

In der Reihe „Beiträge zur Qualitätsentwicklung“ sind bisher Broschüren zu folgenden Themen erschienen: Osteoporose (2003, 3. Auflage 2010), Adipositas (2004, 3. Auflage 2011), Arthrose (2004), Herz-Kreislauf (2007), Beckenboden (2009, 2. Auflage 2010), Sport bei psychischen Erkrankungen (2009)

Diese Broschüre entstand mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB).

**IMPRESSUM**

Autorinnen:

Janine Becker, Dipl. Psychologin

Kerstin Döbberstein,  
staatlich anerkannte  
Diätassistentin

Christina Teran,  
Dipl. Sportlehrerin

Dr. Anja Vogt, Ärztin

Redaktion: LSB Berlin,  
Referat Sportentwicklung

Gestaltung:  
Sehstern Berlin

© Oktober 2011

Landessportbund  
Berlin,  
Jesse-Owens-Allee 2,  
14053 Berlin

**WEB-ADRESSEN  
ZUM THEMA:**

[www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de)

[www.adipositas-gesellschaft.de/](http://www.adipositas-gesellschaft.de/)

Leitlinien/Evidenzbasierte  
Leitlinien-Adipositas.pdf

[www.uni-duesseldorf.de/  
AWMF/III/index.html](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/index.html)

[www.ernaehrungsmed.de](http://www.ernaehrungsmed.de)

[www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de)

[www.lsb-berlin.de](http://www.lsb-berlin.de)

[www.dosb.de](http://www.dosb.de)

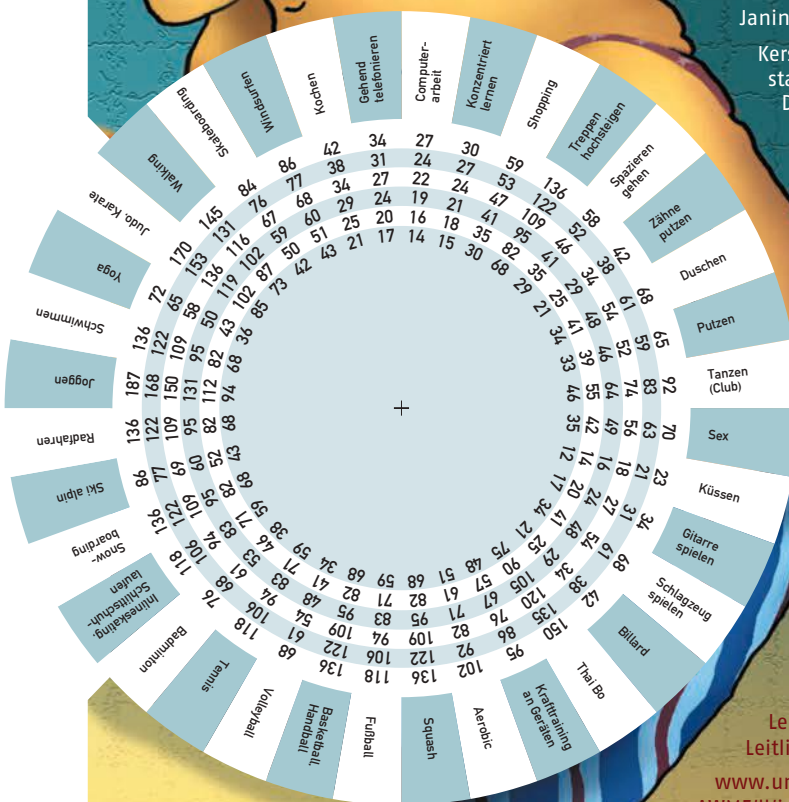


LANDES  
SPORTBUND  
BERLIN

**BEITRÄGE ZUR  
QUALITÄTSENTWICKLUNG**

# Adipositas und Bewegung

## TIPPS UND INFORMATIONEN



# ADIPOSITAS

## und Bewegung

VON DR. ANJA VOGT

**DEFINITION** ADIPOSITAS bezeichnet ein Übergewicht mit erhöhtem Körperfettanteil. Es gibt 3 einfache Messmethoden:

- **BMI (BODY-MASS-INDEX)** = Körpergewicht in kg : Größe in m<sup>2</sup>  
20 – 24,9 = Normalgewicht, 25 – 29,9 = Übergewicht, 30 – 34,9 = Adipositas I, 35,0 – 39,9 = Adipositas II, > 40 = morbid Adipositas
- **WHR (waist-hip-ratio)** Quotient aus Taillen- + Hüftumfang  
MÄNNER < 1,0, FRAUEN < 0,85
- **TAILLENUMFANG** (in cm) MÄNNER: > 94 cm = leicht erhöhtes Risiko, > 102 cm = stark erhöhtes Risiko, FRAUEN: > 80 cm = leicht erhöhtes Risiko, > 88 cm = stark erhöhtes Risiko

**URSACHEN** Lebensstil (zuwenig Bewegung, zuviel Nahrung = positive Energiebilanz über einen längeren Zeitraum), genetische, hormonelle, psychische Faktoren, bestimmte Medikamente (z.B. Psychopharmaka, Cortison).

Sicher sind nicht alle Faktoren, z.B. die Gene oder notwendige Medikamente, zu verändern. Aber die wichtigste und häufigste Ursache, nämlich der Lebensstil, ist insbesondere durch Sport und Ernährungsumstellung sehr zu beeinflussen.

**DIAGNOSTIK** Die Diagnostik sollte durch den Arzt ganzheitlich durchgeführt werden:

- Anamnese und Untersuchung, incl.
- Ernährungsanamnese
- Aktivitätsanamnese
- Medikamentenanamnese
- evtl. Messung der Körperzusammensetzung

Die Diagnostik bildet die Grundlage, auf der mit dem Betroffenen gemeinsam der Therapieplan erarbeitet wird.

Die stammbetonte Fettansammlung (abdominales, viszerales Fett, typ. männlich) ist wesentlich gefährlicher als die an Oberschenkeln und Hüften (typ. weiblich), da das viszerale Fettgewebe stoffwechsel aktiv ist.

**Problem:**

### ADIPOSITAS

ist eine chronische Krankheit, häufig eine „Sucht“-Krankheit, mit stark zunehmender Häufigkeit und vielen möglichen Folgen: Es besteht ein erhebliches Risiko für die Entstehung anderer Krankheiten, z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankheiten, Gelenkprobleme, Gicht bis hin zur erhöhten Sterblichkeit.

Das psychosoziale Leid ist für den Betroffenen oft schlimmer als mögliche spätere Krankheiten.

Der Übungsleiter sollte für die Betreuung von Adipösen am besten eine Herzsportlizenz und weitere einschlägige Qualifikationen (Sport bei Diabetes, Bluthochdruck usw.) besitzen, die eine professionelle individuelle Betreuung garantieren.

**Die einzige Chance:**

- Ernährung
- + Bewegung
- + ärztliche
- + psychologische Betreuung

# ADIPOSITAS

**THERAPIE** Wichtig ist eine umfassende Behandlungsstrategie! Neuere Erfahrungen belegen, dass nur in der Kombination von Ernährungsberatung + Bewegung + psychologischer + ärztlicher Betreuung eine realistische Chance zur Gewichtsreduktion besteht.

Einzelmaßnahmen sind seltener erfolgreich und führen meist zum Rückfall. Hierzu müssen die einzelnen Disziplinen zusammenarbeiten, die Zusammenarbeit sollte von einem Teamleiter organisiert werden. Dem Betroffenen muss klar werden, dass eine Verhaltensänderung – und zwar Bewegung und Ernährung betreffend – entscheidend für eine Verbesserung seiner Situation ist. Die Behandlung besteht primär in der Verminderung der Kalorienzufuhr und dem vermehrten Kalorienverbrauch durch Bewegung. Wichtig ist die Begleitung des Einzelnen mit festgelegten realistischen Therapiezielen, Ernährungsberatungen, angepasstem Sport und Verhaltensbeobachtung.

Spezielle Diäten und Medikamente unter ärztlicher Aufsicht oder als letzte Möglichkeit eine Operation (z.B. Magenband) sind selten sinnvoll oder notwendig.

Viel gewonnen ist schon mit einem aktiven Lebensstil und Freizeitverhalten! Also beispielsweise die Treppe nach oben laufen statt Aufzug zu fahren, mal zu Fuß gehen statt mit dem Auto zu fahren, ein Spaziergang statt Fernsehen.

## THERAPIE-INDIKATION

Als Indikationen zur Therapie des Übergewichtes gelten:

- BMI 25 – 30 und weitere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung oder Diabetes mellitus
- BMI > 30 immer

Die ärztliche Eingangsuntersuchung ergibt, ob Einschränkungen für bestimmte Sportarten bestehen, z.B. Gelenkschmerzen oder Herzkrankheit. Entscheidend ist die individuelle Belastbarkeit.



**BEWEGUNGSTHERAPIE** Regelmäßige Bewegung ist im Rahmen des Lebensstils neben einer ausgewogenen Ernährung die Grundlage der Behandlung der Adipositas. Das Ziel ist, regelmäßig und langfristig Ausdauersport zu betreiben, der Spass macht. Ein zusätzliches Krafttraining verbessert die Muskelkraft und die Koordination. Besonders für Übergewichtige ist eine umfangreiche ärztliche Diagnose, möglichst mit Belastungs-EKG, erforderlich. Die Trainings-Herzfrequenz sollte durch den Arzt festgelegt werden. Besonders günstig sind gelenkschonende Bewegungs- und Sportarten, Radfahren, Schwimmen, Walken. Die Belastung soll submaximal sein und die Umfänge sollen langsam gesteigert werden. Die günstigen Effekte der Bewegungstherapie werden oft unterschätzt. Dabei steht weniger die Gewichtsabnahme im Vordergrund, sondern:

**ANKURBELN DER FETTVERBRENNUNG** Das Ziel: ca. 2000 kcal pro Woche zusätzlich verbrauchen. Das entspricht bei einem Gewicht von ca. 70 kg etwa 6 Std. Walken, 4-5 Std. Gymnastik oder 3 Std. Schwimmen (siehe innere Drehscheibe auf dem Rückumschlag). Fett wird am besten bei aerober Energiegewinnung aus Fettsäuren verbrannt.

**REDUKTION DER FETTMASSE** bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Aufbau von Muskelmasse, um den Grundumsatz zu erhalten

**ERHÖHUNG DER BELASTBARKEIT** bei allen täglichen Aktivitäten

**ERHALTEN DES GEWICHTSVERLUSTES** durch die Kalorien-einschränkung

**VERBESSERUNG DER BEWEGLICHKEIT**

**STÄRKUNG DES HERZ-KREISLAUFSYSTEMS** und

**KRÄFTIGUNG DER MUSKULATUR**, um Gelenkschäden vorzubeugen

Auch die Auswirkung auf Begleitkrankheiten sind ausgeprägt:

**BLUTDRUCKSENKUNG, VERBESSERTE INSULINWIRKUNG** mit niedrigerem Blutzucker und **VERBESSERTES LIPIDPROFIL**: Triglyzeride und LDL-Cholesterin sinken, HDL-Cholesterin steigt.

Ganz entscheidend sind auch die positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl und die psychosoziale Situation.

Denn wer aktiv ist, → sieht Fortschritte bei der Belastbarkeit und Beweglichkeit, → sieht, dass er etwas schaffen kann, → lernt Menschen mit dem gleichen Problem kennen, → findet Rückhalt in der Gruppe und → freut sich auf gemeinsame Aktionen.

Wenn der Betreffende den Nutzen der Bewegung versteht und akzeptiert, kann mit ihm gemeinsam ein individuelles und realistisches Behandlungskonzept entworfen werden. Nur so kann die Therapie der Adipositas langfristig erfolgreich sein.



# Adipositas und SPORT

VON CHRISTINA TERAN

**Der bewusste Umgang mit dem Körper weckt die Aufmerksamkeit für die Funktions-, Reaktions- und Erlebnisweisen des Körpers und macht dies zur Grundlage alltäglichen Verhaltens.**

**G**anz allgemein lässt sich sagen, dass der Sport bei Adipösen dieselben Wirkungen hat wie bei Normalgewichtigen. Allerdings bringt das Übergewicht auch einige Einschränkungen mit sich, die auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten. Die Wirbelsäule wird stärker belastet, da Bauch und Brust der Schwerkraft folgen, d.h. Bauch und oberer Rücken müssen besonders gekräftigt werden. Auch die Motivation ist bei Übergewichtigen ein großes Problem, es ist also wichtig, die Erfolgsergebnisse zu betonen und den Adipösen immer wieder zu zeigen, dass sie auch sportlich sind!

## AUSDAUER- TRAINUNG BEWIRKT:

- Blutdrucksenkung
- Verbesserung der Blutfettwerte LDL ↓ / HDL ↑
- Erhöhung des Kalorienverbrauches
- Leistungssteigerung des Herz-Kreislauf-Systems



## Inhaltliche und methodische Besonderheiten

- Durch Adipositas ist die Beweglichkeit eingeschränkt
- Übungen mit hohen Aufprallbelastungen sind zu vermeiden (z. B. schnelles Laufen, Sprünge) → Knie- und Sprunggelenke!
- Starke Rotationsbewegungen vermeiden → Wirbelsäule!
- Übungen langsam, korrekt und achsengerecht ausführen, (dies ist bei Sportarten wie z.B. Squash schwer einzuhalten)
- Nur Übungen auswählen, bei denen die „Weichteilsperre“ (Fett, das im Weg ist) den Trainierenden nicht davon abhält, die Übung korrekt auszuführen
- Einfache Hilfen wie Therabänder oder Handtücher unterstützen die korrekte Bewegungsausführung.

# Mit Bewegung und Spaß Pfundes loswerden

## Ausdauertraining

Es sollte anfangs ein extensives Grundlagen-Ausdauertraining betrieben werden, d.h. ca. 60% - 70% der maximalen Herzfrequenz (max. HF), später kann dann zum intensiven Ausdauertraining in der aeroben Zone übergegangen werden.

Die Trainings-Herzfrequenz darf im aeroben Bereich 80% der maximalen Herzfrequenz nicht überschreiten.

Grundlagenausdauer/ aerobe Zone

Unterer Wert = max. HF x 0,7

Oberer Wert = max. HF x 0,8

Die Gesamt-Dauer der Belastung beläuft sich auf ca. 30 - 60 Minuten. Die Intensität wird über die Pulsfrequenz gesteuert. Der Belastungspuls wird am besten vom Arzt festgelegt. Sonst gilt: 70 - 80% der maximalen Herzfrequenz. Dabei sind Medikamente (Betablocker o.ä.) zu berücksichtigen.

Nach Möglichkeit werden zusätzlich Laktatmessungen (Zielbereich: 2,0 - 2,5 mmol/l) durchgeführt, da diese eine wesentlich genauere Dosierung zulassen.

Es wird empfohlen, bei einem BMI > 30 nicht mit dem Laufen zu beginnen, da die Belastung für die Gelenke zu groß ist: Das 3-fache Körpergewicht lastet auf Hüft-, Knie- und Sprunggelenken. Besser geeignet ist hier das Fahrradergometer. Die Belastung soll auf niedrigem Niveau begonnen und individuell langsam gesteigert werden.

### Besonders geeignet:

Fahrradergometer/ Laufband (zügiges Gehen)

Walken/ Nordic Walken Crosstrainer

### Im Freien:

zügiges Gehen, Walken oder Nordic Walken

### Im Wasser:

Schwimmen, Wassergymnastik



Ausdauertraining

ADIPOSITAS

## Beweglichkeit

### Beweglichkeit bewirkt:

Bänder, Sehnen und Muskeln bleiben elastisch (Verminderung der Rupturgefahr). Einschränkungen der Beweglichkeit kann entgegengewirkt werden, so dass wieder ein größeres Bewegungsausmaß zur Verfügung steht.

## Krafttraining

### Geeignete Geräte:

Beinpresse, Ab-/Adduktion, Lastzug, Rudergerät, Seilzug, Rückenextensionsgerät, Bauchbank/ Matte

Es wird empfohlen, mit drei Sätzen á 15 Wiederholungen zu arbeiten. Das Gewicht sollte so ausgewählt werden, dass die Sätze mit einer kleinen Pause (von 30 bis 60 Sekunden) gut zu schaffen sind. Wichtig ist es, die Teilnehmer oft zu motivieren, die Gewichte auch zu erhöhen, damit der Reiz auch groß genug ist! Isometrische Übungen ohne Geräte können auf der Matte durchgeführt werden.

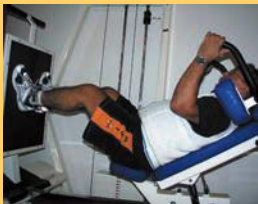
### KRAFTTRAINING BEWIRKT:

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Stütz- und aktiven und passiven Bewegungsapparates (Stabilität von Sehnen und Bändern, sowie die vermehrte Bildung von Gelenkflüssigkeit), außerdem: Verletzungsprophylaxe!
- Ausgleich von Haltungsschwächen: Schwerpunkt Schulter-Nackенbereich, Rücken- und Bauchmuskulatur. Durch eine aufrechtere Haltung kann das Körperbild positiv beeinflusst werden.
  - Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination
- Erhöhung der Muskelmasse (dadurch kommt es zum erhöhten Grundumsatz → es wird leichter, Gewicht zu verringern und zu halten!)

Krafttraining + Beweglichkeit

Gemeinsam mit SPORT

Abb. v.l.n.r.: 1 - 3 Krafttraining an Geräten 4 Isometrisches Krafttraining (Gesäß) 5 Dynamisches Krafttraining (Trizeps) mit



## Gymnastik

- Gymnastische Übungen auf der Matte unter besonderer Berücksichtigung der Wirbelsäule, mit und ohne Geräte (Pezziball, Tubes, Bälle und weitere Kleingeräte)
- Balance und Koordinationsbewegungen auf wackeliger Unterlage od. Posturomed. Auf einem wackeligen Untergrund (zusammengerollte Matte, Kreisel, 1-Beinstand)

## Aquagymnastik

Im Wasser geht es besser: • Der Auftrieb entlastet die Gelenke • Der Wasserwiderstand erhöht die Muskelarbeit

Ausdauer-, Kraft- und Koordinationsübungen sind möglich. Zusätzliche Geräte erhöhen die Übungswirkung und die Freude an der Bewegung.

durch dick und dünn.

können z.B. verschiedene Übungen mit Stäben, Bändern, Tennisbällen oder größeren Bällen durchgeführt werden.

- Entspannungsübungen
- statische Dehnübungen, jeweils 20 – 30 Sek. halten

Entspannungsübungen können Teile des autogenen Trainings enthalten, wie z.B. die Phantasiereisen von Else Müller, aber auch alle anderen Entspannungsübungen.

Eine Abstimmung mit der Gruppe ist sinnvoll.



Gymnastik + Spiele

## Spiele

Kleine Sportspiele wie Federball, Softvolleyballspiele und ähnliche Spielvariationen

dem Tube-Band 6 Bauchmuskelaufbau 7 + 8 Wassergymnastik: abwechslungsreich mit verschiedenen Geräten







# UND PSYCHOLOGIE

VON JANINE BECKER

## ADIPOSITAS

Adipositas + Psychologie

### **Auslösende Ursachen:** **Psychosoziale Faktoren**

Ein Gewichtsanstieg korreliert bei 2/3 der Menschen mit psychosozialen Faktoren. Beispiele:

- Frustrationen, Enttäuschungen
- Verlusterlebnisse: Tod / Trennung vom Partner / Freunden
- Langandauernde Leistungsanforderungen (Prüfungen)
- Berufliche Probleme
- Partnerschaftliche Konflikte
- In der Adoleszenz: Austritt aus dem Elternhaus
- Im Klimakterium: Kränkung wegen abnehmender körperlicher Attraktivität.

### **Lerntheoretische Einflussfaktoren**

**Essen als gestörtes (oder Fehl-) Verhalten** aufgrund von persönlichen/ soziokulturellen Lernerfahrungen

#### **Frühkindliches Modelllernen:**

- Essen als Ausdruck von Zuwendung
- Kognitive Überzeugungen bezügl. Gewicht und Ernährung

#### **Fehlwahrnehmung viszeraler Prozesse bei Adipösen:**

- Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Hunger und anderen Zuständen des Unbehagens sowie
- zwischen Hunger und Sättigung

#### **Operante Verstärkung durch angenehme Folgen:**

- Sättigung • Ruhe • Entspannung

**Vermeidungsverhalten von Stresssituationen/ negativen Reizen**, die Unbehagen auslösen; Essen als Stressreaktion.

### **Psychoanalytische Einflussfaktoren**

**Essen als Abwehr von Unlustempfindungen:**

- Allgemeine Verstimmungen
- Anspannung
- Depressive Gefühle (z.B. Minderwertigkeits- / Schuldgefühle)
- Ängste (z.B. vor dem Alleinsein)
- Ärger und Wut
- Aggression
- Narzisstischen Kränkungen („Kummerspeck“; Essen als „Tröstung“)
- Leeregefühle und Langeweile.

**Essen als Ersatz für fehlende (Mutter)Liebe / Zuwendung**

**Adipositas als unbewusste Abwehr der weiblichen Rolle**

**Adipositas aufgrund einer Störung des Körperschemas;** Körper wird als ekelierend empfunden und verachtet  
→ gestörtes Sozialverhalten

**Essen als Symbol für Geborgenheit und eine körperliche und seelische Integrität.**

### **Häufige psychiatrische Komorbidität zu:**

#### **Esstörungen**

(v.a. „Bingeating“: Kontrollverlust bei Nahrungsaufnahme)

#### **Depressive Störungen**

#### **Angststörungen**

**Abhängigkeits-** (v.a. Alkohol-)

#### **Erkrankungen**

**Persönlichkeitsstörungen.**

# Auch die Seele spielt eine Rolle

**Achtung!** Im Verlauf gewichtsreduzierender Maßnahmen kann es gehäuft zum Auftreten von depressiven Gefühlen und Ängsten kommen.

## Hauptgruppen des Essverhaltens

**Der „Rauschesser“:** Rauschartiger Verzehr großer Nahrungsmengen häufig ausgelöst durch emotionale Faktoren wie Ärger, Frustration und Langeweile.

**Der „Daueresser“:** Über den ganzen Tag verteilte Nahrungsaufnahme (v.a. vor dem Fernseher), da fast ständig ein merklicher Appetit empfunden wird.

**Der „Nimmersatte“:** Verzehr großer Nahrungsmengen ohne deutlichen Appetit, aber mit merklich herabgesetztem Sättigungsempfindung.

**Der „Nachtesser“:** Morgendliche Appetitminderung, nur abendliche/nächtliche Hungergefühle mit Ein- und Durchschlafstörungen.

## Arzt•Patient•Beziehung

### Adipöse Menschen...

- fühlen sich häufig nicht ernstgenommen (soziale Diskriminierung)
- werden häufig nicht zu den „ernstlich“ Kranken gezählt
- fühlen sich häufig mit Vorwürfen konfrontiert (Vorurteile)
- hören oft, „sie sollen sich einfach zusammennehmen“.

### Dies führt zu...

- einer weiteren Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls
- sozialer Abwertung
- einer Erschwerung des Arbeitsbünd-

nisses und der Behandlungssituation

- Resignation / depressiver Verstimmung und motiviert neue Essanfälle.

### Adipöse Menschen...

- haben häufig überzogene und passive Therapieerwartungen
- setzen sich oft zu rigide, unrealistische Ziele („Alles-oder-Nichts-Prinzip“)
- haben eine geringe Frustrationstoleranz
- neigen dazu, Verantwortung an die Therapeuten abzugeben
- vermeiden häufig Anforderungssituationen
- machen häufig externale Faktoren für die Übergewichtsentwicklung verantwortlich und blenden unangenehme Teilaspekte der Realität aus.

### Empfehlung

- Sympathie
- Frühzeitiges Übereinkommen zwischen Patient und Therapeut über realistische Ziele der Behandlung, um Erfolge wahrscheinlich zu machen
- Da adipöse Menschen aufgrund einer Störung der Impulskontrolle häufig zu extremen Verhaltensweisen greifen (Diät oder im Sport), ist es wichtig, sie zu Mäßigkeit anzuhalten, um Herz- und Gelenkschäden zu vermeiden.
- Positive Erfolgserwartung vermitteln, motivieren
- Erfolge (auch kleiner Schritte) loben
- Unterstützung bei der aktiven Bewältigung von Anforderungen
- Keine Schuldzuweisung
- Abhängigkeitsgefälle vermeiden
- Selbstwertgefühl und Selbstkontrolle stärken.

Adipositas + Psychologie



# ADIPOSITAS UND

## Psychotherapie

### THERAPIEINDIKATION

- BMI > 30
- Folgekrankheiten
- Intrinsische Motivation
- Psychosozialer Leidensdruck.

Es existieren drei psychologische Interventionsformen:

### (1) VERHALTENSTHERAPIE

- Bleibende Veränderung von pathologischem Essverhalten und Gewohnheiten sowie Entwicklung einer neuen Lebensführung

#### INDIKATION:

Problembewusstsein & Motivation zur Verhaltensänderung.

### (2) TIEFENPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTE/ PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE

- Aufdeckung unbewusster Ursachen bzw. Suche nach der Bedeutung der überkalorischen Ernährung

#### INDIKATION:

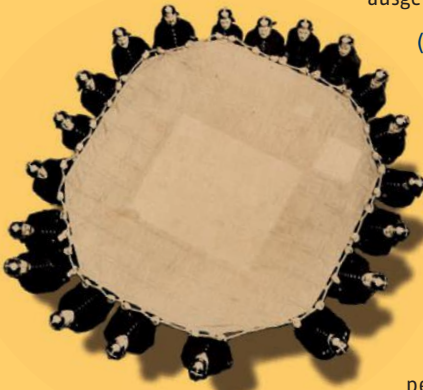
ausgeprägte neurotische Konflikte.

### (3) SELBSTHILFGRUPPEN

- Überwindung von Startschwierigkeiten, Motivation
- Kommunikation, Verständnis und Halt von Mitbetroffenen.

Die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie ist die bislang am weitesten verbreitete Psychotherapieform zur Behandlung von Adipositas. Die Wirksamkeit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen. Zur langfristigen Stabilisierung der Erfolge einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie ist eine ambulante Weiterbetreuung in Selbsthilfegruppen sinnvoll.

Psychotherapie



### DREI GROBE THERAPIEPHASEN

1. Teilnehmer-schulung und Motivationsphase
2. Modifikation des Essverhaltens durch Selbstkontrolle und kognitive Strategien
3. Transfersicherung und Rückfall-prophylaxe.

## Verhaltenstherapie

„Allgemeines Prinzip“: Grundsätzlich muss dem Adipösen, wenn man ihm eine Befriedigung – wie sie das Essen darstellt – nehmen will, etwas anderes dafür gegeben werden (z.B. alternative Verhaltensweisen, Kontakt, Nähe, Befriedigung im sozialen Bereich, andere Stressbewältigungsstrategien, anderer Umgang mit Gefühlen wie z.B. Frustration...).

Vordergründig ist die Analyse und Bewältigung von Problemen aus dem Lebensalltag.

### Rolle des Therapeuten

Der Therapeut verhält sich leitend und aktiv, regt Gruppenübungen an und verhält sich ziel- und methodenorientiert, nicht zurückhaltend und prozessdeutend.

# PSYCHOLOGIE



## 1. TEILNEHMERSCHULUNG UND MOTIVATIONSPHASE

- Informationsvermittlung zur Adipositas
- Motivation durch Bewusstmachung des vorhandenen Leidensdrucks und der kurzfristigen vs. langfristigen positiven und negativen Folgen eines gezielten bzw. überkalorischen Essverhaltens.

## 2. MODIFIKATION DES ESSVERHALTENS DURCH SELBSTKONTROLLE UND KOGNITIVE STRATEGIEN

- Beschreibung des zu kontrollierenden Verhaltens (Selbstbeobachtung der Nahrungsaufnahme mittels Tagebuch)
- Realistische, flexible Zielsetzung (rigide, überzogene Verhaltensziele wie z.B. „ich esse nie mehr etwas Süßes“ sind nicht realisierbar und sehr störanfällig → Rückfall)
- Veränderung von negativen und irrationalen Gedanken und Gefühlen in Bezug auf sich selbst und das Essverhalten in positive, rationale, motivierende Denkinhalte
- Veränderung der situativen Bedingungen, die dem Essen vorausgehen
- Aufbau von flexiblen und bewussten Selbstkontrollstrategien: z.B. Verlangsamung des Essvorgangs, keine Nebenbeschäftigung beim Essen (z.B. Fernsehen), etc.
- Selbstsicherheitstraining zum Umgang mit Versuchungssituationen
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Entwicklung eines Systems von Belohnungen für kleine Erfolgsschritte (da Essen häufig der einzig verfügbare Verstärker bei Adipösen ist, wird ein Repertoire von alternativen, verstärkenden Verhaltensweisen aufgebaut).

## 3. TRANSFERSICHERUNG UND RÜCKFALLPROPHYLAXE

- Unterscheidung zwischen „Ausrutscher“ (Essattacke) und „Rückfall“ (anhaltende Wiederaufnahme einer überkalorischen Ernährung mit der Konsequenz einer Gewichtszunahme), damit nicht Misserfolgserwartung und Frustration bei einem „Ausrutscher“ entsteht und langfristig die Rückfallgefahr steigt
- Kognitives Umstrukturieren: moderate Gewichtsabnahmen sind als Erfolg zu werten; nicht nur Gewichtsabnahme, sondern v.a. die Stabilisierung des Gewichts nach erfolgter Gewichtsabnahme von ca. 10-15% ist ein Erfolg



**Verhaltenstherapie**

- Enttabuisierung und Besprechung von Rückfällen (Ängste, Reduktion des Leistungsdrucks)
- Erkennen rückfallgefährlicher Situationen und deren Vermeidung und Bewältigung sowie frühzeitige Unterbrechung eingetretener „Ausrutscher“
- Nicht der „Ausrutscher“ ist das Problem, sondern die Art und Weise, wie damit umgegangen wird (Motivation, Selbstwirksamkeit, Erfolgserwartung)
- Angebote im „Notfall“: Ein Fangnetz ist wichtig (Notfallstrategien, Selbsthilfegruppe etc.)!

# Adipositas und ERNÄHRUNG

VON KERSTIN DOBBERSTEIN

**M**it einer energiereduzierten Mischkost kann den Folgen einer dauerhaften Energieübersorgung entgegengewirkt werden. Denn das Ziel der Adipositas-therapie sollte die langsame Gewichtsreduktion mit anschließender Stabilisierung des Normalgewichtes sein. Es ist auf ein ausgewogenes Nährstoffverhältnis (Abb.3) zu achten, bei dem die Energiemenge nicht unter dem Grundumsatz liegt.

körperlicher Tätigkeit beträgt ca. 30 kcal/kg Körpnormalgewicht pro Tag. Eine durchschnittliche Gewichtsreduktion beläuft sich auf ca. 0,3 bis 1 kg pro Woche, da 1 kg Körperfett etwa 7000 kcal entsprechen.

## Energieverteilung pro Mahlzeiten

Günstig ist die Wahl von 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten. Über Nacht sollte eine 12-stündige Nahrungspause einge-

Die Ernährungspyramide



**Abb.1 Die ERNÄHRUNGSPYRAMIDE spiegelt die Verteilung der einzelnen Lebensmittelgruppen im Hinblick auf die oben genannten Nährstoffrelationen wider. An der Basis der Pyramide befinden sich die Kohlenhydratträger. Die fettreichen Lebensmittel stehen in der Spitze. Je kleiner der Anteil der einzelnen Lebensmittelgruppe an der Pyramidenfläche ist, umso geringer soll die tägliche Aufnahme sein.**

## Energiebedarf

Der Energiebedarf eines Menschen setzt sich aus dem Grundumsatz (GU) und dem Leistungsumsatz (LU) zusammen. Der GU ist u.a. vom Alter, vom Geschlecht und vom Verhältnis der Muskelmasse zur Fettmasse abhängig.

Der LU ist sehr variabel und wird von der körperlichen Belastung während der Arbeits- und Freizeit bestimmt. Der Energiebedarf einer Person mit leichter

halten werden. Mehrere kleine Mahlzeiten verhindern den Abfall des Blutzuckerspiegels und helfen damit, dem Heißhunger vorzubeugen.

**Abb.2 ENERGIEVERTEILUNG PRO MAHLZEIT (in Prozenten der Tagesenergiemenge)**

1. Frühstück	25 %
2. Frühstück	10 %
Mittagessen	30 %
Kaffee	10 %
Abendessen	25 %

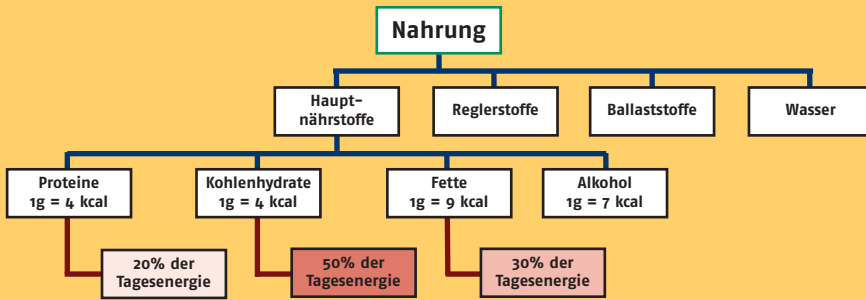


Abb.3 NÄHRSTOFF-RELATIONEN

Die obige Abbildung zeigt die Bestandteile unserer Nahrung. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt täglich 50 % der Tagesenergie aus Kohlenhydraten zu decken, 20 % mit Proteinen und 30 %

mit Fett.

**KOHLLENHYDRATE** sind für den Körper eine unentbehrliche Energiequelle. Sie liefern pro Gramm 4 kcal und können vom Körper nur in geringem Maße in Form von Glycogen gespeichert werden. Speziell für die Gewichtsreduktion sind die Qualität der Kohlenhydrate und ihre Verteilung über den Tag bedeutsam.



Abb. 4 Einteilung der KH und ihre Resorbierbarkeit

Pflanzliche Lebensmittel sind die Hauptlieferanten für KH. Vollkornprodukte und Kartoffeln haben einen hohen Anteil an schwer resorbierbaren KH. Da sie in der Regel ballaststoffreich und fettarm sind, sättigen sie langanhaltend. Deshalb sollte zu jeder Hauptmahlzeit eine Komponente aus der Basis der Pyramide gewählt werden. Durch Verwendung von Naturreis, Vollkornbrot und Getreideflocken werden außerdem wichtige Vitamine und Mineralstoffe aufgenommen.

Pflanzliche Lebensmittel sind frei von Cholesterin. Für den Obst- und Gemüseverzehr gilt die Regel „5 am Tag“, d.h. 2 Portionen Obst (max. 300 g pro Tag wegen der größeren Menge an Glucose, Fructose und Saccharose!) und 3 Portionen Gemüse. Auch Süßigkeiten und Gebäck liefern viele KH, allerdings in Form von leichtresorbierbaren KH. Hinzu kommen oft ein hoher Fett- und ein geringer Ballaststoffgehalt. Deshalb sollten sie nur in geringen Mengen verzehrt werden.

# Adipositas und ERNÄHRUNG

## Ballaststoffe

Unter Ballaststoffen versteht man KH, die im Dünndarm von den vorhandenen Enzymen nicht abgebaut werden können und somit in den Dickdarm gelangen. Die untenstehende Abbildung 5 zeigt die wichtigsten Funktionen der Ballaststoffe. Der Verzehr sollte bei mindestens 30 g liegen. Durch einen hohen Ballaststoffgehalt in der Nahrung steigt der Flüssigkeitsbedarf, da die Ballaststoffe z.T. ein hohes Wasserbindevermögen aufweisen. Wegen der vielfältigen Eigenschaften sollten die Ballaststoffe speziell in der Adipositas-therapie zum Einsatz kommen.

Ballaststoffe

Stabilisierung des  
Blutzuckers durch verzögerte  
Kohlenhydrataufnahme

Ballaststoffe fördern frühzeitige Sättigung,  
verlängern Sättigung durch verzögerte  
Magenentleerung

Absorption von Cholesterin und Gallensäuren  
verbesserte Verdauung – vermindertes  
Darmkrebsrisiko

Divertikuloseprävention  
Kautätigkeit wird angeregt,  
der Speichelfluss wird gefördert –  
vermindertes Kariesrisiko

Abb. 5  
Ballaststoffe  
und ihre  
Funktionen

## Getränke

Unser Körper besteht zu 70 % aus Wasser. Die Verluste über Urin, Stuhl, Lunge und Haut müssen mit einer täglichen Trinkmenge von mindestens 2 Litern ausgeglichen werden. Sport und warmes Klima erhöhen den Bedarf. Bei einer angestrebten Gewichtsreduktion sollten energiefreie Getränke wie Mineralwasser, Kräuter- und Früchtetee bevorzugt werden.

Eine ausreichend große Trinkmenge mindert zudem das Hungergefühl, hilft, Schadstoffe auszuschwemmen und kurbelt den Stoffwechsel an. Alkohol (7 kcal pro Gramm!) und Milch zählen übrigens nicht zu den Getränken.

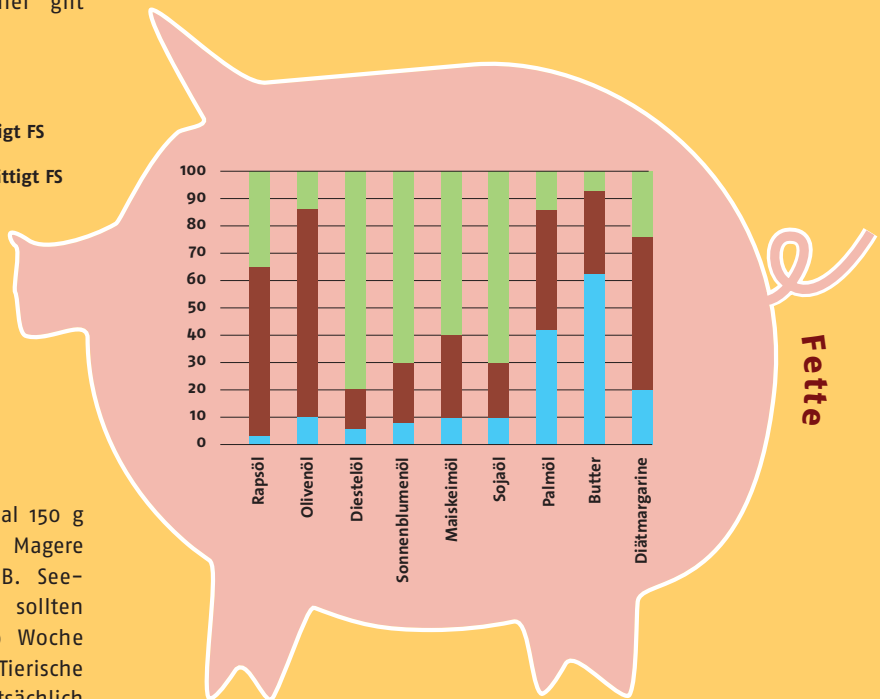
## ...jeder kriegt sein Fett weg.

### Fette

Die Fettreduktion spielt eine entscheidende Rolle, da das Fett den größten Energiegehalt hat (Abb.3). Fette werden nach tierischer und pflanzlicher Herkunft unterteilt. Häufig entsteht durch den Verzehr von versteckten tierischen Fetten ein Energieüberschuss. Für eine energiereduzierte Ernährung empfiehlt sich deshalb die Auswahl von fettarmem Käse (max. 30 % F.i.Tr.) und Milchprodukten (ca. 1,5 % Fett). Außerdem sind Geflügel und Filet von Schwein und Rind zu bevorzugen. Hier gilt

- gesättigte FS
- einfach ungesättigt FS
- mehrfach ungesättigt FS

**Abb. 6**  
**Fettsäuremuster**  
**verschiedener**  
**Fette**



maximal 2 bis 3 mal 150 g Fleisch pro Woche. Magere Fischarten wie z.B. Seelachs oder Forelle sollten mind. einmal pro Woche verzehrt werden. Tierische Fette liefern hauptsächlich gesättigte Fettsäuren (siehe

Abb.6 auf dieser Seite) und Cholesterin. Pflanzliche Öle liefern dem Körper ebenso 9 kcal pro Gramm, aber zusätzlich auch essentielle Fettsäuren und fettlösliche Vitamine. Die tägliche Fettzufuhr sollte während der Gewichtsreduktion max. 40 g betragen.

### Proteine

Die Proteinaufnahme liegt häufig über den empfohlenen 15-20 % (Abb.3), wobei der Anteil an biologisch hochwertigem tierischen Protein meistens überwiegt. Fleisch, Wurst, Eier, Milch und Milchprodukte liefern neben Eiweiß, Fett und Cholesterin auch Eisen, Selen, Calcium und B-Vitamine. Liegt die aufgenommene Proteinmenge über dem Körperbedarf, wird das Protein 1:1 wie KH verwertet.





**Lebensmittelmengen  
einer vollwertigen  
Ernährung mit  
ca. 1500 kcal**

**LEBENSMITTELGRUPPE      MENGE**

Getreideerzeugnisse / Brot	200 g
Nudeln / Reis	180 g gekocht, statt Kartoffeln
Kartoffeln	240 g
Gemüse	mindestens 300-400 g
Obst / Obstsaft (inklusive Zucker, Honig)	300 g
Milch und Milchprodukte	200 g
fettarmer Käse	50 g
Fleisch / Geflügel / Fisch	100 g (roh gewogen)
Wurst / Eier	30 g
Margarine / Butter (sichtbares Fett)	25 g
Öl ( zur Zubereitung)	10 g
Getränke (ohne Energie)	mindestens 2000 ml

**L I T E R A T U R**

**Adipositas.** Pudel, V. (1999). In: Margraf, J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, S. 247-265  
**Adipositasstherapie, Aktuelle Perspektiven**  
 T. Ellrott, V. Pudel; Stuttgart, New York, Thieme 1998, ISBN 3-13-110362-0  
**AWMF-Leitlinien: Therapie der Adipositas**  
 Bräutigam, W., Christian, P., von Rad, M. (1997).  
**Ernährung in Prävention und Therapie**  
 Claus Leitzmann, Claudia Müller, Petra Michel, Ute Brehme, Andreas Hahn, Heinrich Laube

2. Auflage, Hippokrates 2003, ISBN 3-8304-5273  
**Essstörungen**  
 Bruch, H. (1991). Frankfurt a. M.: Fischer Verlag.  
**Mit Bauch und Kopf.** Tuschhoff, T. (1996).  
 Therapiemanual zur gruppentherapeutischen  
 Behandlung von Adipositas in der stationären  
 Rehabilitation. Tübingen: DGVT-Verlag.  
**Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psycho-  
 somatische Medizin** Hochapfel, G. (1999). Stuttgart:  
 Schattauer Verlag.

