

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

KINZL JF

*Psychische Aspekte der Adipositas therapie: Motivation
Widerstand, Problembereiche*

*Journal für Ernährungsmedizin 2005; 7 (1) (Ausgabe für
Österreich), 34-36*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Psychische Aspekte der Adipositas therapie: Motivation, Widerstand, Problembereiche

J. F. Kinzl

Die langfristigen Behandlungserfolge der Adipositas sind trotz zunehmender Fortschritte noch unbefriedigend. Die eher geringen Erfolge sind wie die Ursache der Adipositas multifaktoriell bedingt, wobei auch psychischen und psychosozialen Faktoren eine interindividuell unterschiedliche Bedeutung zukommt. Eine erfolgreiche Gewichtsabnahme erfordert langfristige Veränderungen sowohl des Eßverhaltens als auch der körperlichen Aktivität. Veränderungen bedingen aber die Aufgabe vertrauter Gewohnheiten. Gleichzeitig erfordert neues erwünschtes Verhalten ein hohes Maß an Selbstregulation. Diese hohen Anforderungen, aber auch verschiedene Interventionsstrategien, erhöhen das Risiko für eine Schwächung der Motivation (Änderungsbereitschaft) und für ein verstärktes Widerstandsverhalten.

Schlüsselwörter: Adipositas, Gewohnheiten, Motivation, Widerstand

Mental Aspects of Obesity Therapy. Although some advances in obesity therapy can be observed, the long-lasting outcome is dissatisfying. The little success is caused by multiple factors. Psychological and psychosocial factors are also very important. Long-lasting changes in eating behaviour and in physical activity are necessary for successful loss of weight. Behavioural changes, however, require giving-up familiar habits and a high degree of self-regulation to carry out new coping strategies. The high demands and different treatment strategies increase the risk for reduction of motivation and for heightened behaviour of resistance. *J Ernährungsm* 2005; 7 (1): 34–6.

Key words: Obesity, habits, motivation, resistance

Die Tatsache, daß die meisten Adipösen zu viel essen, insbesondere zu fettreiche Kost bei zu wenig Bewegung, ist wohl richtig, und sie könnte zur Annahme führen, daß eigentlich nichts leichter sein kann, als diese beiden Fehlverhaltensweisen zu verändern: weniger (vor allem vom Falschen) zu essen und sich mehr zu bewegen. Die Erfahrung zeigt aber, daß es nur einer geringen Zahl Übergewichtiger und Adipöser gelingt, Gewicht in ausreichender Menge und vor allem langfristig abzunehmen. Stunkard und Pudel [1] sprechen vom „traurigen Saldo der traditionellen Adipositasbehandlung“ und meinen damit, daß

- nur wenige Adipöse überhaupt in Behandlung kommen,
- von denen, die sich behandeln lassen, die meisten die Therapie abbrechen,
- die meisten wieder an Gewicht zunehmen und
- viele einen hohen Preis für den Versuch, Gewicht abzunehmen, bezahlen müssen (z. B. ungünstige Reaktionen auf Diätmaßnahmen).

Gewohnheiten

Was sind Gewohnheiten? Gewohnheiten sind festsitzende Muster an Einstellung und Verhalten. Dabei laufen die meisten Verhaltensmuster automatisch ab und sind weniger durch momentan bewußte willentliche Prozesse gesteuert. Gewohnheiten tragen in einem hohen Ausmaß zur psychischen Stabilität bei. Sie haben eine starke innere Kraft und deshalb führt ein Ankämpfen dagegen zum Auftreten und zur Zunahme innerer Spannung [2].

Veränderungen und die Anpassung an sich ändernde Lebensbedingungen werden jedem Individuum dauernd abverlangt und in den meisten Fällen ist das Individuum auch genügend flexibel und plastisch genug, die geforderten Anpassungsleistungen zu erbringen. Veränderungen lösen aber bei den meisten Menschen auch Unruhe, Verunsicherung, Angst usw. aus, weil die Aufgabe von ver-

trauten Gewohnheiten das Gefühl eines Verlustes bewirkt, auch wenn sich die alten Verhaltensmuster als nicht effektiv, eventuell sogar als schädlich oder im besten Fall als suboptimal erwiesen haben.

Das Problem liegt darin, daß erfolgreiche Behandlungen der Adipositas nicht um eine langfristige Veränderung des Eßverhaltens und der körperlichen Aktivität herum kommen, daß aber der Erreichung dieses Zieles sehr viele Hindernisse entgegen stehen. Besonders der Notwendigkeit, sich selbst oder wenigstens einige vertraute Verhaltensweisen verändern zu müssen, werden massive Widerstände entgegengesetzt.

Unser Eßverhalten ist durch viele Gewohnheiten gekennzeichnet, was sowohl die Art unserer Vorlieben als auch deren Menge betrifft. Ein Verändern von Eßgewohnheiten führt daher oft zu einer Verunsicherung. Auch deshalb sollte der Beginn einer Ernährungsumstellung eher nicht in Zeiten von Belastungen erfolgen, in denen das Sicherheitsgefühl der Betroffenen ohnehin beeinträchtigt ist. Ein Problem liegt auch darin, daß die für die Selbstregulation, d.h. für willentliche Prozesse, zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind. Sie sind bei Inanspruchnahme leicht erschöpfbar und stehen dann für Selbstregulation nicht mehr zur Verfügung („regulatorische Erschöpfung“). Diese Selbstregulation ist bei Adipösen besonders in Zeiten von Belastungen in Gefahr, also in Zeiten, die eine besonders hohe Selbstkontrolle erfordern, weil unerwünschte Neigungen und Verhaltensweisen (z.B. Eßanfälle) kontrolliert werden sollten.

Eine genaue Erfassung und Reflexion der Situationen, in denen ein erhöhtes Risiko besteht, in die alten, unerwünschten Eßverhaltensmuster zurück zu fallen, ist notwendig, da nur auf diese Weise wenigstens ein gewisses Schutzverhalten gegen Rückfälle möglich ist. Jeder Rückschlag ist in gewisser Weise ein Wiederholen von Gewohnheiten, auf die der Betroffene noch nicht völlig verzichten kann, wenn er seine Sicherheit behalten und reibungslos funktionieren will [2].

Um Gewohnheiten zu verändern, sind in den meisten Fällen folgende Parameter nötig:

- ein hoher Aufwand, d. h. es müssen viele Energien dafür verwendet werden;

Aus der Klinischen Abteilung für Psychosomatische Medizin, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Innsbruck

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Johann F. Kinzl, Klinische Abteilung für Psychosomatische Medizin, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck; E-Mail: johann.kinzl@uklibk.ac.at

- ein massiver Auslöser, d. h. meist ist eine Verhaltensänderung (z. B. weniger essen, vermehrt sportliche Aktivität) nur dann das kleinere Übel, wenn sich der Adipöse zunehmend eingeengt fühlt (z. B. Krankheiten wie Diabetes mellitus, Beschwerden wie Atemnot beim normalen Gehen);
- eine starke Unzufriedenheit, d. h. eine große Diskrepanz zwischen dem Soll-Zustand und dem Ist-Zustand ist die Voraussetzung zur Veränderungsbereitschaft;
- ein andauerndes Ankämpfen gegen alte Verhaltensmuster, die – wie erwähnt – vor allem in Zeiten von Belastung schlechter kontrolliert werden können.

Was motiviert Menschen dazu, sich zu verändern?

Motivation kann definiert werden als „diejenigen Prozesse, die ein zielgerichtetes Verhalten auslösen und aufrecht erhalten“ oder „die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person eine spezifische Veränderungsstrategie ergreift und an ihr festhält“ [3]. Motivation ist nicht einfach „ein Wollen“, sondern das Stadium bzw. Ausmaß an Veränderungsbereitschaft, welches nicht nur zwischen den Individuen unterschiedlich, sondern auch bei der einzelnen Person großen Schwankungen unterworfen ist. Die Motivation einer Person, sich zu ändern, hängt nicht nur von der inneren Bereitschaft ab, sondern kann auch durch eine Vielzahl äußerer Bedingungen (z. B. Verhalten des Behandlers) beeinflusst werden [4].

Die Psychologen Prochaska und DiClemente [5] haben die Abfolge von Stadien beschrieben, die von den Menschen durchlaufen werden, wenn sie ein Problem bearbeiten wollen. Veränderungen laufen üblicherweise nicht linear in eine gewünschte Richtung, sondern sind immer wieder durch Stillstand und auch durch Rückschritte gekennzeichnet („Meine Seele kommt nicht nach“). Rückfälle können dabei als normale Ereignisse bzw. als ein Stadium der Veränderung gesehen werden.

Es entspricht nicht der Realität und es wäre auch naiv, automatisch davon auszugehen, daß ein Adipöser, der in Behandlung kommt, auch etwas verändern will. Meist kommt ein Adipöser in Behandlung, weil Beschwerden oder ein Leidensdruck bestehen, weil dem Betroffenen eine Behandlung empfohlen wurde, weil bei Weiterbestehen des Übergewichts mit negativen körperlichen, psychischen und/oder sozialen Folgen zu rechnen ist usw. Adipöse kommen also meist mehr fremd- als eigenmotiviert in Behandlung. Es besteht eine Art „negative Motivation“, d. h. die Bereitschaft, sich einer Behandlung zu unterziehen, ist Ausdruck eines hohen Leidensdrucks oder Drucks von außen, weniger eine „positive Motivation“, d. h. der ausdrückliche Wunsch des Betroffenen, in seiner Lebensgestaltung etwas zu verändern, um etwas zu erreichen, was ihm wichtig ist. In diesem „Stadium der Absichtslosigkeit“ ist meist davon auszugehen, daß irgend jemand von außen das Problem erkannt hat, aber nicht unbedingt die betroffene Person selbst [5]. Informationen und Rückmeldungen sind sinnvoll und können dazu beitragen, ein Problembewußtsein und damit die Möglichkeit zur Veränderung zu entwickeln. Es ist kontraproduktiv, in dieser Phase zu einer Veränderung des Eßverhaltens und der körperlichen Aktivität zu raten („Das Richtige zu einem falschen Zeitpunkt ist falsch“).

Im „Stadium der Absichtsbildung“ ist bereits ein gewisses Problembewußtsein vorhanden, der Adipöse steht aber

einer Veränderung noch sehr ambivalent gegenüber, d. h. es besteht ein starkes Schwanken zwischen dem Wunsch, sich zu ändern, und dem Wunsch, so zu bleiben [5]. Die Ambivalenz ist auch dadurch bedingt, daß der Adipöse eigentlich zwischen zwei Übeln wählen muß, nämlich zwischen dem „Übel der Fettleibigkeit“, mit den damit verbundenen Beschwerden, Krankheiten, Kränkungen usw., und dem „Übel der Veränderung“, was mit der Aufgabe liebgegewonnener Gewohnheiten und Verzicht gleichgesetzt wird. In diesem Stadium ist es sinnvoll und notwendig, die Vorteile und Nachteile sowohl des „So-bleiben-wie-Du-bist“ als auch der Veränderung abzuwägen. Dabei ist es Aufgabe des Beraters, einen Anstoß in Richtung Veränderung zu geben [4]. In den weiteren Veränderungsstadien (Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung) ist es dann die primäre Aufgabe des Therapeuten, für den Adipösen akzeptable, realistische, effektive und konkrete Veränderungsstrategien zu finden und einzusetzen.

Da die Motivation für eine Gewichtsreduktion von großer Bedeutung ist, ist eine sorgfältige Abklärung der Veränderungsbereitschaft notwendig und Voraussetzung für eine individuelle zugeschnittene Behandlungsstrategie der Adipositas [6]. Dazu gehört unter anderem die Klärung folgender Fragen:

- Welche Gründe liegen für eine Gewichtsabnahme vor?
- Kann sich der Adipöse eine andauernde Veränderung seines Eßverhaltens und der körperlichen Aktivität vorstellen?
- Woran sind bisherige Gewichtsreduktionsversuche gescheitert?
- Welches subjektive Erklärungsmodell hat der Betroffene für sein Übergewicht?
- Welche Unterstützung durch welche Personen kann erwartet werden? Welche Hindernisse können auftreten?
- Welche Ressourcen weist der Adipöse auf? Welche Grenzen?
- Welche Auswirkungen (z. B. körperlich, seelisch, Partnerschaft, Beruf) hat eine Gewichtsabnahme?
- Wie viel (Zeit, Geld usw.) ist der Adipöse bereit zu investieren, um das Gewichtsabnahmeprogramm durchzuführen und durchzuhalten?
- Welche Lebensbereiche müssen sich ändern? Welche Lebensbereiche sind einer Veränderung zugänglich, welche nicht?

Folgende Strategien können die Motivation zur Gewichtsabnahme fördern:

- das Setzen von realistischen, erfolgversprechenden Zielen;
- das Vereinbaren regelmäßiger Hausübungen: wichtig dabei ist nicht nur eine Gewichtsabnahme, sondern vor allem eine Änderung des Eßverhaltens. Auch sollen alle Aktivitäten verstärkt werden, die eine aktivere Lebensgestaltung darstellen;
- das Erkennen und Verstärken von Bemühungen und kleinen Fortschritten; auch sollen Zwischenziele formuliert und belobigt werden.

Widerstand gegen Veränderungen

Was versteht man unter Widerstand? Widerstand ist das spezifische Verhalten eines Menschen, „ein unfreies Sich-Verschließen, das aus der Angst entspringt, sich zu öffnen, sich in das Unbekannte zu verlieren“ [7]. Es ist ein Versuch, der alte Mensch zu bleiben, alles beim Alten zu lassen, der aber gleichzeitig auf die Möglichkeit von Verän-

derungen hinweist. Es ist eine alltägliche Erfahrung, daß ein Mensch sich gegen den Verlust von ihm Wichtigem wehrt [8]. Bei der Behandlung Adipöser muß uns aber auch klar sein, daß die für eine Gewichtsabnahme notwendigen Veränderungen nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile für den Betroffenen bringen.

Jedem Behandler von Adipösen sind verschiedenste Strategien bekannt, die sich kurzfristig, vor allem aber langfristig, negativ auf den Behandlungserfolg auswirken. So kann der Betroffene auch viel verlieren, wie z. B. liebgelebte, vertraute Verhaltensweisen oder die Illusion über seine Fähigkeiten [8]. Jeder, der schon einmal ernsthaft versucht hat, sich selber zu verändern, weiß, wie schwer es ist, Altvertrautes aufzugeben. Auch dient bei vielen Adipösen das Übergewicht als Ausrede dafür, viele Dinge im Leben nicht erreicht zu haben, während andere Defizite, wie z. B. Mangel an sozialer oder emotionaler Intelligenz, die Persönlichkeitsstruktur an sich u. a. m., nicht in Erwägung gezogen werden.

Caspar und Grawe [8] unterscheiden verschiedene Arten des Widerstands, die auch bei der Behandlung Adipöser beachtet werden müssen:

1. Widerstand gegen die Veränderungsziele: Eine Gewichtsabnahme hat für den Adipösen, aber auch für seine Umgebung, Konsequenzen. So führt eine Gewichtsreduktion oft dazu, daß die betroffene Person selbstsicherer wird und sich nicht mehr alles gefallen läßt. Dies kann auch zu einer Verunsicherung des Partners/Partnerin führen und Gegenregulationsmechanismen fördern, wie z. B. Boykottierung der Unterstützung bei der Gewichtsabnahme. Die Funktion, der Sinn, die Aufgabe, die eine Adipositas für den Betroffenen und die Umgebung hat, sind aber am Beginn einer Behandlung nicht immer leicht zu erfassen.

2. Widerstand gegen die Mittel, die der Erreichung der Veränderungsziele dienen: So kann sich z. B. ein Adipöser durch einen zu starren Einsatz von Eßtagebüchern oder Eßprotokollen eingeschränkt fühlen oder sich durch bestimmte Therapiestrategien, wie z. B. vermehrte körperliche oder sportliche Aktivitäten, überfordert fühlen.

3. Widerstand gegen bestimmte Interaktionsweisen: Dies ist z. B. dann der Fall, wenn die Persönlichkeitsstruktur und die Kompetenzen des Adipösen nicht genügend beachtet werden. So sollen Adipösen, die großen Wert auf Autonomie legen, eher Empfehlungen und keine Verordnungen gegeben werden, während dagegen adipöse Menschen, die eher eine abhängige Persönlichkeitsstruktur aufweisen, mehr von klaren Verordnungen profitieren.

Es ist wichtig, Widerstandssymptome, wie z. B. Nichteinhalten von Therapievereinbarungen und Motivationsprobleme, frühzeitig zu erkennen, um dagegegnusteuern und Alternativen finden zu können. Eine starke Einbindung des Adipösen in die Gestaltung des Therapieprozesses ist immer zu empfehlen.

Therapierelevante Problembereiche

Auch wenn es sich bei den Adipösen um eine auf vielen Ebenen heterogene Gruppe handelt und es nicht **den** Adipösen und das adipositasypische Eßverhalten gibt, lassen sich einige Gemeinsamkeiten finden, die bei der Therapie von Adipösen gehäuft gefunden werden können [9], wie

z. B. passive Therapieerwartungen, überzogene Therapieziele, geringe Frustrationstoleranz, eingeschränktes Repertoire der Problembewältigung, gezügeltes Eßverhalten mit Störungen der Sättigungsregulation und Heißhungeranfälle.

Gerade Adipöse, die viele – meist nur kurzfristig erfolgreiche – Gewichtsabnahmeversuche hinter sich haben, wägen zunehmend die Vorteile einer Gewichtsabnahme gegen den Aufwand ab, den sie dafür leisten müssen, um abzunehmen. Diese „Kosten-Nutzen-Rechnung“ fällt mit zunehmendem Gewicht immer negativer aus, weil der zu leistende Aufwand immer größer und längerfristiger notwendig wird. Fast proportional mit der Anzahl der fehlgeschlagenen Gewichtsabnahmeversuche sinkt die Bereitschaft, sich den schließlich und endlich doch frustrierten Bemühungen der Veränderungen und des Verzichts auszusetzen. Deshalb sollte in der Behandlung Adipöser großer Wert darauf gelegt werden, daß deren Selbstwirksamkeit gestärkt wird. Unter Selbstwirksamkeit versteht man die Eigenstärke, das Gefühl, kompetent zu sein; sie schafft aktive Hoffnung und den Glauben, im Rahmen des Möglichen etwas für die eigene Gesundheit tun zu können, und hilft, eine passiv-abwartende Haltung zu vermeiden [10]. Grundsätzlich gilt, daß nichts mehr motiviert als Erfolg, wobei es aber wichtig ist, daß der Erfolg bei der Gewichtsabnahme und bei der Veränderung des Eßverhaltens den eigenen Fähigkeiten und Anstrengungen zugeschrieben wird. Der Glaube an das eigene Können läßt Handlungen in Angriff nehmen und erfolgreich zu Ende führen [11]. Voraussetzung für die Förderung der Selbstwirksamkeit ist die Kenntnis der Ressourcen des Adipösen.

Als Abschluß soll ein Zitat von Anthony de Mello aus seinem Buch „Eine Minute Weisheit“ dienen, weil darin die ganze zuvor geschilderte Problematik in der Therapie vieler Adipöser – und nicht nur dieser – deutlich wird:

Zu einem bekümmerten Menschen, der sich an ihn um Hilfe wandte, sagte der Meister: „Willst Du wirklich Heilung?“ „Wenn nicht, würde ich mir dann die Mühe machen, zu Euch zu kommen?“ „Oh ja, die meisten Menschen tun das.“ „Wo zu?“ „Nicht wegen der Heilung, die tut weh, sondern um Erleichterung zu finden.“

Seinen Schülern sagte der Meister: „Menschen, die Heilung wollen, vorausgesetzt, sie können sie ohne Schmerzen haben, gleichen jenen, die für den Fortschritt eintreten, vorausgesetzt, sie können ihn ohne Veränderung bekommen.“

Literatur:

1. Stunkard A, Pudel V. Adipositas. In: Uexküll T (ed). Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1996; 581–98.
2. Tschechne R. Die Angst vor dem Glück. Langen-Müller, München, 2003.
3. Rudolph U. Motivationspsychologie. BeltzPVU, Weinheim, 2003.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg, 1999.
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1982; 19: 276–88.
6. Sabbioni MEE. Adipositas. In: Uexküll T (ed). Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 2003: 671–85.
7. Petzold H. Widerstand – Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Junfermann Verlag, Paderborn, 1985.
8. Caspar FM, Grawe K. Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: Petzold H (ed). Widerstand – Ein umstrittenes Konzept in der Psychotherapie. Junfermann Verlag, Paderborn, 1985: 349–84.
9. Zielke M. Adipositas: Verhaltenstherapie. In: Senf W, Broda M (ed). Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, New York, 2000; 505–10.
10. Pscherer J. Der Glaube an die eigene Kraft versetzt Berge. Psychologie Heute 2004; 11: 24–7.
11. Bandura A. Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, Stuttgart, 1979.