



Lebensstiländerung, Suchtstrukturen, Essstörungen und die ironischen Prozesse des Gehirns

Prof. Dr. Elisabeth Ardel-Gattinger Universität Salzburg

Co-Autoren: Mag. Markus Meindl², Mag. DA Johann Hattinger^{1,3}, Assoz. Prof. Dr. Susanne Ring-Dimitriou^{1,2}, Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein^{1,5} & Dr. Daniel Weghuber^{1,3,4}

1) Obesity Academy Austria, 2) Universität Salzburg, 3) Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg, 4) Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg, 5) Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Metaanalysen zeigen, dass der Großteil der konservativen Therapien und der Präventionskampagnen gegen Adipositas weder bei Erwachsenen noch bei Kindern/Jugendlichen dauerhafte Erfolge in Bezug auf Gewichtsabnahme nachweisen können (Miller & Jacob, 2001; Ebeling et al. 2002), auch die Compliance bei Diabetikern könnte wesentlich verbessert werden (Kogan, 2009).

"Die hohe Komorbidität von Adipösen mit Essstörungen wird gemeinhin unterschätzt. In etwa 30 % der betroffenen Patienten leiden unter Binge Eating Disorder, 7 % leiden unter Bulimie."

Die chirurgischen Interventionen sind in Bezug auf Verbesserung der Lebensqualität und anderer interdisziplinärer Parameter sehr erfolgreich. Eine kürzlich mit dem neuen interdisziplinären Test- und Qualitätssicherungssystem AD-EVA (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) durchgeführte Evaluation von 70 Magenband- und Bypass-Patienten (mindestens ein Jahr nach OP) zeigte bei etwa 80 % eine signifikante Verbesserung, nicht nur bezüglich des erwünschten Gewichtsverlusts und der medizinischen Komorbiditäten, sondern auch hinsichtlich vieler interdisziplinärer Lebensstil-Parameter. Lediglich die Werte für Ernährungspräferenzen für „Gesundes“ und für Genuss am Essen bleiben gleich oder verringern sich. Die Bulimiewerte steigen sogar an. Die Patienten bleiben in diesen Bereichen, sogar wenn sie mit Hilfe der Chirurgie Übergewicht oder Normalgewicht erreicht haben signifikant unter bzw. über den Normwerten ihrer neuen Bezugsgruppen. Etwa 20 % geht es in vielen Bereichen anhaltend schlecht.

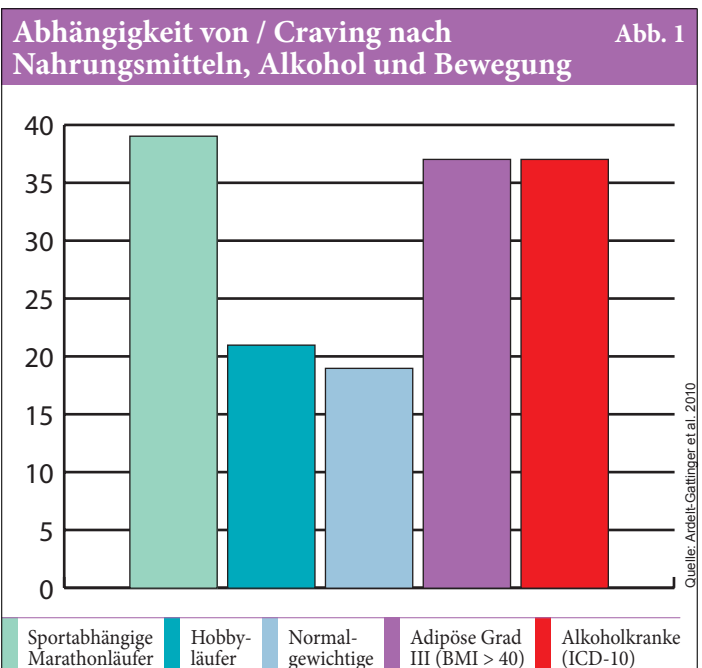
Der „Gute Wille“ allein zählt nicht

Das neue Paradigma für alle Maßnahmen heisst „Health at any Size“ (Miller & Jacob, 2001). Die hierfür von Experten empfohlene und mit konservativen Maßnahmen unterstützte Lebensstiländerung trifft meist auf „guten Willen“, bisweilen sogar verzweifelt Bemühen, die Erfolge aber halten sich ebenfalls in Grenzen. Viele Experten, aber auch die betroffenen Patienten gehen davon aus, dass mit entsprechend „gutem Willen“ und harter Selbstkontrolle eine Änderung, zwar schwierig, aber prinzipiell dauerhaft möglich sei. Diese Fehleinschätzung geht einmal darauf zurück, dass die hohe Komorbidität Adipöser

mit Essstörungen entweder nicht bekannt ist oder unterschätzt wird. Die Literatur stimmt überein, dass ca. 30 % (de Zwaan & Schüssler, 2000) unter Binge Eating Disorder leiden. Sie haben mindestens zweimal wöchentlich stattfindende nicht steuerbare „Essanfälle“ über die sie „verzweifelt“ sind, sich „schämen“ und deshalb „alleine“, im Geheimen „fressen“. Bei 7 % der Adipösen wird nach solch einem Essanfall zusätzlich bulimisch mittels Erbrechen, Laxantien oder Diuretika kompensiert. Unsere Untersuchungen an ca. 4.000 Kindern (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) zeigten, dass Kinder und Jugendliche (8-18 Jahre) in keinem geringerem Ausmaß als erwachsene Adipöse Symptome der genannten Essstörungen aufweisen, die allerdings als vorklinisch bezeichnet werden können, d.h. noch nicht den in ICD-10 dargestellten Vollbildern entsprechen.

Wenn Essen zur Sucht wird

Zum anderen konnten wir in mehreren Studien (Ardelt-Gattinger et al., 2000a, 2000b, 2002, 2003, 2010; Ott, 1995; Franke, 1995) nachweisen, dass sich adipöse Personen in der Intensität des Verlangens nach übermäßigem Essen nicht von anderen



Suchterkrankten unterscheiden. 95 % der morbid Adipösen erfüllen mindestens jene drei Kriterien, die nach ICD-10 für die Diagnose „Abhängigkeit“ nötig sind. Sie unterscheiden sich auch in ihrem subjektiven Gefühl des „Craving nach übermäßigem Essen“ nicht von jenen, die unter Substanz-gebundenen Abhängigkeiten wie Alkohol- oder Nikotinabhängigkeit oder nicht Substanz-gebundenen wie Sportabhängigkeit leiden (vgl. Abb. 1). Diese mit Hilfe von jeweils domänenspezifischen Fragebögen durchgeführten Untersuchungen (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) werden zunehmend durch neurophysiologische Erhebungen gestützt. Adipöse weisen demnach einen mit Heroin- und Alkoholkranken vergleichbaren Mangel an Dopaminrezeptoren auf (Wang et al., 2004; Volkow et al., 2002). Die besondere Dramatik liegt darin, dass übermäßiges Verlangen nach Essen eine Sucht darstellt, von der man nicht „trocken“ sein kann.

Die ironischen Prozesse des Gehirns

Die Beherrschung dieses Cravings hieße noch stärkere, konsequentere Kontrolle. Paradoxerweise kann Gedankenkontrolle dahingehend zu ironischen Effekten führen, dass die unterdrückten unerwünschten Essgedanken vermehrt ins Bewusstsein eindringen und somit eine gedankliche Ablenkung von Nahrungskonzepten unter Umständen schier unmöglich machen.

Je höher das Gewicht ist, desto höher ist die Kontrolle der Essgedanken (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) und zwar in der Weise, dass immer mehr an NICHT-Essen gedacht wird (vgl. Abb. 2). Erst ab der morbiden Adipositas lässt sich eine leichter – resignativer – Abfall feststellen, die Werte sind aber immer noch signifikant höher als bei den Schlanken und Normalgewichtigen. Abb. 2: Unterschiede in Kognitiver Esskontrolle (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010)

Wegner, Schneider, Carter und White (1987) konnten zeigen, dass eine erfolgreiche Gedankenunterdrückung nicht dauerhaft möglich ist, bzw. dass mentale Kontrolle durch eine gewisse Störanfälligkeit charakterisiert ist. Jeder, sofern er schon einmal versucht hat beispielsweise Gedanken an einen rosa Elefanten zu unterdrücken, wird das Phänomen der Fehlbarkeit mentaler Kontrolle aus eigener Erfahrung kennen.

Die inzwischen durch Experimente empirisch gut belegte und ebenfalls durch die neuere Gehirnforschung gestützte Theorie der ironischen Prozesse mentaler Kontrolle (Wegner, 1994) zeigt uns, dass unser Gehirn zwar kurzfristig der inneren Aufforderung „NICHT-Schokolade etc. essen“ folgen kann, dies aber langfristig aufgrund der Interaktion zweier Prozesse und zwar von „Operating- und Monitoring-Processes“ nicht möglich ist. Bewusste Gedankenunterdrückung als menschheitsgeschichtlich junger Prozess verbraucht ein hohes Maß an kognitiven Ressourcen und ist unter zusätzlicher Belastung dementsprechend störanfällig. Lässt die Aufmerksamkeit nach, etwa im Falle von Müdigkeit, Ablenkung, TV, Lesen etc. wird der zuvor unterdrückte Gedanke durch einen zweiten Prozess, den sogenannten „Monitoring-Process“ – der von der Verfügbarkeit kognitiver Ressourcen weitgehend unabhängig ist und in nicht-bewusster Form parallel zum Operating Process abläuft – noch stärker bewusst als zuvor.

Welche Lösungen bieten sich dem Praktiker?

Lösungsansätze für die beiden erstgenannten Probleme liegen in einer Diagnose des Ausmaßes des „Craving“ nach und der „Abhängigkeit von übermäßigem Essen“ sowie der Essstö-

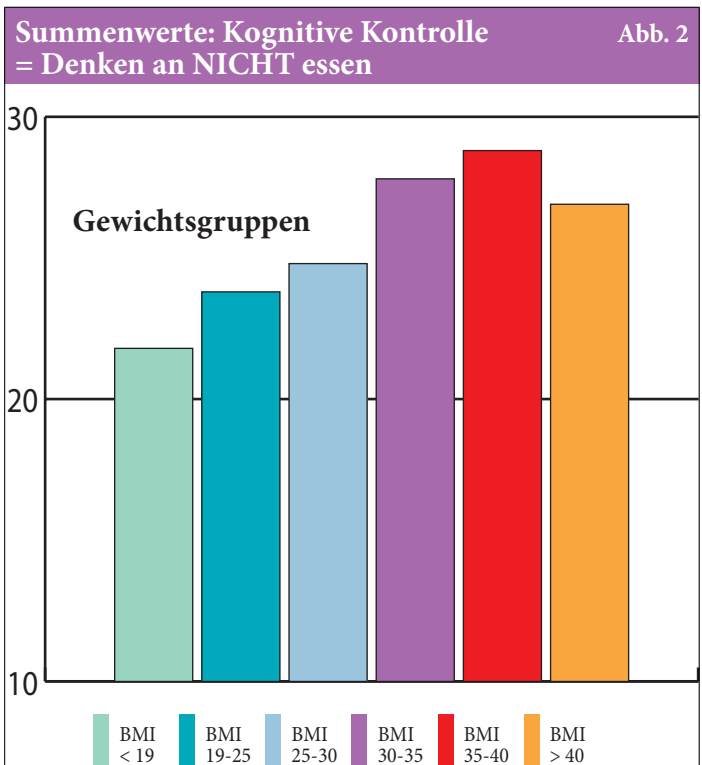
rungskomorbidität (vgl. Suchtfragebogen und Essstörungenfragebögen in Ardel-Gattinger & Meindl, 2010) und entsprechend angepassten psychotherapeutischen Interventionen, die vor der Beratung oder diese begleitend erfolgen sollten.

Bisher wurde zur Umgehung der drängenden Essgedanken oft Ablenkung von Essgedanken empfohlen, wie etwa „Musik hören“ etc. Dies führt – wie uns ebenfalls neurokognitive Untersuchungen lehren – dazu, dass etwa Schokolade mit jenem Musikstück im Gehirn vernetzt wird, das man angehört hat, um dem Essgedanken zu entgehen. Wir verwenden zudem viel unserer Speicherkapazität auf das Musikhören, der nicht gehemmte „Monitoring-Process“ wird nun dafür sorgen, dass Schokolade etc. immer wieder auftritt, was die Verbindung mit diesem Musikstück assoziativ festigt.

Effektiv lassen sich ironischen Prozesse am besten durch eine maximale Abkehr vom pathogenen („Du sollst ... kontrollieren = nicht essen“) hin zum salutogenen Vorgehen vermeiden. Um nur einige Beispiele zu nennen: Patienten sollten über die genannten Prozesse informiert und gemeinsam die Verhältnisse am Teller zugunsten von GERNE gegessenen und günstigen Nahrungsmitteln verschoben werden. Nicht von Weglassen ist die Rede, sondern von: Gemüse und Salat nehmen zu! Eine günstige Vorratshaltung erwünschter UND beliebter Nahrungsmittel kann einen Mikrokosmos in der erwähnten Überflusgesellschaft schaffen. Essprotokolle sollten primär der Notierung nach Beratung neu ausprobiertes, gesunder und wohlschmeckender Nahrungsmittel dienen. Der Abschied von den pathogenen Häufigkeitsprotokollen fällt auch deshalb leicht, weil Adipöse selbstwertstützend ein „Underreporting“ eines hohen Prozentsatzes der aufgenommenen Nahrung vornehmen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zum einen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Sucht-



anteilen und Essstörungen hilfreich eingesetzt werden können, zum anderen ein grundsätzliches Umdenken weg von pathogenen innerlichen und äußerlichen Verboten hin zum salutogenen Vorgehen stattfinden sollte. **In diesem Sinne:**

Anbieten statt Verbieten



Literatur

1. Ardelt-Gattinger E. & Meindl M. (Hrsg.) (2010). AD-EVA. Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten. Bern: Huber.
2. Ardelt-Gattinger E., Lechner H. & Lengenfelder P. (2003). Aktuelle Ernährungsmedizin, 28, 311. (A).
3. Ardelt-Gattinger E. & Lechner H. (2002). Psychologische

- Aspekte in der Adipositaschirurgie. Zentralblatt für Chirurgie, 127, 1055-106. (O).
4. Ardelt-Gattinger E. et al. (2000a). Was geschieht, wenn sich der Traum erfüllt. Psychologische Aspekte der Adipositas (S.172 - 193). In: Hell E. & Miller K. Adipositas. Landsberg: Ecomed-Vlg. (B).
5. Ardelt-Gattinger E. et al. (2000b). BMI 40 – The point of no Return? Psychologische Unterscheidungsmerkmale zwischen den Gewichtsklassen (S. 195 - 218). In: Hell E & Miller K. Adipositas. Landsberg:Ecomed-Vlg. (B)
6. De Zwaan M. & Schüssler P. (2000). Journal für Ernährungsmedizin, 1, 16-19.
7. Ebbeling C.B. et al. (2002). Lancet 360, 473-482.
8. Kogan A.J. (2009). Am J Manag Care. 15(9 Suppl):S255-62.
9. Stice E. et al. (2009). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(3), 486-503.
10. Miller W. & Jacob A. (2001). Obesity Reviews, 2, 37-45.
11. Wegner D.M. (1994). Psychological Review, 101, 34-52.
12. Wegner D.M. et al. (1987). Journal of Personality and Social Psychology,53(1), 5-13.
13. Hirsch A. (1995). Zeitschr. f. Med. Psych. 1995, 3: 100-108.

Anschrift der Autorin

A. Univ. Prof. Dr. Elisabeth Ardelt-Gattinger
 Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie
 Hellbrunnerstrasse 34
 A-5020 Salzburg

Obesity Academy Austria
 Qualitätsnetzwerk Übergewicht
 Hotline 06641806599