute Evaluation erfolgen.

Eine psychische Erkrankung ist fachgerecht zu behandeln. Daher schlagen die S3 Leitlinien zur Chirurgie der Adipositas vor, dass in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität bei allen Patienten die Konsultation eines möglichst in der Therapie der Adipositas tätigen *Psychosomatikers, Psychiaters oder klinischen Psychologen* in Betracht gezogen werden soll.

Auch die von der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie initiierte Zertifizierung von adipositaschirurgischen Zentren sieht die interne oder externe Zusammenarbeit mit einem Psychosomatiker oder Psychologen vor (Herbig 2008). Für die präoperative psychische Begutachtung sind inhaltliche Empfehlungen entwickelt und publiziert worden (de Zwaan et al. 2007).



Eine psychische Begutachtung vor bariatrischer Chirurgie wird in den S3 Leitlinien „Chirurgie der Adipositas“ der AWMF empfohlen (DGAV 2010). Psychische Störungen stellen nur selten eine absolute Kontraindikation für eine adipositaschirurgische Maßnahme dar.

Fazit

Adipositas ist häufig mit psychischen Erkrankungen assoziiert. Die Lebensqualität Adipöser ist nicht nur durch die organische sondern auch durch die psychische Komorbidität und die vielfältigen Stigmatisierungserfahrungen deutlich beeinträchtigt. In der klinischen Praxis sollte daher auf psychische Störungen geachtet und eine entsprechende Behandlung empfohlen werden, da sonst der Erfolg von Gewichtsreduktionsprogrammen und selbst von bariatrisch-chirurgischen Maßnahmen beeinträchtigt werden kann.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association
- Baumeister H, Härter M (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obesity* 31, 1155-1164
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) (2010) Chirurgie der Adipositas. AWMF S3 Leitlinie. AWMF Registernummer 088/001, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001L_S3_Chirurgie_der_Adipositas_2010-06.pdf, abgerufen am 26.10.2011
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (2010) Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF S3 Leitlinie. AWMF Registernummer 051/026, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026L_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf, abgerufen am 26.10.2011
- Hebebrand J, Simon CP (2008) Irrtum Übergewicht, Zabert Sandmann, München
- Herbig B (2008) Zertifizierung – ein wichtiger Schritt für die Entwicklung der Adipositaschirurgie in Deutschland. *Chirurgische Allgemeine* 9, 483-490

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG (2010) Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 67, 220–229

Mühlhans B, Horbach T, de Zwaan M (2009) Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. Gen Hosp Psychiatry 31, 414–421

de Zwaan M, Hilbert A, Herpertz S, Zipfel S, Beutel M, Gefeller O, Mühlhans B (2008) Weight loss maintenance in a population-based sample of German adults. Obesity 16, 2535–2540

de Zwaan M, Mühlhans B, Herpertz S (2011) Adipositas. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Weisack W (Hrsg.) Uexküll Psychosomatische Medizin, Elsevier, München, 841–850

de Zwaan M, Wolf AM, Herpertz S (2007) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. Dtsch Ärzteblatt 104, 2577–2583



Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Professor de Zwaan ist Fachärztin für Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Von 2003 bis 2011 leitete sie die Psychosomatische Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen. Seit 01.10.2011 ist Frau Professor de Zwaan Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover.