

SUCHT



Adipositas

Grüner Kreis C magazin No 115 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Wir danken unseren SpenderInnen

Mag.^a Claudia Amsz, Siegersdorf
Dr. Michael Arie, Wien
Bauer Gabriele, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Doris Grossi, Wien
Gschöpf Reinhard, Wien
Mag. Humann Peter, Pitten
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Dr. Mittendorfer Günter, Linz
Mag.^a Kathleen Moser, Bad Aussee
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Ramoser Christa
Dr. Alfons William, Wien
Dr. Zeilner Friedrich und Mag.^a Birgit, Grödig
Zwiletitsch Christa, Wien
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**
Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.
»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«
Niederösterreichische Versicherung AG
www.noervers.at
Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE

Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222

BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf
www.gruenerkreis.at
im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Adipositas hat in den westlichen Gesellschaften epidemische Ausmaße erreicht. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben jährlich weltweit mindestens 2,8 Millionen Menschen an den Folgen von Übergewicht und Fettsucht. Schätzungen zufolge sind in der Europäischen Region der WHO 23% aller Frauen und 20% aller Männer adipös. Übergewicht und Adipositas sind wesentliche Risikofaktoren für eine Reihe chronischer Krankheiten wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs. Grund genug, um uns mit diesem Thema auseinanderzusetzen, zumal Menschen mit Essstörungen augenscheinlich auch suchttähnliche Verhaltensmuster entwickeln.

Die Ursachen für Übergewicht sind vielfältig. Einen wesentlichen Anteil trägt zweifellos die Lebensmittelindustrie bei, die ihre Produkte bewusst so konzipiert, dass sie eine starke Wirkung auf unser Belohnungssystem ausüben und ein chemisches Craving auslösen können. Weitere Gründe sind im Bewegungsmangel vieler Menschen, ihrer psychischen Disposition, in mikrobiellen und immunologischen Mechanismen und als Folge von Symptomverschiebungen zu verorten, wie dies häufig bei Suchtkranken zu beobachten ist.

Die breite Palette an Möglichkeiten zur Behandlung der Fettleibigkeit, von der medikamentösen über die psychotherapeutische bis zur chirurgischen Intervention, werden in den Beiträgen von kompetenter Seite ausführlich behandelt.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber:

Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Shird Schindler, Iris Zachenhofer, Hubertus Himmerich, Christine Graf, Johannes Peter, Elke Humer, Christiane Bös, Human-Friedrich Unterrainer, Andreas Stippler, Regina Agostini, Arne Dietrich und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com / Ruslanshug

Seite 4: iStock.com / Szepy (links)

AutorInnenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



Arbeitsmarktservice
Niederösterreich



sucht und drogen
koordination wien

StoDt+Wien



GESUNDHEITSFONDS
STEIERMARK

Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom **Grünen Kreis** bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

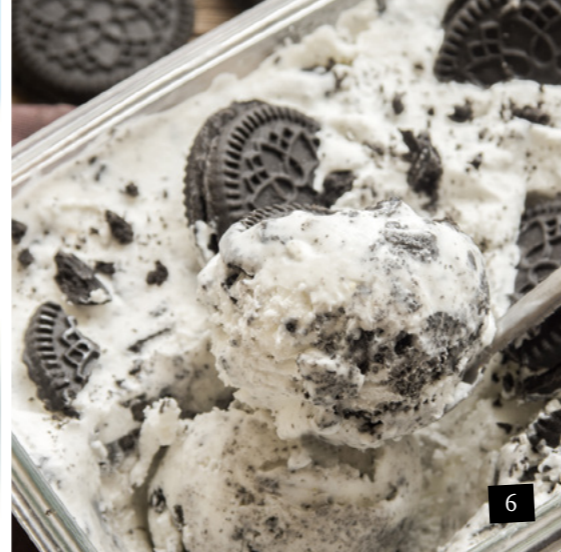
Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein **Grüner Kreis** | NÖ Landesbank-Hypothekbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





18



6



14



24



28

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer
- 6** Craving oder die Gier nach Essen
Shird Schindler und Iris Zachenhofer
- 8** Medikamente zur Behandlung von Essstörungen, Adipositas und Kachexie
Hubertus Himmerich
- 10** Bewegung – das Fundament einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
Christine Graf
- 12** Die Bedeutung des Darmmikrobioms für psychisches Wohlbefinden und Adipositas
Johannes Peter
- 14** Psychotherapie der Adipositas
Elke Humer
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Im Lotussitz durch Krisenzeiten - Yoga als Bewältigungsstrategie in der COVID-19-Pandemie
Christiane Bös
- 20** Askese Now! – Vom (Un-)Wert der Fastenzeit
Human-Friedrich Unterrainer
- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Schmerztherapie bei Adipositas
Andreas Stippler
- 26** Der Umgang mit Übergewicht in der Therapeutischen Gemeinschaft
Regina Agostini
- 28** Adipositaschirurgische und metabolische Operationen
Arne Dietrich

Craving oder die Gier nach Essen

Warum Methoden aus der Suchtmedizin beim Abnehmen helfen können



von Shird Schindler



und Iris Zachenhofer

Kann Essen zu Sucht führen? In Studien häufen sich die Hinweise, dass Abnehmen deshalb so schwierig ist, weil es passieren kann, dass wir beim Essen offenbar ein suchtähnliches Verhalten an den Tag legen. Das zeigen auch Tierversuche sehr eindrucksvoll.

Lässt man Ratten die Auswahl zwischen Heroin, Kokain und der weißen, cremigen Füllung von Oreo-Keksen, dann entschieden sie sich immer für Letzteres. Mäuse bekamen Entzugserscheinungen, klapperten mit den Zähnen oder sprangen die Käfigwände hoch, wenn man ihnen die begehrte Milkschokolade entzog. Die Ursache liegt darin, dass diese Lebensmittel

im Belohnungssystem des Gehirns eine massive Ausschüttung des »Glückshormons« Dopamin auslösen – ebenso wie Drogen. Dadurch kommen euphorische Gefühle auf, man fühlt sich entspannt und glücklich, kann dabei aber in eine Abhängigkeit geraten.

Im ICD, einem Klassifikationssystem für Diagnosen, werden im Unterpunkt F1 die Suchtdiagnosen getrennt nach Suchtmitteln wie etwa Alkohol, Opiate, Cannabis, Kokain erfasst. Essen wird hier bei den Suchtmitteln aber nicht aufgeführt, und das wird wohl auch so bleiben. Dabei können Lebensmittel bei manchen Menschen tatsächlich suchtähnliches Verhalten erzeugen. Es gibt Menschen, die schaffen es einfach nicht, ihr Essverhalten zu ändern, obwohl sie bereits Folgeerkrankungen haben und wissen, dass sie sich schaden. Ihre Gedanken kreisen ständig ums Essen und sie zeigen starkes »Craving«. Darunter verstehen wir als Suchtmediziner das (beinahe) unstillbare Verlangen nach einer Substanz, in diesem Fall nach Essen. Man kann dabei auch versuchen zu unterscheiden, ob das Craving eher von der chemischen Struktur der Substanzen kommt (chemisches Craving) oder ob wir in gewissen Situationen ein emotionales Belohnungsgefühl benötigen – das nennen wir dann emotionales Craving.

Industrielle Nahrung macht süchtig

Chemisches Craving wird durch industrielle Nahrungsmittel ausgelöst, bevorzugt durch Geschmackskombinationen, die in der Natur nicht vorkommen, wie fett und süß oder fett und salzig. Fett und süß ist der »Super-GAU« für unser Hirn, das darauf programmiert ist, uns Belohnungsgefühle zu vermitteln, wenn wir etwas mit sehr viel Energie essen, das uns auch noch gut schmeckt, denn Butter oder Zucker würden wir wohl nicht alleine essen, weil es so einfach nicht schmeckt. Verbinden wir aber Butter oder Fett mit Zucker, wie das bei der weißen Füllung von Oreo-Keksen, einem cremigen Eis oder Milkschokolade passiert, dann wird genau das geboten: viel Fett und Zucker. Diese Kombination, sagt unser Hirn, das

viele Jahrtausende die Aufgabe hatte, uns vor Hunger und dem Verhungern zu schützen, ist unglaublich wertvoll, und es belohnt uns daher mit einer massiven Dopaminausschüttung und vielen Glücksgefühlen. Dieser Belohnungsreiz ist stärker als unser Sättigungsgefühl. Evolutionsbiologisch ist das sinnvoll, weil wir dadurch angespornt wurden, z.B. auf Bäume zu klettern und Kirschen zu pflücken oder die Mühe des Fischfangs auf uns zu nehmen. Dadurch waren wir in grauer Vorzeit angehalten, »auf Vorrat« zu essen, um in Notzeiten davon zehren zu können. Leider muss man heute keine Abenteuer mehr bestehen, um mit Schokolade belohnt zu werden. Vielmehr sind wir überall umringt von leicht verfügbaren Snacks.

Grundsätzlich gilt ein weiterer Punkt: Je verarbeiteter Nahrungsmittel, die wir regelmäßig essen, sind, je geschmacksintensiver und aromatisierter sie sind, umso mehr chemisches Craving entwickeln wir. Industrielle Lebensmittel werden dabei extra so konzipiert, dass sie eine starke Wirkung auf unser Belohnungssystem haben, sodass wir die Produkte immer wieder kaufen. In Amerika wird diese Entwicklung das Designen von »Hyperpalatable Food« genannt, also die Entwicklung von unglaublich geschmacks- und gefühlsintensivem Essen, da zählen die Knackigkeit, das Crunchen, der Salz- und/oder Zuckergehalt, die Optik, das Gefühl auf der Zunge und vieles mehr – all dies wird ausgiebig getestet, bevor Produkte auf den Markt kommen, und benötigt so manche chemische Geschmacksverstärker und Zusatzmittel. Industrielle Lebensmittel werden inzwischen also extra so konzipiert, dass sie eine möglichst starke Wirkung auf unser Belohnungssystem haben, sodass wir die Produkte immer wieder kaufen.

Viele industriell hergestellte Lebensmittel wirken aber nicht nur auf unser Belohnungssystem. Durch den Konsum von vielen gesättigten Fettsäuren zum Beispiel kann es im Hypothalamus des Zwischenhirns, der unser Hunger- und Sättigungsgefühl steuert, zu Entzündungsreaktionen kommen. Dann ist unser Sättigungsgefühl gestört und es kommt zum Kontrollverlust beim

Foto: iStock.com/Mizna



Industrielle Lebensmittel sind so konzipiert, dass sie eine starke Wirkung auf unser Belohnungssystem haben, sodass wir die Produkte immer wieder kaufen.

Essen. Außerdem weisen viele industriell hergestellte Nahrungsmittel ein Ungleichgewicht zwischen Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren auf, was die Entwicklung von freien Radikalen im Gehirn und damit von Entzündungsreaktionen fördert.

Die Lebensmittelindustrie unterstützt diese »Sucht«, indem sie Produkte mit einem hohen glykämischen Index herstellt, die einen niedrigen Wasser-, Eiweiß- und Fasergehalt haben und schnell vom Organismus aufgenommen werden. Dann entfaltet sich ein größeres Suchtpotenzial. Denn der Blutzucker steigt rasant an, fällt aber ebenso rasant wieder ab, sodass es kurz nach dem Essen gleich wieder zu Heißhunger und neuen Gelüsten kommt. In Studien ergab sich eine »Hitliste« von Lebensmitteln, die bei Menschen suchtähnliches chemisches Craving auslösen (siehe Kasten).

Die Top 10 »süchtig« machender Lebensmittel

1. Milkschokolade
2. Eiscreme
3. Pommes frites
4. Fertipizza
5. Industrielle Kekse
6. Chips
7. Industrieller Kuchen
8. Popcorn
9. Cheeseburger
10. Industrielle Muffins

Anders als das chemische Craving entsteht das emotionale Craving durch subjektiv wahrgenommenen Stress.

Nicht nur ein voller Terminkalender kann Stress auslösen, ebenso Einsamkeit, ein Schicksalsschlag, ein schwieriger Mitmensch oder eine belastende Nachricht, aber auch schlicht und einfach Langeweile. Auch das erhöht in uns das Verlangen nach Glück. Dopamin wird aber nicht nur durch fettes und süßes Essen freigesetzt, sondern durch alles, was wir als angenehm empfinden – etwa Musik, Sport, Sex oder allein der Anblick von schönen Dingen. Ist allerdings bei uns die Dopaminausschüttung gewohnheitsbedingt vorwiegend mit Essen verknüpft, so werden wir in Zeiten der Anspannung am ehesten zu Essen greifen, um uns zu beruhigen. Auch ist es natürlich leichter, eine Schokolade- oder Chips-Packung zu öffnen, als uns dazu aufzuraffen, die Sportkleidung anzulegen und laufen oder ins Fitnessstudio zu gehen. Auch zu Sex kommt man in der Regel nicht so leicht wie zu einer Schokolade.

Hardcore-Tipps aus der Suchtmedizin

Wenn man also wirklich etwas ändern will, dann geht dies sicher leichter, wenn es einem gelingt, generell möglichst naturbelassenes Essen zu konsumieren, welches nicht industriell »aufgepeppt« wurde. Lebensmittel mit Suchtpotenzial müssen »ausgeschlichen« und »abgesetzt« werden. In der Suchtmedizin vermeiden wir »kalte Entzüge«. Denn je abrupter eine Substanz abgesetzt wird, umso größer ist die Gefahr eines Rückfalls. Analog empfehlen wir auch bei einer gewünschten

Gewichtsreduktion, die individuell »süchtig« machende »Hitliste« an Lebensmitteln für sich zu identifizieren, um diese Lebensmittel dann nach und nach auszuschleichen. Dabei ist es wichtig, sich auf die Lebensmittel zu konzentrieren, die man essen darf, denn nur so können wir das Gefühl der Freiwilligkeit bewahren. Denn haben wir das Gefühl, bestimmte Lebensmittel seien uns verboten, bekommen gerade diese dann einen besonderen Reiz, und es besteht die Gefahr, dass wir in die Falle der psychologischen Reaktanz tappen. Das heißt, wir entwickeln eine Abwehrreaktion gegen diese Einschränkungen. Typisch ist in diesem Fall eine Aufwertung des Verbotenen: Gerade das, was einem genommen wurde, wird nun als besonders wichtig erlebt. Reaktantes Verhalten besteht dann darin, verbotene Handlungen nun erst recht auszuführen, um sich diese Freiheiten quasi zu erzwingen und das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben zurückzuerlangen.

Rückfälle gehören dazu

Bei jedem suchtähnlichen Verhalten, das wir entwickelt haben, sind Rückfälle in alte Verhaltensweisen vorprogrammiert, denn schließlich haben wir dieses Verhalten ja schon so oft geprobt, dass sich in unserem Hirn quasi Autobahnen von Nervenzellen dafür gebildet haben. Unser Ziel kann daher realistischerweise nicht sein, etwas nie wieder zu machen, denn dann wären wir in der Regel enttäuscht von uns, sondern nur, etwas so selten wie möglich und wenn, dann so kurz wie

Medikamente zur Behandlung von Essstörungen, Adipositas und Kachexie



von Hubertus Himmerich

Trotz jahrzehntelanger klinischer Erfahrung und Forschung auf dem Gebiet der Essstörungen ist die Prognose für die Patienten immer noch schlecht. Beispielsweise hat eine kürzlich durchgeführte Studie, die akut an Anorexia nervosa erkrankte Patienten über 20 Jahre hinweg untersuchte, gezeigt, dass trotz vorhandener Therapieangebote nur ca. 30 % nach etwa 10 Jahren und nur 60 % nach 20 Jahren genesen waren.

Wenn wir uns die Geschichte der Psychiatrie ab dem Beginn des 19. Jahrhunderts ansehen, finden wir einen stetigen Anstieg der stationär behandelten Langzeitpatienten bis in die 1950er-Jahre, obwohl in dieser Zeit große Bemühungen um Deinstitutionalisierung und wesentliche psychotherapeutische Entwicklungen stattfanden. 1950 wurde dann das erste Antipsychotikum Chlorpromazin entdeckt, was zu einem Durchbruch in der psychiatrischen Therapie und zu einem massiven Rückgang der stationär behandelungspflichtigen Patienten führte. Die neuen psychopharmakologischen Medikamente halfen den Kranken mit psychotischen und affektiven Störungen, zu Hause zu wohnen, wieder eine

Rolle in ihrer Familie einzunehmen und einer Beschäftigung nachzugehen. Leider halfen die neuen Antipsychotika und Antidepressiva nicht bei Essstörungen.

In den letzten 20 Jahren wurden mehrere Medikamente für die Behandlung der Adipositas getestet und zugelassen. Diese mussten allerdings zum Teil wegen Nebenwirkungen vom Markt genommen werden (z.B. Rimona-bant und Sibutramin).

Vorüberlegungen zur Behandlung von Essstörungen mit Medikamenten

Medikamente kommen in der Behandlung von Essstörungen nur dann zum Einsatz, wenn psychotherapeutische und diätetische Maßnahmen nicht greifen. Sie sind also keine Behandlungsmethode der ersten Wahl.

Wenn sie zur Anwendung kommen, sollten sie nie die alleinige Behandlungsmethode einer Essstörung oder der Adipositas darstellen, sondern in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein. Dieses sollte aus psychotherapeutischen, diätetischen, familientherapeutischen, physiotherapeutischen sowie kunst- und beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen bestehen und die regelmäßige Kontrolle von Körpergewicht und körperlichen Folgeerkrankungen beinhalten. Die Entscheidung über eine medikamentöse Behandlung sollte eine gemeinsame Entscheidung aller Beteiligten sein, und sie sollte den individuellen Behandlungszielen der Patienten sowie den medizinischen Notwendigkeiten gerecht werden. Wenn ein Patient gleichzeitig an einer gut medikamentös behandelbaren anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung leidet, dann hilft eine Behandlung der komorbiden Störung meistens auch bei der Therapie der Essstörung.

Essstörungen, Adipositas und Kachexie

Essstörungen sind durch ein anhaltend gestörtes Essverhalten gekennzeichnet, das zu Veränderungen der Nahrungsaufnahme, beeinträchtigter körperlicher Gesundheit und psychosozialen Problemen führt. Ein zur Diagnosestellung bei Essstörungen wichtiges Maß für das

relative Körpergewicht ist der Body-Mass-Index (BMI: Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]). Die drei wichtigsten Essstörungen sind:

- Anorexia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BN)
- Binge-Eating-Störung (Binge Eating Disorder; BED)

Die AN ist durch restriktives Essverhalten, deutlich zu niedriges Körpergewicht (BMI < 17,5 kg/m²), Angst vor Gewichtszunahme und eine Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperschemastörung) gekennzeichnet. Sie tritt bei ca. 0,5 % der Bevölkerung auf, wobei Frauen etwa zehnmal häufiger betroffen sind. Das Sterberisiko von Patientinnen mit AN ist um das Fünffache erhöht. Symptomatisch liegen häufig Ängste, gedrückte Stimmung und Schlafstörungen vor. Auch wenn Patienten mit AN eine Gewichtszunahme-induzierende Medikation oft ablehnen, wünschen sich viele eine pharmakologische Behandlung dieser begleitenden psychischen Probleme. Das Ernährungsdefizit geht mit körperlichen Gesundheitsproblemen wie Wachstumsverzögerung, Minderung der Knochendichte, Ausbleiben der Periode, Nierenproblemen, Herzrhythmusstörungen und Störungen der Schilddrüsenfunktion einher. Viele PatientInnen nehmen daher eine Reihe von Medikamenten zur Behandlung dieser körperlichen Folgeerkrankungen ein. Der Verlauf der AN ist häufig chronisch und kann zu einer anhaltenden Behinderung führen.

Die BN tritt bei etwa 2 % der Bevölkerung mit einem Geschlechtsverhältnis – Männer zu Frauen – von etwa 1:10 auf. Die Hauptkriterien für die Diagnose der BN sind wiederkehrende Essanfälle, kompensatorische Verhaltensweisen wie Erbrechen und die Einnahme von Abführmitteln, übermäßige körperliche Aktivität, Fasten und eine übertriebene Beschäftigung mit der eigenen Körperform und dem Körpergewicht.

Die BED ist die am weitesten verbreitete Essstörung. Sie ist etwa doppelt so häufig (ca. 4 % der Bevölkerung) wie die BN, wobei der Frauenanteil bei Patienten mit BED etwa 60 % beträgt. Sie ist vor allem durch Essanfälle (Binge

Eating) gekennzeichnet. Im Gegensatz zur BN wenden die Patienten keine Kompensationsstrategien an.

Innerhalb der Essstörungen können sich die klinischen Merkmale im Laufe der Zeit ändern, ein Teil der Patienten mit AN wechselt zu BN oder BED. Menschen mit BED entwickeln häufig eine Adipositas. Daher haben wir es eher mit einem Spektrum von Essstörungen als mit gut abgrenzbaren Krankheitsentitäten zu tun.

Die Adipositas wird nicht als Essstörung angesehen. Sie ist eine häufige (> 20 % der Bevölkerung) internistische Erkrankung, die durch einen BMI über 30 kg/m² definiert ist. Die Adipositas ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für viele internistische Begleiterkrankungen verbunden. Eine weitere internistische Störung des Essverhaltens und der Regulation des Körpergewichts ist die Kachexie. Sie ist durch verminderten Appetit und ein zu niedriges Körpergewicht gekennzeichnet und tritt bei Tumorpatienten, Menschen mit Infektionserkrankungen und älteren Menschen auf.

Zusammenfassend finden wir also neben den Essstörungen im psychiatrischen Sinne zwei internistische Erkrankungen, deren wesentliches Merkmal eine Störung der Nahrungsaufnahme und der Gewichtsregulation ist:

- Adipositas
- Kachexie

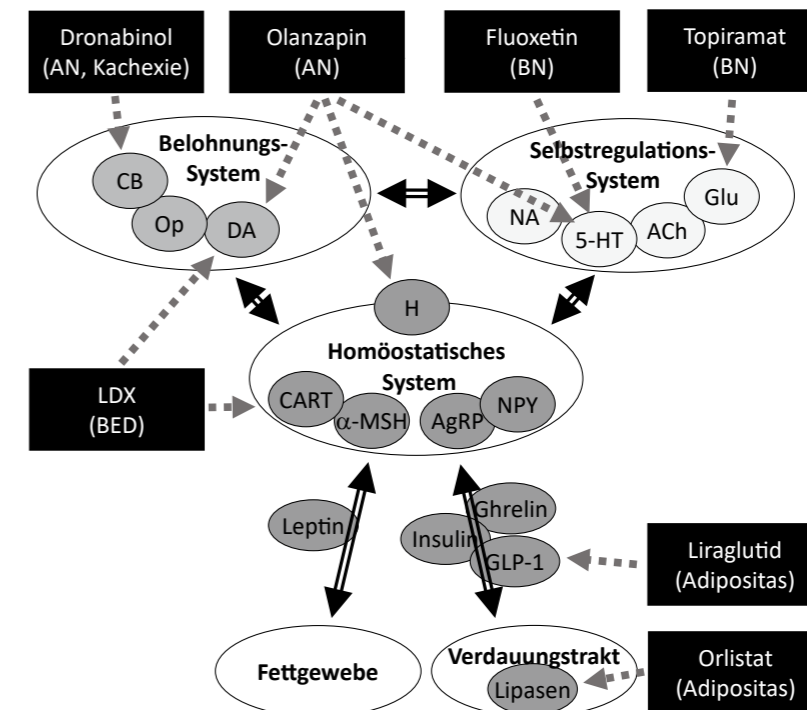
Wie wirken Medikamente zur Behandlung von Essstörungen, Adipositas und Kachexie?

Die Frage, wie Medikamente wirken, die bei Störungen der Nahrungsaufnahme helfen, führt zunächst zu der Frage, warum wir überhaupt essen oder auf Nahrungsaufnahme verzichten.

Ein wesentlicher Grund zu essen ist, dass Essen Spaß und Freude macht. Deswegen gehört gutes Essen auch zu jeder Feier. Im Gehirn wird diese Empfindung im zentralen Belohnungssystem generiert, welches den orbitofrontalen Kortex und kortikostriale Schaltkreise einschließlich des Nucleus accumbens umfasst. Dieses Belohnungssystem arbeitet mit bestimmten Botenstoffen wie Cannabinoiden (CB), Opioiden (Op) und

Dopamin (DA). Medikamente wie Dronabinol und Olanzapin, die erfolgreich gegen AN und Kachexie getestet wurden, wirken günstig auf Botenstoffe des zentralen Belohnungssystems. Olanzapin hat darüber hinaus Wirkungen auf das Selbstregulationssystem und das homöostatische System. Diese Systeme werden im Folgenden dargestellt. Einen Überblick über die wesentlichen Gehirnsysteme, die die Nahrungsaufnahme regulieren, gibt **Abbildung 1**. Diese Abbildung vereinfacht zwar stark die Regulation der Nahrungsaufnahme, sie hilft allerdings die wesentlichen Eckpunkte zu verstehen, wie sie in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden.

Abbildung 1: Zentrale Systeme zur Regulation der Nahrungsaufnahme und des Körpergewichts sowie molekulare Ansatzpunkte medikamentöser Therapien zur Beeinflussung dieser Systeme. Die Medikamente finden sich in schwarzen Rechtecken, darunter in Klammern ihre Indikation. Hormone, Neurotransmitter und Enzyme sind durch kleine Ovale dargestellt. Abkürzungen werden im Text erklärt.



Das Selbstregulationssystem integriert unser Essverhalten in den sozialen Kontext und bringt es in Zusammenhang mit unseren Idealen. Mit Hilfe dieses Systems können Menschen auf Essen verzichten, um ihrem Schönheitsideal näher zu kommen oder sportliche Ziele besser zu erreichen. Des Weiteren hilft es bei der Regulation von Stimmungen, z.B. nutzen Menschen Süßigkeiten

und insbesondere Schokolade, um einer schlechten Stimmung zu begegnen. Das Selbstregulationssystem ist im sogenannten präfrontalen Kortex lokalisiert und arbeitet mit den Neurotransmittern Noradrenalin (NA), Serotonin (5-HT), Acetylcholin (ACh) und Glutamat (Glu). Medikamente wie Fluoxetin und Topiramat, die bei BN helfen, wirken auf dieses System.

Natürlich essen wir vor allem, um unserem Körper genügend Nährstoffe zukommen zu lassen. Zur Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts aus Nahrungszufuhr und Energieverbrauch ist das homöostatische System zuständig, welches im Hypothalamus lokalisiert ist. Wichtige Hormone und Neurotransmitter des homöostatischen Systems sind das Cocaine- und Amphetamine-regulated

Bewegung – das Fundament einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen



von Christine Graf

Generell ist der gesundheitliche Nutzen von körperlicher Aktivität für jede Altersgruppe inzwischen gut belegt. Kaum aber eine Gruppe profitiert so grundlegend von Bewegung, Spiel und Sport wie Kinder und Jugendliche (Graf 2020).

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen bzgl. der allgemeinen Effekte von Bewegung auf ausgewählte physische, psychosoziale, emotionale und kognitive Faktoren. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass diese Effekte multifaktoriell bedingt und komplex sind. So lassen sie sich nicht auf einzelne Organe/Organsysteme wie zum Beispiel den Stoffwechsel, einen möglichen Kalorienverbrauch, Beanspruchung des Herz-Kreislauf- bzw. Atmungssystems, Training des Bewegungsapparates beschränken oder isoliert voneinander betrachten. Auf Basis der aktuellen Literatur werden in diesem Beitrag neben den bereits angesprochenen Effekten auf die kindliche Entwicklung unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersgruppen die aktuellen Empfehlungen sowie die Wechselwirkungen zwischen körperlicher Aktivität,

kardiorespiratorischer bzw. muskulärer Fitness und Gesundheit bzw. insbesondere die möglichen Folgen von Bewegungsmangel dargestellt.

Was ist »Bewegung«?

Auch im Kindes- und Jugendalter wird unter körperlicher Aktivität jede Art von Bewegung verstanden, die mit einer Steigerung des Energieverbrauchs einhergeht (Caspersen et al., 1985). Der Begriff Sport umfasst das organisierte »Sichbewegen« wie beispielsweise im Verein, Wettkampfsport bzw. Bewegung mit dem Ziel der Leistungs- und Fitnesssteigerung. Dabei wird neben der kardiorespiratorischen Fitness zunehmend auch die muskuläre Fitness betrachtet. Modifiziert nach dem Institute of Medicine (Committee on Fitness Measures and Health Outcomes in Youth, 2012) bildet die körperliche Fitness bei Jugendlichen ein Konstrukt aus der kardiorespiratorischen Fitness, muskulären Ausdauer und Kraft, Flexibilität und Beweglichkeit. Koordination wurde in diesem Kontext nicht explizit benannt, ist aber insbesondere für die Kinder bis zum Grundschulalter von immenser Bedeutung. Für Vorschulkinder erweiterten Truelove und Kollegen (2017) die Definition des IOM auf eine »Art von Steigerung der Grobmotorik oder Bewegung, in denen Energie freigesetzt wird in einer frei gewählten, Spaßmachenden und unstrukturierten Art und Weise« (Übersetzung durch die Autorin). Je älter Kinder werden, umso mehr rücken das freie Spiel und kurze Bewegungssequenzen in den Hintergrund.

Und was ist Inaktivität?

Heutzutage wird zunehmend auch die körperliche Inaktivität oder der sogenannte Sedentismus bzw. das »sedentary behaviour« betrachtet, das sich zunehmend als eigenständiger Risikofaktor herausstellt und im Erwachsenenalter gerne auch als »das neue Rauchen« bezeichnet wird. Als Definition werden meist folgende Betrachtungsweisen aus

dem Erwachsenenalter herangezogen:

- »Sedentary« umfasst »Aktivitäten« wie Sitzen, Fernsehen, das Spielen von Videospielen etc., die durch wenig Bewegung bzw. einen geringen Energieverbrauch unter 1,5 MET gekennzeichnet sind.
- Sedentismus wird als überwiegend »sedentary behaviour« definiert, das durch ein Minimum an Bewegung mit geringem Energieverbrauch unter 1,5 MET gekennzeichnet ist.

Bei kleinen Kindern kommen insbesondere auch der (motorisierte) Transport in Kindersitzen, Kinderwagen und/oder Sitzen/Liegen hinzu. Altersabhängig wird der Umsatz zwischen 9 bis 18 Jahren mit 1,1 bis 1,5 MET angegeben.

Wie »misst« man Bewegung?

Der Goldstandard stellt die Messung von doppelt markiertem Wasser¹ dar. Dabei handelt es sich um ein aufwendiges und kostspieliges Verfahren. Daher kommt es eher selten zum Einsatz. Meist wird Bewegung/Sport per Befragungen, Beobachtungen und/oder Einsatz von Akzelerometern bzw. Bewegungsmeldern erfasst. Die Messung der kardiorespiratorischen Fitness erfolgt zumeist als Shuttle-Run-Test, ansonsten werden Einzeltests (z.B. Handgrip, seitliches Hin- und Herspringen) oder Testbatterien (z.B. das Motorikmodul aus der KIGGS-Studie bzw. der Dordel-Koch-Test, s. hierzu www.fitnessolympiade.de) eingesetzt. Die Ergebnisse können sich je nach genutzter Methode erheblich unterscheiden.

Körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit

Die Fitness gilt im Erwachsenenalter als einer der wichtigsten Faktoren für den Gesunderhalt. So konnte gezeigt werden, dass mit einer besseren Leistungsfähigkeit die Gesamt- und die krankheitsspezifische Sterblichkeit sinkt (Strasser & Burtscher, 2018). Bei Kindern und Jugendlichen liegen naturgemäß kaum derart lange Untersuchungen mit vergleichbaren

harten Endpunkten vor. Studien in dieser Richtung sind zumeist Querschnittsanalysen, die nicht immer eindeutig zwischen der Fitness bzw. Leistungsfähigkeit und Bewegungsumfängen/-angaben unterscheiden. Carson et al. (2019) zeigten beispielsweise auf Basis von Daten der US-amerikanischen Studie NHANES (= National Health and Nutrition Examination Survey) bei mehr als 5.600 6- bis 17-Jährigen, dass unter Berücksichtigung des »sedentary behaviour« körperliche Aktivität mit besseren Blutfettwerten und günstigeren Blutdruckwerten vergesellschaftet war. Die Erfassung von Bewegung/Inaktivität bzw. der jeweiligen Intensität erfolgte mittels Akzelerometer und war damit verlässlicher als bei Studien, die beispielsweise nur auf Befragungen basieren. In einer kanadischen Kohorte untersuchten Lang et al. (2019) bei 3.800 6- bis 17-Jährigen den Zusammenhang zwischen der Fitness und ausgewählten Gesundheitsparametern (Blutfett- und Blutzuckerwerte, Entzündungsparameter, Prävalenz Übergewicht) und konnten belegen, dass neun von zwölf Risikofaktoren negativ mit einer verbesserten Leistung korrelierten. Bei adipösen Kindern und Jugendlichen war eine Verbesserung der Fitness, in diesem Fall im Sechs-Minuten-Gehtest, mit einer Reduktion des zusammengefassten kardiovaskulären Risikos (Blutfettwerte, Blutdruck, Insulinempfindlichkeit) verbunden (Valerio et al., 2018).

Eine Metaanalyse der wenigen longitudinalen Studien bzgl. der Zusammenhänge ausgewählter Gesundheitsparameter und der muskulären Fitness veröffentlichten Garcia-Hermosa et al. (2019). Sie integrierten 30 Studien mit 21.686 Teilnehmern im Alter von drei bis 18 Jahren. Im Durchschnitt betrug das Follow-up knapp neun Jahre, reichte aber von einem bis zu 27 Jahren. Eine höhere muskuläre Fitness, gemessen mit Handgrip, Standweitsprung, aber auch Sit-ups und seitlichem Hin- und Herspringen, korrelierte invers mit dem Body-Mass-Index, der Hautfaldendicke, der Insulinresistenz, Neutralfetten bzw. einem schlechteren kardiovaskulären Risikoprofil sowie positiv mit der Knochendichte. Kritisch muss allerdings angemerkt werden, dass neben der Heterogenität der Methoden selbst bei einem Beobachtungszeitraum von mehr als 20 Jahren das Alter der Teilnehmer kaum über 40 Jahre hinausging.

Aktuelle Empfehlungen

Die Basis für konkrete Empfehlungen zu Bewegungsumfängen, -intensitäten und einer Begrenzung von Sitzzeit oder Medienkonsum ist sehr dünn; zumeist stellen sie Mindestempfehlungen dar wie beispielsweise die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten 60 Minuten pro Tag mit moderater Intensität (s. u.a. Graf et al., 2017). Der Hinweis »Je mehr, desto besser« wird in der Realität oft »überlesen«. Für Deutschland erfolgte eine Zusammenstellung im Jahr 2015 infolge einer systematischen Literaturrecherche aller bis zu diesem Zeitpunkt erschienenen internationalen Empfehlungen bzw. systematischen Reviews unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen sowie Vorarbeiten eines Expertenkonferenzen aus 2012 (Graf et al., 2014). Gefordert werden je nach Alter mindestens 90 und mehr Minuten täglich (s. Tabelle 1).

Tabelle 1 Bewegungsempfehlungen, modifiziert nach Graf et al. (2017) und Graf et al. (2014)

<p>Säuglinge und Kleinkinder Säuglinge und Kleinkinder sollten so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden und sich so viel wie möglich bewegen; auf sichere Umgebungsbedingungen ist zu achten.</p>
<p>Kindergartenkinder (4 bis 6 Jahre) Für Kindergartenkinder soll eine angeleitete und nicht angeleitete Bewegungszeit von 180 Minuten/Tag und mehr erreicht werden.</p>
<p>Grundschulkind (6 bis 11 Jahre) Für Kinder ab dem Grundschulalter soll eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr mit moderater² bis intensiver³ Intensität erreicht werden. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, z.B. Schulweg, jedoch mindestens 12.000 Schritte/Tag absolviert werden.</p>
<p>Jugendliche (12 bis 18 Jahre) Für Jugendliche soll eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, z.B. mindestens 12.000 Schritte/Tag absolviert werden.</p>

Spezifische Aspekte

Besonderheiten, aber auch Neigungen, Bedürfnisse und mögliche Barrieren der jeweiligen Zielgruppe, z.B. Alter,

Geschlecht, soziokulturelle Faktoren, sollen berücksichtigt werden.

Allgemein soll eine Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit alters- und geschlechtsangepasst durchgeführt werden. Ab dem Grundschulalter soll zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer an zwei bis drei Tagen pro Woche eine intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen erfolgen, jeweils unter Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes. »Bewegungsarme« Kinder und Jugendliche sollten schrittweise an das Ziel herangeführt werden, z.B. durch zunächst 30 Minuten Bewegung an ein bis zwei Tagen pro Woche. Anschließend wird der zeitliche Umfang, dann die Intensität gesteigert.

Sitzende Tätigkeiten in der Freizeit/Bildschirmmedien

Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben (motorisiertem) Transport, z.B. in Baby-schale oder Kindersitz, oder unnötig im Haus verbrachten Zeiten betrifft dies insbesondere die Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum:

Säuglinge und Kleinkinder:

0 Minuten

Kindergartenkinder: möglichst wenig, maximal 30 Minuten/Tag

Grundschulkind: möglichst wenig, maximal 60 Minuten/Tag

Jugendliche: möglichst wenig, max. 120 Minuten/Tag

Fazit

Bei kindlicher Bewegung handelt es sich nicht »nur« um Spielen, sondern um einen essenziellen Baustein im Sinne einer gesunden Entwicklung, obwohl das komplexe Zusammenspiel zwischen genetischer Determination, Umwelteinflüssen, kurzen Belastungen, Training und weiteren Lebensstilvariablen wie Stress und Ernährung bislang noch nicht komplett verstanden ist. Erste Hinweise bzgl. des endokrinen/hormonellen Potenzials der Muskulatur scheinen wegweisend zu sein, stehen aber insbesondere in dieser Altersgruppe erst am Anfang der Forschung. Ebenso wichtig ist die zunehmende Erforschung von Gen-Umwelt-Interaktionen, d.h. epigenetischer Prozesse, auf deren Basis die Bedeutung

→ Seite 21

¹ Die Gabe von doppelt markiertem Wasser dient der Bestimmung des Energieumsatzes. Dabei werden Wasserstoff- bzw. Sauerstoffatome zum Teil durch entsprechende Isotope ersetzt. Nachdem der Proband dieses aufbereitete Wasser getrunken hat, kann anhand der Ausscheidung der markierten Substanz der Umsatz berechnet werden.

² Moderate Intensität entspricht einer leichten Steigerung der Herzfrequenz bzw. etwas angeregteren Atmung (s. a. <http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/children/>)

³ Intensive Intensität entspricht einer deutlichen Steigerung der Herzfrequenz bzw. erheblich angeregteren Atmung (<http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/children/>)

Die Bedeutung des Darmmikrobioms für psychisches Wohlbefinden und Adipositas



von Johannes Peter

Während eine winzige Spielart des Lebens die Menschheit gerade seit Monaten in Atem hält, sorgten in der Welt der Wissenschaft hingegen in den letzten Jahren geringfügig größere Mikroorganismen für Schlagzeilen: Der *Scientific American* betitelte die Forschungserkenntnisse rund um das Mikrobiom, also jene Bakterien, die den menschlichen Körper bewohnen, 2012 als »wichtigste wissenschaftliche Entdeckung des Jahrzehnts«.

Der Darm ist die größte Wohnstätte der Bakterien im menschlichen Körper, ihre Zahl gleicht etwa jener der körpereigenen Zellen, der Umfang ihres genetischen Materials übersteigt jenen des menschlichen Genoms weit über das Hundertfache. Und tatsächlich, die Schlagzeilen über das Mikrobiom sind in den letzten Jahren nicht abgerissen. Die Bedeutung des Mikrobioms für den Stoffwechsel, aber auch für das Immun- und das Nervensystem und die Gesundheit ganz generell wird heute so hoch eingeschätzt, dass ihm der Rang eines eigenen Organs zugesprochen wird.

Möglich geworden ist die Erforschung des Mikrobioms in der heutigen Form erst durch technologische

Fortschritte. Eine erste Welle wissenschaftlicher Euphorie rund um die Mikroorganismen hatte sich im 19. Jahrhundert entzündet, als sich Koch und Pasteur über Jahrzehnte einen erbitterten Wettlauf bei der Entschlüsselung von bakteriellen Krankheitserregern wie den Pocken oder der Cholera lieferten. Mit der Entwicklung von Impfungen und der Entdeckung des Penicillins fiel die Erforschung der Bakterien im 20. Jahrhundert dann aber in eine Art Dornröschenschlaf. In der Medizin galt für Jahrzehnte die simple, aber schlicht falsche Annahme, ein gesunder Körper solle möglichst keimfrei sein. Untersuchungen an Bakterien beruhten noch über Jahrzehnte auf dem Anzichten von Bakterienkulturen, und da gut 80 % der im menschlichen Darm wohnhaften Arten Anaerobier und somit an der Luft nicht überlebensfähig sind, unterlag diese Methodik großen Einschränkungen.

Dies änderte sich allmählich gegen Ende des 20. Jahrhunderts: Mit der Erfindung der Sequenzierung wurde die Bestimmung des bakteriellen Erbguts möglich, mit der Polymerase-Kettenreaktion konnte es technisch beliebig vielfältigt werden. Im 16s-Gen, welches den genetischen Bauplan des Ribosoms, des Orts der Proteinsynthese in der Bakterienzelle, enthält, wurde ein perfekter Vergleichsmaßstab für die Bestimmung der Verwandtschaft zwischen bakteriellen Spezies gefunden. Die Baupläne dieses Gens von verschiedenen Organismen sind einander gerade so ähnlich, dass sie verglichen werden können, und gleichzeitig aber auch so unterschiedlich, dass auf den evolutionären Ursprung geschlossen werden kann. Rund um das Jahr 2008 schließlich, als Smartphones gerade die Welt im Sturm eroberten, Internet und Informationstechnologie immer weiter große Sprünge machten, wurde die Rechenleistung so billig, dass auch die Mikrobiomforschung richtig in Fahrt kam. Große amerikanische und europäische Konsortien starteten Projekte wie das Human Microbiome Project zur Kartierung des bakteriellen Genoms aller Bakterien am und im menschlichen Körper, und allmählich entflammte in der Welt der Forschung erneute Euphorie.

Die Entdeckungen sollten auch für die Psychologie und die Psychiatrie Relevanz zeigen: Zahlreiche Experimente haben inzwischen gezeigt, dass das Mikrobiom auch unser Verhalten formt und sogar bis in unsere Psyche wirkt. Die Entwicklung der biologischen Stressachse etwa hängt maßgeblich vom Mikrobiom ab, aber auch unsere motivationalen und Belohnungssysteme sowie unser Sozialverhalten werden vom Mikrobiom (mit)geformt. Die Bakterien stellen psychogene Metaboliten, also Stoffwechselprodukte wie zum Beispiel Neurotransmitter, her. Diese wirken direkt oder epigenetisch auf Schaltkreise im Gehirn. Bestimmte Bakterien kommunizieren direkt von der Darmschleimhaut mit dem autonomen Nervensystem, aufsteigende Bahnen des Vagusnervs senden Informationen in die Amygdala und können so unser emotionales Wohlbefinden modulieren. Bestimmte Bakterien bewirken über diesen Mechanismus beispielsweise eine erhöhte Bereitschaft zur Angstkonditionierung. Die Bedeutung des »Bauchgefühls«, welches längst tief in der Sprache verwurzelt ist, findet somit endlich eine wissenschaftliche Bestätigung. Eine der Pioniergruppen rund um John F. Cryan, welche in Cork in Irland zum Thema forscht, spricht vom Mikrobiom gar als »neuem Unbewussten«.

Die Erforschung des Mikrobioms kann auch einige wichtige Puzzlestücke zu der Frage beitragen, wie pränataler oder chronischer Stress unsere Gesundheit und unser psychisches Wohlbefinden negativ beeinflusst. Sind die Umgebungsbedingungen und/oder die emotionale Konstellation einer Schwangerschaft problematisch, verändert sich die Flora im Darm und in der Vagina der Mutter. Stresshormone reduzieren den Blutfluss zum Darm, verringern die Barrierefunktion der Darmschleimhaut und aktivieren unser Immunsystem. Auch greifen wir unter Stress zu anderen Nahrungsmitteln, vielleicht sogar zu mehr Suchtmitteln, und essen unregelmäßiger. All das modifiziert letztlich die Zusammensetzung unseres Ökosystems im Darm, im ungünstigsten Fall wird die bakterielle Vielfalt reduziert, sogenannte kommensale, »gute« Darmbakterien werden

weniger und es kommt es zu einer Vermehrung von aggressiven Arten. Schon während der Schwangerschaft sowie dann bei der Passage durch den Vaginalkanal im Zuge der Geburt, aber auch in den ersten Lebensmonaten werden die Bakterien an das Kind weitergegeben. In Tierexperimenten mit Mäusen zeigt sich, dass der Nachwuchs gestresster Mütter später ein reduziertes Sozialverhalten, mehr Angst, Stress sowie eine niedrigere Schmerzschwelle aufweist, begleitet von charakteristischen mikrobiellen und immunologischen Veränderungen. Dieselben Veränderungen können auch durch Bindungsstress herbeigeführt werden und liegen vermutlich chronischen Schmerzsyndromen wie Reizdarm oder Fibromyalgie, sogenannten »Central Sensitivity Syndromes«, zugrunde.

Die Mikrobiom-vermittelten Mechanismen sind in bestimmten Entwicklungsfenstern besonders bedeutsam, bleiben aber im Prinzip ein Leben lang relevant. In der Frühentwicklung prägen sie die Gehirnentwicklung und -architektur, und eine Beteiligung an der Genese von Störungen wie Autismus scheint hochwahrscheinlich. Aber auch bei fast allen anderen psychischen Erkrankungen können mikrobielle Mechanismen nachgewiesen werden. Mithilfe von Methoden künstlicher Intelligenz (KI), die gemeinsam mit der MedUni Graz entwickelt wurden, konnte unsere Forschungsgruppe am Wiener AKH bei PatientInnen mit Reizdarm zeigen, dass subjektives Stresserleben mit einem ganz bestimmten Muster bakterieller Besiedelung im Darm bzw. im Stuhl einhergeht. Psyche und Biologie korrelieren also eng, und anhand des Vorhandenseins dieses Musters kann mithilfe von Algorithmen abgelesen werden, ob die betreffende Person unter Distress leidet. Transplantationsstudien mit Tieren zeigen, dass Symptome wie Angst und Depression mit dem Stuhl übertragen werden können. So exprimieren Mäuse, die den Stuhl depressiver Menschen erhalten, signifikant mehr Anzeichen von Anhedonie und sozialem Rückzug als jene, die den Stuhl von Normalpersonen appliziert bekommen.

Damit kommt dem Mikrobiom für die Psychosomatik und die Psychoneuroimmunologie, aber auch für die gesamte Psychologie und ihre Anwendungsbereiche hohe Relevanz zu. Dies gilt auch für den Bereich Sucht und ganz besonders für das Thema dieser Ausgabe, Adipositas. Zusammenhänge zwischen Mikrobiom und Belohnungszentren

im Gehirn zeigen sich auf molekularer Ebene und im Verhalten. Die wichtigsten Erkenntnisse stammen auch hier aus der Forschung an Tieren, wie dies derzeit in der Mikrobiomforschung noch zumeist der Fall ist. So führt bei Mäusen eine reduzierte bakterielle Vielfalt durch die Gabe von Antibiotika über bakteriell induzierte epigenetische Mechanismen zu Veränderungen in synaptischen Proteinen im Belohnungszentrum. Auf die Verabreichung von Kokain reagieren die Nager anschließend mit verstärkter motorischer Unruhe und Suchtentwicklung. Auch Entzugserscheinungen als negative Nachwirkungen von Substanzkonsum scheinen zumindest teilweise über mikrobielle Mechanismen zu entstehen. So wurden Symptome von erhöhtem Arousal und Angst beim Alkoholzug von experimentell süchtig gemachten Mäusen wiederum mittels Stuhltransplantation auf zuvor gesunde, friedliche Mäuse übertragen – ohne dass diese je einen Tropfen Alkohol getrunken hatten. Sehr einleuchtend ist daher auch, dass das Mikrobiom bei Adipositas eine Rolle spielt, einem der größten Gesundheitsprobleme der westlichen Welt und zunehmend auch von Schwellenländern.

Die interindividuellen Unterschiede in der Energieausbeute in Abhängigkeit vom Mikrobiom werden, bei gleicher Nahrungsaufnahme, mit bis zu 40 % beziffert. Bei der Entstehung des Sättigungsgefühls sind bakterielle Metaboliten und Hormone beteiligt; einige Minuten nach einer Nahrungsaufnahme kommt es zu bakteriellem Wachstum, und systemische bakterielle Moleküle aktivieren zentralnervöse Appetitreaktionen. Man geht davon aus, dass Bakterien das Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln, auf welche sie spezialisiert sind und die ihre Konkurrenten im Darm unterdrücken, fördern können. Mitunter zum Nachteil des Wirts, etwa indem dieser in eine Missstimmung versetzt wird – die er dann mit dem entsprechenden Essen bekämpft. Einfluss auf Geschmacksrezeptoren, Appetit- und Belohnungsmechanismen, die Produktion stimmungsverändernder Toxine und die Manipulation des Vagusnervs gehören hierbei zum trickreichen Repertoire unserer kleinen Mitbewohner. Fettreiche Ernährung führt im Tierversuch zu einer reduzierten Antwort der Darmnerven auf die Ausschüttung von Sättigungshormonen und zu verminderter Wahrnehmung von Dehnung bzw. Völle. Ungesunde Nahrung führt also

zu verminderter Signalübertragung aus dem Darm, was wiederum zu erhöhter Nahrungsaufnahme und Gewichtszunahme führen kann.

Eine der größten Herausforderungen bei Adipositas besteht darin, eine einmal durch Verhaltens- und Diätmodifikationen erzielte Gewichtsreduktion beizubehalten. Nach einer längeren adipösen Phase kommt es zu Veränderungen im Mikrobiom und im Stoffwechsel des Wirts (etwa in den braunen Fettzellen), die mit vermindertem Energieverbrauch einhergehen. Mit adipösen Mäusen wurden Experimente unternommen, die aufzeigen sollten, wie sich das Mikrobiom nach Diät- bzw. Fastenperioden entwickelt und auf das Fressverhalten auswirkt. Und tatsächlich: Wird den Tieren nach Fastenphasen wieder unbegrenzt Nahrung zur Verfügung gestellt, hängt es auch ganz wesentlich von der Zusammensetzung des Mikrobioms ab, ob sie sich erneut dick fressen. Abermals mittels KI-Algorithmen wurden die entsprechenden Bakterienverbände identifiziert, die den unerwünschten »Jo-Jo-Effekt« herbeiführen. Dabei wurde auch entdeckt, dass diese Bakterien speziell die in Obst und Gemüse enthaltenen Flavonoide im Übermaß »fressen«, also verstoffwechseln. Das Hungergefühl, das die Mäuse verspüren, dient also möglicherweise der Kompensation des entstandenen Mangels an Flavonoiden. In der Tat konnte gezeigt werden, dass sich die Gewichtszunahme bei den Nagern in der Post-Diätphase durch erhöhte Flavonoidzufuhr deutlich eingrenzen lässt. Dieses Beispiel zeigt auch die Bedeutung gesunder, primär auf pflanzlichen Produkten beruhender Ernährung.

Zusammenfassend lassen sich daher anhand der oben gezeigten Forschungsergebnisse wichtige Eckpfeiler zur Aufrechterhaltung eines gesunden Mikrobioms und somit zur Vorbeugung von Adipositas oder psychischen Erkrankungen ableiten: vorwiegend pflanzliche Ernährung, körperliche Bewegung sowie ein stressreduzierter und durch regelmäßige, sich abwechselnde Aktivitäts- und Ruhephasen gekennzeichneter Lebensstil.

Mag. Johannes Peter

Klinischer Psychologe an der Klinik Penzing (Otto-Wagner-Spital, 3. Psychiatrische Abteilung) sowie in der Forschungsgruppe für psychosomatische Gastroenterologie an der MedUni Wien, AKH. Forschungsarbeiten zu Darmmikrobiom, Bauch-Hirn-Achse, Resilienz, Hypnose.

Psychotherapie der Adipositas



von Elke Humer

Übergewicht gilt laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eines der gravierendsten Probleme des 21. Jahrhunderts. In fünf Jahren ist laut Prognosen bereits jeder fünfte Mensch weltweit adipös.

Da Adipositas mit einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergeht, ist diese Entwicklung besonders problematisch. Adipositas erhöht das Risiko vieler körperlicher Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sogar Krebs. Darüber hinaus ist auch das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht. Vor allem Depressionen und Angststörungen treten bei Adipösen im Vergleich zu Normalgewichtigen etwa doppelt so häufig auf. Menschen mit Übergewicht gelten meist als unattraktiv. Darüber hinaus wird ihnen oft Faulheit, Willensschwäche und Trägheit unterstellt. Damit verbunden sind soziale Ausgrenzungen und Stigmatisierungen. Vor allem Frauen leiden darunter, nicht dem Schönheitsideal gerecht zu werden, und erfahren eine hohe emotionale Belastung, welche den Selbstwert stark schwächt. Dazu kommt, dass die gesellschaftlichen Diskriminierungen oft auch zu Nachteilen in Ausbildung und Beruf führen. So haben Adipöse häufig ein geringeres Einkommen und sind einer größeren Armutsgefahr ausgesetzt. All diese Aspekte haben gravierende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl. Betroffene beziehen die negativen Erfahrungen oft nicht nur auf den eigenen

Körper, sondern auf die gesamte Persönlichkeit, vor allem, wenn sie bereits in der Kindheit die Erfahrung gemacht haben, »nicht in Ordnung zu sein«. Selbst wenn es gelingt, das Körpergewicht erfolgreich zu normalisieren, bleibt oftmals das negative Körperbild bestehen.

Psychotherapie kommt in der Behandlung von Adipositas eine entscheidende Rolle zu. Natürlich ist nicht jede oder jeder Adipöse psychisch krank. Häufig sind jedoch psychische Faktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas beteiligt, welche im Rahmen einer Psychotherapie bearbeitet werden können. Psychotherapie ist daher ein wichtiger Bestandteil in der Therapie der Adipositas, insbesondere, um eine langfristige Gewichtsstabilisierung zu erreichen. Im Folgenden werden zunächst die Hintergründe der Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas dargestellt und darauf aufbauend psychotherapeutische Ansätze in der Adipositas-therapie erläutert.

Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas

Viele Faktoren sind an der Entstehung von Adipositas beteiligt. Allgemein können diese in drei Gruppen eingeteilt werden, welche nachfolgend kurz beschrieben werden:

■ **Prädisponierende Faktoren:** Diese Faktoren führen dazu, dass manche Menschen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas sind. Dazu zählen genetische Faktoren, hormonelle Veränderungen, aber auch soziokulturelle Faktoren, wie z.B. hohe gesellschaftliche Erwartungen, und familiäre Faktoren wie Überbehütung, ungenügende Beachtung kindlicher Bedürfnisse, gesteigertes Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung. Weitere prädisponierende Faktoren sind ein geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Impulskontrolle, Pessimismus, Perfektionismus und Gefühle von Hilflosigkeit.

■ **Auslösende Faktoren:** Dazu zählen Umstände, welche das erste Auftreten einer Störung hervorrufen, wie kritische Lebensereignisse, körperliche Erkrankungen, Verlust- und Trennungsergebnisse. Bei Adipositas gilt insbesondere auch strenge Diät als ein bedeutender auslösender Faktor.

■ **Aufrechterhaltende Faktoren:** Diese Faktoren sind besonders problematisch, da sie dazu beitragen, dass ein gestörtes Ess- und Bewegungsverhalten aufrechterhalten und somit Adipositas bestehen bleibt. Dazu zählen viele psychologische Faktoren. Oft entsteht ein Teufelskreis, der ohne Hilfe nicht mehr unterbrochen werden kann. Ein bedeutender aufrechterhaltender Faktor ist das sogenannte gezügelte Essverhalten. Darunter versteht man selbst auferlegte Einschränkungen beim Essen, die sehr starr und streng sind, wie eine Einteilung in »gute« und »schlechte« Lebensmittel. Sehr strenge Diätregeln können realistischere langfristige kaum eingehalten werden (auch nicht von Normalgewichtigen). Deswegen führen sehr strenge Regeln häufiger zu Essanfällen. Sobald »verbotene« Lebensmittel gegessen werden, kommt es zu Versagensgefühlen, die wiederum eine massive Selbstabwertung bewirken.

Ein weiterer aufrechterhaltender Faktor ist eine gestörte Regulation negativer Gefühle. Adipöse nehmen alltägliche Belastungen oft stressreicher wahr als Normalgewichtige, und es fällt ihnen auch schwerer, negative Gefühle zu ertragen. In der Folge neigen Adipöse häufig dazu, Konfliktsituationen möglichst zu vermeiden oder zu verdrängen. Auch Gedanken, die einen negativen Einfluss auf Handlungen ausüben, gehören zu den aufrechterhaltenden Faktoren. Dazu zählt eine starke Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Informationen, die mit Essen, Figur und Gewicht zusammenhängen.

Behandlung der Adipositas

Da sehr viele Faktoren an der Entstehung von Adipositas beteiligt sind, ist es wichtig, auch in der Behandlung verschiedene Bereiche zu berücksichtigen. Gewichtsreduktionsprogramme zielen vor allem auf die grundlegende Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ab. Um diese Veränderungen langfristig sicherzustellen, muss die Adipositas-therapie drei Säulen umfassen: Ernährungstherapie, Bewegungstherapie sowie Psychotherapie. Wichtig ist, dass die Gewichtung dieser drei Säulen dem individuellen Bedarf angepasst wird.

In der Psychotherapie wird vor allem an den veränderbaren Faktoren

Foto: iStock.com/SeventyFour (Sujetbild)



In der Psychotherapie wird daran gearbeitet, Motivation und Fertigkeiten zur langfristigen Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erreichen.

gearbeitet. Die biologischen Faktoren sind meist nicht oder nur sehr schwer zu verändern. Hier kann die Psychotherapie dabei helfen, nicht veränderbare Faktoren zu akzeptieren und sich den Bereichen zu widmen, die verändert werden können.

Die Therapie der Adipositas umfasst im Wesentlichen zwei Phasen: die Phase der Gewichtsreduktion und die darauffolgende Phase der Aufrechterhaltung des reduzierten Körpergewichts. Besonders wichtig ist die zweite Phase, da sich hier entscheidet, ob langfristig ein gesundes Körpergewicht gehalten werden kann.

Psychotherapie ist ein sehr persönlicher Prozess und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen. In der Psychotherapie wird daran gearbeitet, Motivation und Fertigkeiten zur langfristigen Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erreichen. Besonders wichtig in der Psychotherapie ist es, die Motivation zur Veränderung langfristig sicherzustellen. Nur so ist eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung möglich. Je nach psychotherapeutischem Verfahren gibt es unterschiedliche Ansätze und Techniken, um an dieser Motivation zu arbeiten.

Wichtige Elemente, die in der Psychotherapie behandelt werden, werden im Folgenden kurz umrissen. Die einzelnen Punkte werden je nach individuellem Bedarf unterschiedlich stark in der Psychotherapie bearbeitet.

- **Motivationsaufbau und Wissensvermittlung** über wesentliche Zusammenhänge der Adipositas (Genetik, Ernährung, Bewegung, Psyche etc.)
- **Vereinbarung von Zielen:** Entwicklung

realistischer Gewichtsziele sowie Entwicklung von gewichtsunabhängigen Zielen hinsichtlich körperlicher und psychischer Gesundheit und sozialer Entwicklung

■ **Selbstbeobachtung:** z.B. Erkennen der Zusammenhänge von Essen und Gefühlen, Erkennen von Verhalten, das ungesundes Essverhalten auslöst

■ **Kontrolle von Nahrungsreizen:** z.B. strukturiertes Einkaufs- und Essverhalten, Aufmerksamkeit auf Essen und Genuss, keine Ablenkung beim Essen

■ **Veränderung dysfunktionaler Gedanken:** Erkennen nicht funktionaler Gedanken und Umwandlung in förderliche Gedanken, Arbeit am Selbstbild und Körperbild, Erlernen einer flexiblen Kontrolle des Essverhaltens (kleine »Sünden« sind erlaubt), Spielräume hinsichtlich Ernährung und Bewegung, Reduktion von diätbezogenen Gedanken, Reduktion von körper- und selbstwertbezogenen Gedanken

■ **Entwicklung alternativer Verhaltensweisen** statt Essen: Strategien zum Umgang mit Stress, Problemlösetraining, Konfliktlösetraining, Entwicklung von Strategien, um mit negativen Gefühlen umzugehen, Erhöhung der Genussfähigkeit

■ **Soziale Unterstützung:** z.B. Einbindung von Partnern, Familienangehörigen und Freunden zur Erhöhung der Wirksamkeit der Therapie

■ **Rückfallprävention:** Umgang mit Rückfällen und Strategien, um langfristig Ess- und Bewegungsverhalten zu verändern, flexible Kontrolle des Essverhaltens, welche auch den gelegentlichen Verzehr von »verbotenen« Nahrungsmitteln erlaubt

Studien zeigen, dass das Vorhandensein der drei Säulen (Kombination von Psychotherapie mit gezieltem Ernährungs- und Bewegungstraining) erforderlich ist, um eine hohe Gewichtsreduktion zu erreichen. Für die langfristige Gewichtsstabilisierung ist es besonders wichtig, entsprechende psychotherapeutische Nachsorgeprogramme in Anspruch zu nehmen.

Abschließend sei noch erwähnt, dass bei extremer Adipositas oder beim Vorliegen erheblicher Begleiterkrankungen operative Eingriffe in Bezug auf Gewichtsreduktion und Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität als beste Behandlungsstrategie gelten. Nach Operationen ist es jedoch häufig sehr schwierig, sich an die neuen Lebensbedingungen anzupassen. Psychotherapeutische Unterstützung kann im Zeitraum vor und nach der Operation helfen, das Operationsergebnis zu verbessern. Vor allem bei Adipösen mit psychischen Erkrankungen ist eine psychotherapeutische Betreuung nach Operationen notwendig, um einen entsprechenden Behandlungserfolg zu erzielen.

Literaturangaben bei der Autorin

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elke Humer ist Psychotherapeutin in eigener Praxis und forscht und lehrt im Bereich der biopsychosozialen Gesundheitsforschung an der Donau-Universität Krems. Zusätzlich verfügt sie über umfangreiche Forschungserfahrung im Bereich der Ernährung (Universität für Bodenkultur Wien und Veterinärmedizinische Universität Wien).

Unser Betreuungsangebot

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithilfe, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.



Im Lotussitz durch Krisenzeiten

Yoga als Bewältigungsstrategie in der COVID-19-Pandemie



von Christiane Bös

Der weltweite Ausbruch der Atemwegserkrankung COVID-19, ausgelöst durch die Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, führte in den letzten Monaten zur internationalen Gesundheitsnotlage mit weitreichenden politischen, soziokulturellen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Besonders spürbar im Alltag ist auch der dramatische Einbruch der körperlichen Aktivität.

Häufig entfallen Arbeitswege, Wanderungen und Shoppingtouren, stattdessen legen die meisten im Alltag selten eine Strecke weiter als vom Schlafzimmer bis zur Küche zurück. Nachdem nun bundesweit Fitnessstudios und Sportvereine vorerst zusperren mussten, greifen immer mehr Menschen zu Alternativen: ausgedehnte Spaziergänge, Joggen, Radfahren und Online-Sportkurse – insbesondere Yoga ist gefragt. Auch der populärsten deutschsprachigen Online-Yogalehrerin Mady Morrison fällt auf: »Durch Corona habe ich extrem hohe Klickzahlen, sie haben sich teilweise verdoppelt« (Dübber, 2020).

Was ist eigentlich Yoga?

Yoga ist eine Lehre und die damit verbundene Praxis für Körper und Geist, die bereits im fünften bis sechsten Jahrhundert v. Chr. in Indien entwickelt wurde, aber erst im Laufe des zwanzigsten Jahrhunderts an Popularität im Westen gewonnen hat (Michelis, 2005). Laut Yogatradition streben Praktizierende nach größerer Ausgewogenheit, Verminderung von Leid und spiritueller Entwicklung. Gefördert wird dies durch ein holistisches System von Yogatechniken, die sich gegenseitig stützen und aufeinander aufbauen, um ein tieferes Bewusstseinslevel zu erlangen (Taimini, 2006). Dazu gehören unter anderem Körperhaltungen, Atemtechniken, Meditation, Selbstreflexion und ethische Richtlinien. Nichtsdestotrotz wird Yoga heutzutage häufig gleichgesetzt mit dem rein physischen Teil der Praxis, den Körperhaltungen. Yoga wird also häufig als Fitness- und höchstens noch als Meditationsübung wahrgenommen (Feuerstein, 2011). Aber selbst mit dem Fokus auf den körperlichen Übungen: Yoga ist nicht gleich Yoga. Es gibt ein immenses Spektrum an Yogaschulen mit individuellen Schwerpunkten wie u. a. Ashtanga,

Kundalini und Yin Yoga. Eine stetig wachsende Anzahl an Studien bescheinigt Yoga einen Nutzen für die physische und psychische Gesundheit. Dazu gehört unter anderem das Vermögen, Muskelkraft und Flexibilität zu erhöhen, respiratorische und kardiovaskuläre Funktionen zu fördern, psychische Symptome zu lindern sowie das allgemeine Wohlbefinden zu steigern (Woodyard, 2011).

Gegenpol zum Dauersitzen – physische Auswirkungen

Die dauerhaft anhaltenden Ausgangsbeschränkungen, die zur Eindämmung von SARS-CoV-2 eingerichtet wurden, führen zu Tageslicht- und Bewegungsmangel sowie Gewichtszunahme. Diese Faktoren bergen u. a. das Risiko von erhöhtem Blutdruck und erhöhter Herzfrequenz, Insulinresistenz, Muskelatrophie, Fettlebererkrankung und Fettstoffwechselstörung (Lippi et al., 2020). Da derzeit häufig das Büro durch Homeoffice, Zusammenkünfte durch Videochats und Kinobesuche durch Streaming-Dienste ersetzt werden, ist die am häufigsten eingenommene Körperhaltung das Sitzen, und zwar zumeist mit gebeugtem Nacken und vorgezogenen Schultern vor dem Laptop oder dem Smartphone. Zusätzlich sind die verwendeten Tische und Stühle selten ergonomisch. Die Konsequenzen sind häufig Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen.

Yoga ist dafür ein effektives Gegenmittel, denn es stärkt die Muskulatur, sorgt für Flexibilität, verbessert falsche Körperhaltung und wirkt Durchblutungsstörungen entgegen (Crow et al., 2015). Da eine typische Yogaeinheit vom Stoffwechsellaufwand eher einer geringen körperlichen Aktivität entspricht (Hagins et al., 2007), ist die Yogapraxis alleine jedoch nicht ausreichend, um die Vorgaben der World Health Organization für sportliche Aktivität zu erfüllen

(150 Minuten mäßige oder 75 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche; WHO, 2020).

Der Abwärtsspirale entgegenwirken – psychische Auswirkungen

Die Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 sind über die physischen Belastungen hinaus auch mit chronischem Stress, Schlafstörungen, Einsamkeit, Depressionen und Ängstlichkeit assoziiert (Röhr et al., 2020). Ursachen dafür sind u. a. die lang anhaltende Dauer der Einschränkungen und das Gefühl von Freiheitsverlust. Personen, die ihren Job verloren haben, sind finanziellen Nöten ausgesetzt, und die, die in systemrelevanten Berufen arbeiten, sind überbeansprucht. Menschen in Singlehaushalten leiden unter sozialer Isolation und Langeweile. Diejenigen, die mit ihrer Familie zusammenwohnen, erleben vermehrt Überforderung, Streit oder sogar häusliche Gewalt. Personen, die zur Risikogruppe zählen, haben außerdem mit Angst vor Ansteckung und damit Angst vor einem (vielleicht einsamen) Tod zu

kämpfen. Eine aktuelle Studie hat die Quarantänemaßnahmen daher als belastende Lebensereignisse eingestuft, die dramatische Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können (Röhr et al., 2020). Yoga kann kein Wundermittel gegen diese Bandbreite an negativen Konsequenzen sein, ist aber eine effektive Methode gegen viele psychische Symptome.

Menschen unter Quarantänebedingungen sind häufig von Schlaflosigkeit geplagt (Röhr et al., 2020). Yoga könnte Abhilfe schaffen, da ein Zusammenhang zwischen regelmäßiger Yogapraxis und verringerter Einschlafzeit sowie verbesserter Schlafqualität gefunden wurde. Grund dafür könnte die Anstrengung während der Yogahaltungen zusammen mit einer verbesserten Gewebedurchblutung und Sauerstoffversorgung durch die Atemübungen sein (Bankar et al., 2013). Zusätzlich zu Schlafproblemen steigt unter den Einschränkungen die Stressbelastung. Menschen, die im Gesundheitssektor tätig sind, geben jedoch besonders häufig an, unter Stress zu leiden (Röhr et

al., 2020). Ihnen könnte Yoga eine kurze Auszeit bieten, da die Yogapraxis u. a. das sympathische Nervensystem reguliert und damit Stress entgegenwirkt (Pascoe et al., 2017). In unserem digitalen Leben, das derzeit noch um einiges digitaler geworden ist, fühlt man sich mit dem ständig piepsenden Handy oftmals mehr verbunden als mit dem eigenen Körper. Yoga hilft dabei, bewusst innezuhalten und die eigene Körperlichkeit zu spüren.

Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. die Gesundheit von Familienmitgliedern, Einkommensverluste, Einsamkeit führen außerdem vermehrt zu Depressionen und Ängstlichkeit (Röhr et al., 2020). Eine aktuelle Metastudie fand einen positiven Effekt von Yoga auf depressive Symptomatik über eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen (Brinsley et al., 2020). Eine andere Metastudie fand Anzeichen für eine Linderung von Ängstlichkeit durch Yoga (Li & Goldsmith, 2012). Yoga kann das Gefühl von Isolation, das durch die räumliche Distanzierung und das Erliegen des öffentlichen sozialen Lebens entsteht,

→ Seite 21



Foto: iStock.com/Viktorina Hnatuk

Yoga ist kein Allheilmittel gegen die negativen Auswirkungen von COVID-19-Stressoren, könnte jedoch Teil einer ganzheitlichen Bewältigungsstrategie sein.

Askese Now! Vom (Un-)Wert der Fastenzeit



von Human-Friedrich Unterrainer

Als ich Mitte Februar den Titel dieses Beitrags notiert habe, fand ich das Wortspiel noch amüsant. Das Lachen sollte mir dann allerdings in den folgenden Wochen gehörig vergehen. Mitte März nahm der Spaß ein jähes Ende. COVID-19 hatte sich angesagt und die ganze Welt pandemisiert.

Nun wäre es natürlich Sache des Autors dieser Zeilen, den Titel seines Aufsatzes in das voreilig verhunzte »Apocalypse Now!« (für die weniger cineastischinteressierte Leserschaft: hierbei handelt es sich um den Titel eines legendären Anti-Kriegsfilms) zurückzuverwandeln, schließlich will man ja auch im Magazin vom Grünen Kreis etwas zum aktuellen Tagesgeschehen beitragen. Das Problem dabei ist nur, dass erstens der Titel dann nur mehr mit gehöriger Verbiegung zum (Kugel)run- den Ganzen beitragen kann und zweitens Askese in Wirklichkeit sogar besser passt: Genau diese war nämlich ab Mitte März auf allen Ebenen angesagt. Das ansonsten eher wenig wertgeschätzte Toilettenpapier konnte seinen gesellschaftlichen Status aufgrund der scheinbar beschränkten Verfügbarkeit signifikant erhöhen (von den Nudeln ganz zu schweigen).

»Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral« schleuderte Bertolt Brecht schon anno dazumal »einer Bourgeoisie entgegen, die vom hohen Ross materieller Wohlsituiertheit den niedrigen Schichten Moral predigen wollte« (Internetressource). Dementsprechend darf ich mir dann doch die Frage stellen: Warum muss Mann/Frau gerade ein Schuppentier (fr)essen? Und dann auch noch ein solches, welches sich unvorsichtigerweise von einer blutrünstigen Fledermaus hat beißen lassen (oder so ähnlich)? Die »Moral von der Geschichte« kennen mittlerweile alle. Jetzt ist Fasten angesagt – kein leckerer Schuppentier- und/oder Fledermaushappen mehr. Der Verkauf von wehrlosem Wildtier im chinesischen Millionenstädtchen Wuhan ist bis auf Weiteres untersagt – Askese Now! Die Fastenzeit war im heurigen Jahr um einiges wertiger.

Und doch: Nachdem klar wurde, dass die Nudelressourcen nicht wirklich knapp werden bzw. das reichlich gebunkerte Klopapier am Ende reichen würde, konnte das »große Fressen« in Heimquarantäne bzw. im Homeoffice doch eigentlich fortgesetzt werden. Doch leider – auch hier erweist sich COVID-19 als gnadenloser Spaß- bzw. Appetitverderber. Ein zu hoher Body-Mass-Index (BMI – oder landläufig auch Körperfettanteil) erhöht nämlich das Risiko eines schweren Verlaufs einer Corona-Infektion beträchtlich. In der Tat lehrt uns nämlich eine rezente französische Studie (Simonnet et al., 2020), dass jene COVID-19-PatientInnen, die mittels Intubation künstlich beatmet werden mussten, auffällig häufig Übergewichtig waren. Hier darf noch einmal zwischen »normal« übergewichtigen PatientInnen (BMI > 30) und »extrem« übergewichtigen PatientInnen (BMI > 35) unterschieden werden. Im Originalwortlaut meinte Studienleiter Arthur Simonnet: »Die Notwendigkeit für eine künstliche Beatmung stieg graduell mit dem Body-Mass-Index an, bis sie bei Menschen mit einem BMI von mehr als 35 einen Anteil von 90 Prozent erreichte.« Diese wenig erfreuliche Einschätzung kann durch eine weitere Studie von KollegInnen aus China bestätigt werden. Darüber hinaus wurde

hier auch von einer deutlich höheren Sterblichkeitsrate innerhalb der fettleibigen ProbandInnen berichtet (Peng et al., 2020).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass COVID-19 ungünstig mit einer Reihe von anderen Suchterkrankungen korreliert – so ist zum Beispiel nach Clay (2020) davon auszugehen, dass ein bestehender problematischer Alkoholkonsum in Selbstisolation hin zu einer handfesten Alkoholkrankung eskalieren könnte. Angst und Einsamkeit in der an und für sich heimeligen Isolation mögen hier als signifikante Triebfedern gelten, da sie das Stressniveau der betroffenen Individuen deutlich erhöhen (Koob & Kreek, 2007). In diesem Zusammenhang kann auf persönlichkeitspsychologischer Ebene das Merkmal der Impulsivität eine wichtige Rolle spielen. Diese scheint eine wichtige Moderator-Funktion dahingehend zu besitzen, ob und in welchem Ausmaß psychische Belastung zum dysfunktionalen Stressabbau, d. h. Substanzmissbrauch, führt (Clay & Parker, 2018). Besonders gefährdet mögen in einer solchen Situation vor allem Menschen sein, die ihre Suchterkrankung eigentlich schon überwunden hatten – soziale Isolation scheint den Rückfall in alte (süchtige) Verhaltensmuster zu begünstigen (Clay, 2020).

So weit, so schlecht also – ein launiges Schlusswort muss an dieser Stelle ausbleiben. Die Hoffnung stirbt allerdings zuletzt – keiner weiß, wie lange das Selbst noch isoliert bleiben muss. Allerdings: In dieser Woche endet zumindest die coronabedingte Sperre der Wiener Kaffeehäuser und damit auch mein derzeit noch massiv eingeschränkter Zugriff auf die Vanille-Kardinalschnitte. »Apocalypse Now!« bricht dann nach längerer Schonzeit auch wieder für diesen Wiener Mehlspeisen-Klassiker herein.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer
Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

→ Seite 11

über die Ausgestaltung von Lebenswelten deutlich wird. Erste Arbeiten zeigen, wie bestimmte Gene und epigenetische Mechanismen das Wachstum bzw. den Energieumsatz im Altersgang beeinflussen (Radom-Aizik & Cooper, 2016). Aber umgekehrt wirkt sich auch Bewegung wiederum auf die Gene bzw. die entsprechenden Ablesemechanismen aus. Letztendlich treibt die (epi)genetische Aktivität das Proteom, also die Gesamtheit der menschlichen Proteine, und die Stoffwechselprozesse, das Metabolom, an, was zu dynamischen Phänotypen in der Kindheit und über die Lebensspanne hinweg führt. Eine zukünftige Herausforderung

→ Seite 19

nicht auflösen. Das Praktizieren in Online-Communitys kann jedoch, über die physische Isolation hinaus, ein Gemeinschaftsgefühl schaffen. Viele Yogastudios passen ihre Geschäftsmodelle an die Situation an und bieten kleinere Onlinekurse auch für AnfängerInnen an, in denen man mit anderen praktizieren kann (MDR, 2020). Die frei zugänglichen Yoga-YouTube-Kanäle hingegen sind zwar weniger regional und persönlich, die AbonnentInnen können aber über die Kommentarfunktion miteinander in Austausch treten und sich über Ländergrenzen hinweg verbunden fühlen. Gegen das allverbundene Gemeinschaftsgefühl spricht zwar, dass Yoga Teil des Selbstoptimierungstrends und damit eine sehr selbstzentrierte Praxis ist. Jedoch sollte langfristig gerade der meditative, spirituelle Anteil von Yoga diese Ichbezogenheit auflösen.

Viele Menschen spüren außer dem Gefühl von Isolation einen großen Kontrollverlust, gerade wenn das eigene Leben und das Leben von Familienmitgliedern durch Entlassung oder Erkrankung existenziell bedroht wird. Eine tägliche Yogaroutine kann hier ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle schaffen. Dazu passend werden häufigere, kürzere Einheiten gegenüber selteneren, längeren Einheiten empfohlen, denn bereits wenige Minuten der bewussten Bewegung und Atmung haben einen positiven Effekt auf z.B. depressive Symptome (Brinsley et al., 2020). Von einer anderen Perspektive betrachtet, ist Kontrollverlust selten eine so kollektive Erfahrung wie zur COVID-19-Epidemie. Auf den ersten Blick scheint dieser ausschließlich bedrohlich, da die negativen

besteht darin, die Verbindung dieser Prozesse abzubilden, zu verstehen und diese Informationen zu nutzen, um einen optimalen Transfer in die Praxis zu generieren. Denn die zunehmende Detektion möglicher (patho)physiologischer Wirkungsweisen kann möglicherweise Aufschluss darüber geben, wie viel Bewegung für eine gesunde Entwicklung und/oder den Gesunderhalt notwendig ist. Denn auch die aktuellen Bewegungsempfehlungen basieren im Wesentlichen auf epidemiologischen Untersuchungen bzw. Expertenmeinungen. Darüber hinaus ist wenig bekannt über die Faktoren, die ein lebenslanges Bewegen fördern (oder ggf.

Auswirkungen deutlich spürbar sind. Gleichzeitig kann der Kontrollverlust aber auch eine Chance sein. Die Tatsache, dass uns die Sicherheit unter den Füßen weggerissen wird, schafft Platz für Selbstreflexion und Potenzial für mehr Selbstbestimmung. Das öffentliche, private und Arbeitsleben wurde die letzten Monate »heruntergefahren«, der aktuelle Zustand wird häufig als »Stillstand« bezeichnet (Klosa-Kückelhaus, 2020). Yoga kann eine Bewegung werden aus dem Stillstand hinaus, ein Zeichen von kleinen Fortschritten und von Wachstum.

Risiken und Nebenwirkungen

Im Gegensatz zu manch anderen Sportarten braucht man weder viel Kraft noch Ausdauer, um mit Yoga zu beginnen. Die Bewegungen, kombiniert mit bewusster Atmung, sind leicht zu erlernen. Selbst für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung existieren praktikable Yogaformen. Yoga kann außerdem unabhängig von öffentlichen Einrichtungen im eigenen Heim mit geringen Kosten und wenig Platz ausgeübt werden.

Die leichte Zugänglichkeit zu Yoga stellt jedoch gleichzeitig auch das größte Problem dar. Gerade NeueinsteigerInnen, die sich lediglich Videos anschauen, ohne je Feedback und Korrekturen von qualifizierten LehrerInnen zu erhalten, setzen sich einem Gesundheitsrisiko aus. Insbesondere bei Älteren besteht eine erhöhte Verletzungsgefahr. Zusätzlich könnten einige Menschen derzeit mehr Hemmungen haben, ein Krankenhaus zu besuchen, falls sie sich eine Verletzung zuziehen. Daher ein paar

hemmen). Das Aufschlüsseln entsprechender Hinweise und die Förderung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (»Physical Literacy«) könnten zu fundierteren Empfehlungen und einer gezielteren Ausgestaltung möglicher Interventionen auf individueller, institutioneller und kommunaler Ebene führen.

Literaturangaben bei der Autorin

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Graf
Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Abtl. Bewegungs- und Gesundheitsförderung

Tipps: AnfängerInnen sollten schwierige Posen wie Kopfstand, Lotussitz und fortgeschrittene Atemtechniken vorerst vermeiden. Außerdem sollten sie nicht nur Videos anschauen, sondern einen Yogalehrer oder eine Yogalehrerin aufsuchen, um per Videochat Feedback zu erhalten. Schwangere, Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck oder Ischialgie sollten ärztlichen Rat einholen, bevor sie mit der Yogapraxis beginnen. Bei Schmerzen und medizinischen Problemen sollten Yogaübungen nie Ersatz für konventionelle ärztliche Betreuung darstellen oder dazu führen, dass diese verspätet aufgesucht wird (Cramer et al., 2013).

Fazit

Yoga ist nicht das Allheilmittel gegen alle potenziellen negativen Auswirkungen von COVID-19-Stressoren und die daraus resultierenden physischen und psychischen Schwierigkeiten. Es könnte jedoch ein wichtiges Puzzleteil sein – Teil einer ganzheitlichen Bewältigungsstrategie auf verschiedenen Ebenen, einschließlich ausgewogener Ernährung, Stärkung des sozialen Netzwerks und eingeschränkter Nutzung von elektronischen Geräten.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden.

Christiane Bös, BSc BA
Bachelor in Psychologie und Philosophie der Sozialwissenschaften (2017). Derzeit Durchführung der Masterarbeit zum Thema »The role of Yoga-Immersion in coping with the threat of Covid-19« am Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz im Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie

Spurensuche

KlientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht.

Essverhalten & Sucht

Meiner Erfahrung nach spiegelt sich die Sucht im Essverhalten wider, wenn man aufhört, Substanzen zu konsumieren.

Als ich mich in den Entzug begeben habe, hatte ich gerade einmal 78 Kilo auf 1,85 Meter Körpergröße. Anfangs habe ich noch normal gegessen, doch meine Portionen wurden immer größer und zwischen den Mahlzeiten war ich ständig am Naschen. Mir war nicht bewusst, dass ich übermäßig viel Zucker in mich reinschaufelte, doch nach fünf Wochen war ich plötzlich auf 100 Kilo gekommen. Das war ein Schock für mich, aber leider noch keine Lehre.

Nachdem ich aus dem Krankenhaus entlassen worden war, kam ich in eine betreute Wohneinrichtung, wo ich auf einen Therapieplatz wartete. Dort konnte ich frei entscheiden, was und wann ich aß. Ich ging regelmäßig in den Supermarkt und kaufte mir dort Pralinen, Schokolade und dergleichen, die ich meist noch am selben Tag gegessen habe. Teilweise eine 400g-Packung auf einen Schlag. Danach war mir übel und ich fühlte mich schlecht. Doch kaum war das Gefühl weg, suchte ich schon wieder etwas zum Naschen. Gab es nichts zu naschen, bestellte ich mir Pizza oder ging einen Kebap essen. Mit Hunger hatte das alles nichts mehr zu tun, ich war teilweise so vollgeessen, dass ich nicht mehr liegen konnte.

Nach etwa zwei Monaten brachte ich 110 Kilo auf die Waage. Ich schob die Schuld auf die Zyprexa, die ich zu dieser Zeit genommen hatte, und setzte diese dann ab. Aber an meinem Essverhalten änderte sich nichts, ich stopfte mich voll bis zur Übelkeit und schämte mich dann dafür.

Erst als ich dann auf Therapie war, konfrontierte man mich mit meinem übermäßigen Konsum an Lebensmitteln jeglicher Art und erklärte mir die mögliche Verlagerung meiner Sucht. Anfangs habe ich mir sehr schwer getan, wieder normale Mengen zu essen, denn mein Körper verlangte immer wieder nach Nahrung. Erst nach einigen Wochen hörte dann vor allem der

übermäßige Konsum an Zucker auf und ich begann wieder damit, Sport zu machen, um ein Ventil zu finden. Innerhalb weniger Wochen konnte ich 16 Kilo abnehmen. Ich fühlte mich wieder wohl, ohne etwas in mich hineinzustopfen.

Aufgrund dieser Erfahrung kann ich nur sagen, achtet darauf, was und wie viel ihr esst. Man übersieht es sehr leicht und steckt dann schon mitten drin im Dilemma, aus dem man nur schwer wieder rauskommt.

Marcel S.

Essstörungen

Bei mir sind Essstörungen kein Ernährungsproblem, sondern ein gestörter Umgang mit dem Essen. Es reicht von wahllosem, zwanghaftem In-sich-Hineinstopfen großer Nahrungsmengen bis zur Verweigerung jeglicher Nahrungsaufnahme. Meine Essstörung entspricht einem krankhaften Verhalten bei der Nahrungsaufnahme. Dieses Verhalten ist ein Ausweichverhalten, eine Reaktion auf unbefriedigende Lebensverhältnisse, Flucht, Hilflosigkeit, Verweigerung und zugleich aber auch Resignation und Anpassung. Essstörungen werden zu den Verhaltensstörungen gezählt. Ich habe ein gestörtes Verhältnis zum Thema Essen und beschäftige mich sowohl gedanklich als auch emotional damit. Oft stecken psychische Probleme hinter meiner Essstörungen. Wie diese verläuft, ist individuell verschieden. Essstörungen äußern sich durch ein unnormales Essverhalten. Bei mir ist es eine gewisse Suchtverlagerung, da ich mich zurzeit sehr mit der richtigen, adäquaten Ernährung befasse – das ist mir ein wichtiges Anliegen. Es ist manchmal davon abhängig, wie meine Stimmung gerade ist. So weit zu meinem Essproblem.

anonym

Schmerztherapie bei Adipositas



von Andreas Stippler

Das Übergewicht stellt in den letzten Jahren die Schmerztherapie vor immer neuen Herausforderungen. Das Übergewicht gehört auch zu den fünf häufigsten Erkrankungen in den westlichen Zivilisationen.

Wie ist Übergewicht nun überhaupt definiert? Nach den Kriterien der WHO, der Weltgesundheitsorganisation, wurde dafür eine eigene Formel entwickelt, der sogenannte Body Mass Index, kurz BMI genannt. Er ist definiert als Quotient aus dem Körpergewicht und der Körpergröße zum Quadrat und ist daher leicht zu berechnen. Übergewicht liegt bei einem Wert über 25 vor. Die Adipositas, also die Fettsucht, beginnt bei einem Wert über 30 und die sogenannte maligne Adipositas besteht bei einem Wert über 40. Sie wird als »maligne« bezeichnet, weil hier auch vermehrt Tumore auftreten. Wir sprechen wirklich von einer Sucht, und die Zellen reagieren nicht mehr auf das Insulin und melden immer »Hunger« an das Gehirn der Patienten. Wegen der sog. »Insulinresistenz« haben die Patienten immer Hunger und greifen ungezielt zu Nahrungsmitteln. Für die Schmerztherapie hat diese Erkrankung große Auswirkungen. Aus meinem Bereich, der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie, ist die Erstmaßnahme bei Arthrosen im Bereich der Hüft- und Kniegelenke die Gewichtsregulation – also meist eine Gewichtsreduktion. Wir empfehlen hier eine moderate Gewichtsreduktion von 5 % in 6 Monaten, also zum Beispiel bei 100 kg Körpergewicht sind es 5 kg an Gewichtsverlust in 6 Monaten. Wichtig dabei ist aber auch der Erhalt der Muskulatur, ja sogar ein Muskelaufbau wird empfohlen. Es besteht nämlich bei zu raschem Gewichtsverlust die Gefahr, dass auch die Muskelmasse abnimmt und daher der Muskelschutz für die Gelenke schwindet. Dies wäre bei der Behandlung einer Hüft- oder Kniegelenksarthrosen-Erkrankung kontraproduktiv. Es gilt allgemein bei einer gesundheitsorientierten Gewichtsreduktion auf seine Muskeln zu achten. Denn nur in der Muskulatur wird das Körperfett verbrannt und daher sind die Muskeln die »Fettverbrennungsfabrik« in unserem Körper. Die

Gelenke brauchen auch die richtige Bewegung, und bei starkem Übergewicht ist das Radfahren das Mittel der ersten Wahl. Ebenso könnten die Bewegung im Wasser und Rudern als geeignete Bewegungsarten zum Gewichtsabbau und Muskelaufbau dienen. Daneben hat sich eine spezielle Therapie, die sogenannte neuromuskuläre Therapie bei Knie- und Hüftgelenksarthrosen, durchgesetzt. In einem Programm innerhalb 10 Wochen wird zweimal pro Woche ein relativ einfaches Bewegungskonzept in einem Zirkeltraining absolviert. In Kleingruppen lernen die Patienten die Übungen, die sie dann zu Hause weiterführen sollten. Damit hat man in Australien auch Patienten helfen können, die schon zur Operation vorgemerkt waren.

Die ersten Ergebnisse in Österreich sind dementsprechend auch sehr ermutigend. Neben den aktiven Therapien gibt es aber auch noch zahlreiche andere Möglichkeiten der Schmerztherapie bei Adipositas. Zur Entlastung des Hüft- und Kniegelenkes verwenden wir spezielle Einlagen, um den Druck auf die Gelenke reduzieren zu können. Auch spezielle Bandagen können eingesetzt werden, um die Gelenke entsprechend zu entlasten. Hier sind wir aber auch manchmal wegen zu starken Übergewichts limitiert. Bei der medikamentösen Schmerztherapie muss man bei adipösen Patienten oft die Dosis und die Dosierung an das Körpergewicht anpassen. Diese Anpassung muss individuell erfolgen und sie folgt dem alten Prinzip, so viel wie nötig, so wenig wie möglich. Mit der Infiltrationstherapie bringen wir Schmerzmittel an die betroffenen Strukturen wie Bänder, Sehnen, Kapseln und Gelenke. Mit dieser einfachen Therapieform belasten wir den Organismus nicht und die Schmerzen können gelindert werden. Die Infiltrationstherapie ist gerade bei Gelenkschmerzen das Mittel der Wahl, weil bei adipösen Patienten auch die Leber- und die Nierenfunktion schon belastet ist. Gerade

bei adipösen Patienten muss man viel mehr auf die Eigenverantwortung zurückgreifen und darf die Patienten nicht von Schmerzmittel abhängig machen. Damit kommt noch eine Sucht dazu! Bei den physikalischen Maßnahmen Ultraschall, Elektrotherapie oder Massagetechniken stößt man bei starkem Übergewicht auch an die Grenzen des Machbaren. Weil bei diesen Maßnahmen die Eindringtiefe wichtig erscheint, verhindert oft die Fettschicht die Wirkungsweise am Gelenk. Ebenso kann die lokale Salbentherapie bei einer subkutanen Fettschicht über 5 cm nicht ausreichend in das Gelenk vordringen. Bei einem Body Mass Index über 35 muss man auch mit den Operationen äußerst restriktiv umgehen. Wir raten den Patienten, zuerst die Gewichtsreduktion mit diätologischer Begleitung zu starten, und sehen dann auch gleich die Mitarbeit des Patienten. Kommt es zu einer moderaten Gewichtsreduktion innerhalb von 6 Monaten, können wir die Operation planen, egal ob gelenkserhaltend oder ein Gelenkersatz. Kommt

es in dieser Zeit zu einem Anstieg, sind wir aus orthopädischer Sicht nur in sehr eingeschränktem Ausmaß bereit, das erhöhte Risiko auch für den Patienten einzugehen. Bei den Operationen von adipösen Patienten besteht ein stark erhöhtes Operationsrisiko hinsichtlich Thrombosen, Wundheilungsstörungen, entzündlicher Lockerungen der Prothesen und verzögerter Nachbehandlung. Häufig führen auch Stürze nach der Operation bei schlechter Entlastung durch das Krückengehen zu Komplikationen. Auch die Operationsfreigabe ist wegen einer möglichen eingeschränkten Herz-Lungen-Funktion bei übergewichtigen Patienten nicht möglich. Es handelt sich bei orthopädischen Operationen oft um geplante Eingriffe, und daher ist die Risikoabschätzung hier besonders wichtig. Wir stehen gemeinsam mit dem adipösen Patienten vor einer großen Herausforderung, besonders in der Schmerztherapie des Stütz- und Bewegungsapparates. Bei einem BMI über 30 sollte immer die Gewichtsreduktion ein Teil der Schmerztherapie sein. Diese

sollte von Diätologen oder Ernährungswissenschaftlern begleitet werden. Es geht hier um eine Veränderung des Essverhaltens und keine Diät. Die Muskulatur darf bei der Gewichtsreduktion nicht verloren gehen, daher sind die aktiven Bewegungstherapien für die Patienten so wichtig. Mit dem neuen Ansatz eines neuromuskulären Trainings können wir Gelenke vor Operationen für eine Zeit schützen. Die anderen Maßnahmen wie Schmerzmittel, Infiltrationen und manuelle Techniken können die Gewichtsreduktion nicht ersetzen, aber die aktive Therapie ermöglichen. Die Patienten brauchen ein hohes Maß an Selbstverantwortung auf dem Gebiet ihres Lebensstiles, besonders bei der Ernährungsumstellung und der Bewegung. Gemeinsam ist es zu schaffen, es braucht aber auch Zeit.

Dr. Andreas Stippler

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Zusatzfach Sportorthopädie
gruppenpraxis@ortho-krems.at



Foto: iStock.com/Fertnig (Sujetbild)

Als Erstmaßnahme bei Arthrosen im Bereich der Hüft- und Kniegelenke wird eine moderate Gewichtsreduktion von 5 % in 6 Monaten empfohlen.

Der Umgang mit Übergewicht in der Therapeutischen Gemeinschaft



von Regina Agostini

Übergewichtigkeit und Adipositas – Folge und Auswirkung einer Suchtdynamik?

Adipositas wird nicht als psychische Störung, sondern als chronische Erkrankung mit hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bezeichnet, die eine langfristige Betreuung erfordert. Adipositas wird primär durch ein bestimmtes Ess- und Bewegungsverhalten beeinflusst. Die Diagnose Adipositas bezieht sich auf den Body-Mass-Index (BMI) und damit auf ein zu hohes Gewicht (WHO, 2000 EK IV; Hauner, 2007).

Anhand aktueller Forschungsergebnisse zeigt sich, dass Adipositas-assoziiertes Essverhalten auf phänomenologischer Ebene süchtigem Verhalten ähnlich ist. Eine weitere Ähnlichkeit besteht in gemeinsamen neurobiologischen Funktionssystemen hinsichtlich Entstehung und Verlauf. Hinweise auf eine Abhängigkeit von einem bestimmten Nährstoff gibt es nicht. Trotz kontroversieller Diskussion wird Adipositas in psychiatrischen diagnostischen Klassifikationssystemen berücksichtigt (Kiefer, 2009; Meule, 2015).

Wenn Essen zur Sucht wird ...

Die komplexe Ätiologie der Adipositas wird primär durch den Lebensstil bestimmt. Dabei spielen sozioökonomische und soziale Faktoren eine zentrale Rolle: Ein niedriger sozialer Status ist häufig sowohl mit einem höheren BMI als auch einem Diabetesrisiko verbunden. Auch intrapsychische und interpersonelle Probleme sind in diesen Zusammenhängen zu verorten. Neben den somatischen Komorbiditäten schränken die psychosozialen Belastungen die Lebensqualität und die »activities of daily living« [Aktivitäten des täglichen Lebens] ein (Suter, 2017).

Für eine Subgruppe innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen

spielt die Nahrungsaufnahme eine spezielle Rolle: Sie dient der Spannungsabfuhr und dem temporären Aufschub dysphorischer Gefühle. Die Binge-Eating-Störung (BES) hat sich neben der Anorexia und Bulimia nervosa als dritte Essstörung neu etabliert. Aufgrund der vorliegenden diagnostischen und therapeutischen Aspekte kann in diesem Fall von einer vorwiegend »psychogenen« Adipositas gesprochen werden (Herpetz, 2003).

Binge-Eating geht fast immer mit Adipositas einher – und zeigt in seiner Symptomatik Analogien zur Suchterkrankung: Kontrollverlust, das Stigma des Versagens, Depressionen und Spannungszustände als aufrechterhaltende Faktoren von Essanfällen. Das Zusammenspiel von prädisponierenden Faktoren für eine psychische Störung und ebensolche für Übergewicht und Adipositas sind an der Entwicklung von BES beteiligt. Adipöse Menschen mit einer BES haben im Vergleich zu Personen mit Adipositas ohne BES ein geringeres Selbstwertgefühl und es sind häufig Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen wie affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch zu beobachten (de Zwaan, 2003; Fairburn et al., 1998; Herpetz, 2003).

Psychotherapeutische Ansätze und Symptomverschiebung

In Anbetracht der multifaktoriellen Genese behandlungsbedürftigen Übergewichtes scheinen sich multimodale Therapieansätze zu bewähren (Senf, 2000 in: Herpetz, 2003). Insbesondere die Auseinandersetzung auf unterschiedlichen Ebenen mit dem individuellen Lebensstil, beispielsweise gesunder Ernährung, aber auch der Bewegungstherapie, stellt einen wichtigen Therapiebaustein dar. Im

Rahmen einer stationären Drogentherapie lassen sich Phänomene, die als »Symptomverschiebung« bezeichnet werden können, beobachten: Anstatt des Substanzkonsums tritt neues Problemverhalten auf, das unter den gleichen steuernden Bedingungen wie das ursprüngliche Verhalten steht, nämlich der unbeherrschbare Drang zu essen, das sog. »Craving«, aber auch das Ersatz-(Frust-)Essen (Jacobi, 1999). In der Literatur wird übermäßiges Essen bisweilen als substanzgebundene Abhängigkeit diskutiert (Hetherington & Edwards, 2002), aber nicht als – substanzunabhängige – Suchterkrankung betrachtet. Grundsätzlich kann es in der Behandlung einer Suchtform zu Symptomverschiebungen kommen: beispielsweise zu Tendenzen zur Kauf-, Ess- und Arbeitssucht und zu gesteigertem Zigarettenkonsum, wobei die Phänomenologie stoffgebundenen Suchterkrankungen ähnelt (Biedert, 2003).

Die Therapeutische Gemeinschaft

Das interdisziplinäre Behandlungsprogramm im Sonderkrankenhaus Marienhof ist in eine fixe Tagesstruktur eingebettet. Das Angebot umfasst neben allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Behandlung sowohl psychologische und gesundheitspsychologische Trainings und psychotherapeutische Behandlungselemente als auch störungsspezifische Programme. Abgerundet wird das gender-sensible Programm mit psychophysiologischen Einheiten, Bewegungs- und Ausdauertrainings, die an die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen angepasst werden.

Die *Therapeutische Gemeinschaft* (TG) wird nach Whitely und Gordon (1979) als »ein spezifischer, spezialisierter Behandlungsprozess« beschrieben, »der sich die psychologischen und soziologischen Phänomene zunutze macht, die der großen begrenzten und stationären Gruppe inhärent sind« (Kernberg, 2015, 209 ff.). Lewin weist u. a. auf die Wichtigkeit der Atmosphäre und Kultur einer Gruppe hin, um günstige Entwicklungen zu ermöglichen (Lewin, 1939, 174 f.). Diese Beschreibungen machen deutlich, dass das Leben der PatientInnen im Beziehungsgefüge der TG eine permanente Auseinandersetzung mit dem eigenen Beziehungserleben und dem Gestalten von Beziehung erfordert. In jeder Handlung, in jedem Konflikt bilden sich in dieser Lebensgemeinschaft auf Zeit die

Im Rahmen einer stationären Drogentherapie lassen sich Phänomene, die als »Symptomverschiebung« bezeichnet werden können, beobachten: Anstatt des Substanzkonsums tritt ein neues Problemverhalten auf, das unter den gleichen steuernden Bedingungen wie das ursprüngliche Verhalten steht.

Lebensgeschichte und die erworbenen Haltungen jedes/r Einzelnen ab.

Ein Gros der PatientInnen leidet unter Trauma-Folgestörungen, wobei die Substanzabhängigkeit, häufig verbunden mit anderen Verhaltenssüchten, alle betrifft. Heftige Symptome früher und lange andauernder komplexer Traumatisierungen machen sich häufig zu Beginn der Entwöhnungsphase bemerkbar und werden krisenhaft erlebt. Die Betroffenen sind – speziell nach einer Entzugsphase – konfrontiert mit hochdrängenden Emotionen, Spannungszuständen und Impulsdurchbrüchen. In dieser anstrengenden und schwierigen Therapiephase sind in einigen Fällen deutliche Veränderungen im Essverhalten zu beobachten: Es werden große Mengen gegessen und hochkalorische »Zwischendurchkost« – gepaart mit einer Unzahl von Süßigkeiten – verspeist. Als Zwischenmahlzeit werden oft gesüßtes Müsli, Grießbrei etc. – eigentlich Speisen, die vorwiegend Kinder zu sich nehmen – konsumiert. In Gesprächen stellt sich heraus, dass Essen zur Spannungsreduktion eingesetzt wird. Essen kann wie eine Droge beruhigend, aber auch euphorisierend und vor allem angstmindernd wirken. Die Alltagserfahrung zeigt, dass dies vorwiegend Menschen betrifft, die ein polytoxikomanes Konsummuster aufweisen.

Eine Folge dieser Essanfälle ist eine drastische Gewichtszunahme. Dies geht dann weit über eine Gewichtszunahme, hervorgerufen durch regelmäßige Mahlzeiten und eine psychische Stabilisierung, hinaus. Von den MitpatientInnen und BehandlerInnen werden die Betroffenen in unterschiedlichen Settings dabei unterstützt, ihre Essanfälle zu reduzieren sowie inter- und intrapersonale Konflikte zu identifizieren und zu bearbeiten, und zur körperlichen Aktivität

motiviert. MitpatientInnen nehmen die Betroffenen zur Gymnastik oder in die Kraftkammer mit und gehen mit ihnen wohl dosiert walken und laufen. Sport dient nicht nur zur Steigerung des Energieumsatzes und des Fettabbaues sowie zum Aufbau von Muskelmasse, sondern wirkt sich deutlich positiv auf die psychische Befindlichkeit aus (vgl. dazu Herpetz, 2003).

Nächtliche Diebstähle von privaten Lebensmitteln, die in Kühlschränken der jeweiligen Wohngruppe aufbewahrt werden, entpuppen sich bei genauerer Betrachtung als »Verzweiflungstaten« von Betroffenen, die unter Schlaflosigkeit, Alpträumen und Spannungszuständen leiden. Ihre Essanfälle lassen sie alles, was nicht niet- und nagelfest ist, aufessen. Sind diese Vorkommnisse geklärt, zeigt die Erfahrung, dass von den MitpatientInnen großes Verständnis entwickelt und den Betroffenen Unterstützung angeboten wird: Die Palette reicht von »guten Tipps« über strukturierende Angebote – »Du bekommst jeden Tag eine Rippe Schokolade« – bis hin zur Entwicklung gemeinsamer Trainingsprogramme. Gemeinsames Problemlösen und Handeln lässt alle Beteiligten lernen. Die einen lernen, nicht sofort blind zu verurteilen und zu agieren, sondern erst einmal zu überprüfen und Lösungen zu entwickeln. Die Betroffenen fühlen sich in ihrem Selbstwert nicht »vernichtet« – ihrem Erleben von Insuffizienz wird mit Akzeptanz und Verständnis begegnet, und sie werden bestenfalls motiviert, sich mit ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

Fazit

Multifaktorielle Ansätze in der Suchttherapie bewähren sich, um der Suchtdynamik auf unterschiedlichen Ebenen auf differenzierte Weise zu begegnen – dazu zählen auch sogenannte Symptomverschiebungen. Im Rahmen einer interaktionsfokussierten Auseinandersetzung, die eine TG möglich macht, kann ein neuer Lebensstil lebensnah erfahren und geübt werden.

Literaturangaben bei der Autorin

Mag.^a Regina Agostini
Klinische- und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin
Therapeutische Leitung Sonderkrankenhaus
Marienhof / Verein Grüner Kreis

Adipositaschirurgische und metabolische Operationen



von Arne Dietrich

In Deutschland sind ca. zwei Drittel der Männer und etwa die Hälfte der Frauen übergewichtig. Problematischer ist jedoch, dass etwa ein Viertel aller Erwachsenen als adipös gilt (BMI > 30 kg/m²).

Adipositas ist assoziiert mit einer geringeren Lebenserwartung, bedingt durch Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Gelenksbeschwerden, Stoffwechselstörungen, Gefäßverkalkungen, Asthma und weitere, die letztlich zu einer erhöhten Rate an Schlaganfällen oder Herzinfarkten führen. Auch schränken sowohl Adipositas als auch die Begleiterkrankungen die Lebensqualität ein.

Adipositas ist eine lebenslange Erkrankung und die Ursachen sind mannigfaltig. Die einfache Formel »Weniger Essen und mehr Bewegung« hilft insbesondere im höheren BMI nur sehr selten nachhaltig.

Bisher galt die Durchführung einer konservativen multimodalen Therapie mit Ernährungsumstellung, Sport und Verhaltensintervention als obligat vor adipositaschirurgischen Eingriffen. Ziel aller Operationen, so steht es in der neuen Leitlinie, sei nicht primär die

Gewichtsreduktion, sondern ebenso ein verbesserter Gesundheitszustand, eine höhere Lebensqualität und Lebenserwartung – erreicht über die Gewichtsreduktion.

Um nicht den falschen Patienten zu operieren, ist die interdisziplinäre Indikationsstellung für den Eingriff wichtig. Das heißt, ein Internist / Endokrinologe, Ernährungstherapeut, Psychologe (oder anderer Mental Health Professional) und Chirurg (alle erfahren in der Therapie der Adipositas / Adipositaschirurgie) sollen gemeinsam die Entscheidung treffen, ob operiert werden soll oder nicht.

Mit Erstellung der neuen S3-Leitlinie »Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen« 2018 (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-001.html>, 2020 auch als Patientenleitlinie erschienen) gab es jedoch partiell einen Paradigmenwechsel. Nach wie vor sollte ein adipositaschirurgischer Eingriff für die klassische Gruppe BMI > 40 kg/m² bzw. > 35 plus adipositasassoziierte Komorbidität erst nach Ausschöpfung konservativer Optionen durchgeführt werden.

Neu ist die sogenannte Primärindikation, d.h., dass nach Testung der Adhärenz und interdisziplinärer Indikationsstellung ein adipositaschirurgischer Eingriff ohne vorherige konservative Therapieversuche vorgenommen werden kann. Dies trifft zu bei BMI > 50, (oder) dringlichem Handlungsbedarf oder aussichtsloser konservativer Therapie.

Auch die Metabolische Chirurgie (hier ist das primäre Ziel die Verbesserung oder Remission eines vorbestehenden Diabetes mellitus Typ 2) ist im Sinne einer Primärindikation bei Typ-2-Diabetes und BMI > 40 indiziert. Der Patient profitiert sozusagen doppelt von der Operation: Diabetesbesserung und Gewichtsreduktion. Metabolische Operationen sind ansonsten bereits ab einem BMI von 30 möglich (jedoch mit einem geringen Empfehlungsgrad), wenn das individuelle Therapieziel gemäß der nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes nicht erreicht wird.

Als operative Standardverfahren

gelten Magenband, Schlauchmagen, proximaler Roux-en-Y-Magenbypass, Omega-Loop-Magenbypass und die biliopankreatische Diversion mit oder ohne Duodenal Switch. Alle anderen Verfahren gelten als experimentell und sollten nur innerhalb von Studien zur Anwendung kommen. Magenband und die biliopankreatische Diversion werden kaum noch durchgeführt.

Nach der Evidenztabelle der oben zitierten Leitlinie können langfristig (Ergebnisse > 5 Jahre) folgende Ergebnisse erwartet werden: Gewichtsreduktion: Schlauchmagen ca. 50 % Excess Weight Loss, Magenbypass ca. 63 %; komplette Remission eines vorbestehenden Typ-2-Diabetes: nach Schlauchmagenbildung: ca. 58 %, nach Magenbypass: 75 %.

Die Eingriffe werden fast ausschließlich minimalinvasiv (laparoskopisch) vorgenommen. Die perioperative Mortalität ist vergleichbar mit einer laparoskopischen Entfernung der Gallenblase.

Langfristige Komplikationen können insbesondere Mängel sein, besonders bei unausgewogener Ernährung oder Nichtbeachtung der Notwendigkeit der prophylaktischen Einnahme von Supplementen. Wenn auch selten, können aber auch operationsspezifische Probleme auftreten, wie z.B. ein Verrutschen des Bandes oder ein Dumping nach Magenbypass etc.

Zusammenfassung: Um bei Patienten im höheren BMI-Bereich eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu erreichen, ist oft ein (adipositas-)chirurgischer Eingriff alternativlos. Dieser ist keinesfalls die früher oft kommunizierte letzte Therapieoption (Ultima Ratio), sondern für bestimmte Patientengruppen die erste (empfohlene) Wahl.

Univ.-Prof. Dr. med. Arne Dietrich
Klinik u. Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- u. Gefäßchirurgie
Leiter Klinikbereich Adipositas- und metabolische Chirurgie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstr. 20; 04103 Leipzig
Tel.: +49 (0)341/97-17230
Fax: +49 (0)341/97-17209
E-Mail: arne.dietrich@medizin.uni-leipzig.de



Foto: iStock.com/herjua

Um bei Patienten im höheren BMI-Bereich eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu erreichen, ist oft ein (adipositas-)chirurgischer Eingriff alternativlos.

möglich zu machen. Dieses Wissen soll uns aber nicht davon abhalten zu versuchen, unser Verhalten dennoch zu ändern, denn schließlich geht das gut, aber halt nicht in jeder Situation und immer.

»Gar nicht« ist leichter als »ab und zu«

In der Suchtmedizin gilt das Credo, dass es oft viel einfacher ist, sich vorzunehmen, etwas gar nicht mehr zu machen (z.B. Drogen zu nehmen), im Wissen, dass Rückfälle möglich sind, als dies nur gelegentlich zu tun, um sich dann immer wieder aufs Neue dagegen zu entscheiden. Für süchtig machende Lebensmittel gilt aus unserer Sicht das Gleiche. Der Sozialpsychologe Prof. Dr. Roy F. Baumeister von der University of Queensland in Australien spricht hier vom »Decision Fatigue Syndrom«, einer Entscheidungs-Ermüdung. Er vermutet, dass nach zu vielen Entscheidungen unsere mentale Kapazität derart erschöpft ist, dass unsere Willenskraft nachlässt und die Qualität unserer Entscheidungen leidet. Der frühere US-Präsident Barack Obama erzählte 2012 der Zeitschrift Vanity Fair, dass er jeden Tag blaue oder graue Anzüge trage, weil er die Anzahl der Entscheidungen pro Tag reduzieren wolle. Auch Facebook-Gründer Mark Zuckerberg gab an, jeden Tag ähnliche Kleidung zu tragen, um sich Zeit für wichtigere Entscheidungen zu sparen.

Die Problematik bei Lebensmitteln mit Suchtpotenzial ist, dass wir ständig damit konfrontiert werden – in den Läden und Restaurants oder in der Werbung. Wenn wir uns nun jedes Mal von Neuem überlegen müssen, ob wir davon essen wollen oder nicht, werden wir rasch an Decision Fatigue leiden und willensschwach werden. Einfacher ist es, für sich selbst eine Gruppe von gefährlich verführerischen Lebensmitteln festzulegen und sie gar nicht mehr zu konsumieren. Dann müssen wir uns auch nicht mehr den ständigen Überlegungen und Entscheidungen aussetzen.

»Was soll ich jetzt eigentlich essen?«

Die Ernährungsform, die beim Thema Ernährungsumstellung am besten abgeschnitten hat, ist die Mediterrane Diät. Denn die Zutaten sind leicht erhältlich, die Mahlzeiten schmecken gut und sind gesund, und vielen Menschen gelingt damit eine nachhaltige Gewichtsabnahme. Das »Interuniversity International Center for Mediterranean Food Culture Studies« in Rom hat nun die bereits

bekannte Mediterrane Diät überarbeitet. Die Basis der Ernährungspyramide bilden nicht mehr bestimmte Lebensmittel, sondern vielmehr der ganze Lebensstil. Dabei steht die Qualität der Produkte im Vordergrund. Empfohlen werden saisonale, regionale, frische und ökologische Lebensmittel, die nicht oder nur minimal behandelt sind – zubereitet in angemessenen Portionen. Außerdem sollten wir in Gemeinschaft kochen und essen und dafür ausreichend Zeit einplanen. Auch regelmäßige Bewegung von mindestens dreißig Minuten pro Tag gehört dazu.

Ein wichtiger Teil der Pyramide ist auch der Flüssigkeitsbedarf. Mindestens 1,5 bis 2 Liter Wasser oder ungesüßter Tee pro Tag werden empfohlen. Erst dann geht es ums Essen. Neu ist, dass die Pyramide genau angibt, wie oft bestimmte Lebensmittel auf den Tisch kommen sollen, denn vorher war dies nicht angegeben und hat dazu geführt, dass letztlich zu viel gegessen wurde (täglich Spagetti Carbonara ist zwar mediterran, aber dann doch nicht ideal). So sollen zu jeder Mahlzeit Obst und Gemüse sowie Getreideprodukte (letztere mit Ausnahme beim Frühstück) konsumiert werden. Empfohlen werden zudem täglich ein bis zwei Portionen Milchprodukte, Oliven, Nüsse, Samen, Kräuter, Gewürze, Knoblauch und Zwiebeln sowie mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte, Fisch und Meeresfrüchte, zwei- bis viermal pro Woche Eier und maximal zweimal pro Woche Kartoffeln und weißes Fleisch. Rotes Fleisch, Wurstwaren und Süßigkeiten sind höchstens einmal pro Woche erlaubt.

Wichtig ist auch, dass eine proteinreiche Kost wie ein Anti-Craving-Mittel wirken kann, das aufkommende Essensgelüste verhindert. Wissenschaftler der University College of London haben herausgefunden, dass Eiweiß nachhaltig und effektiv satt macht, weil es die Produktion des körpereigenen »Peptids YY« anregt. Es signalisiert dem Gehirn sehr schnell, dass der Magen voll ist. Wenn Menschen weniger essen oder auch zwischendurch Fastenintervalle haben, kann es jedoch schwierig werden, den täglichen Proteinbedarf zu erreichen. Wir empfehlen in diesen Fällen pflanzliche Bio-Proteinprodukte, wie zum Beispiel Reis-, Erbsen-, Hanf- oder Leinsamenprotein. Man kann sie in die Mahlzeiten einrühren und dadurch den Eiweißgehalt der Nahrung erhöhen. Denn es ist gar nicht so leicht, die erforderliche

Menge Eiweiß zu essen, ohne nicht auch zu viel Fett oder Fleisch zu konsumieren.

Emotionales Craving

Vor allem emotionales Craving ist oft mit sehr intensiven Gefühlen und nicht immer logisch nachvollziehbaren Gedanken und Handlungen verbunden. Letztlich geht es hier um die Impulskontrolle. Wir empfehlen daher hier »Skills«, bestimmte Techniken aus dem Bereich der Emotionsregulation, die wir auch in der Suchtmedizin verwenden. Damit können Spannungszustände bewältigt und Gefühle besser gesteuert werden. Ist das Craving nicht so stark, reichen »Soft Skills« aus: Wir lernen, uns auf Dinge zu konzentrieren, die uns ablenken oder Freude machen wie z.B. Musik hören, kochen, spazieren gehen oder mit Freunden telefonieren. Bei sehr starkem Craving helfen die »Hard Skills«. Dazu zählen für uns unangenehme, schmerzhaft Handlungen, also etwa kalt duschen, Chili essen, einen Gummiring an den Arm schnalzen lassen oder heißes Kerzenwachs auf den Arm gießen. Wir verpflichten uns vorher freiwillig dazu, erst dann zu konsumieren, wenn wir das vereinbarte Hard Skill (z.B. eine kalte Dusche) gemacht haben. Ziel ist es, eine so große Abschreckung aufzubauen, dass wir, wenn Essensgelüste aufkommen, lieber auf das Objekt der Gier verzichten: »Bevor ich wegen dieses Stückes Torte kalt duschen muss, verzichte ich lieber darauf!«

Fazit

Fettes und süßes, aber auch fettes und salziges Essen bewirkt die Freisetzung des Glückshormons Dopamin im Belohnungszentrum unseres Gehirns und macht uns kurzfristig glücklich. Darum fällt Abnehmen so schwer. Es gibt inzwischen wissenschaftliche Hinweise, dass Methoden aus der Suchtmedizin »ess-süchtigen« Menschen helfen können, sich aus der Abhängigkeit zu befreien, dauerhaft an Gewicht zu verlieren und zu einem gesünderen Lebensstil zurückzufinden.

Primar Dr. Shird Schindler, MBA

Zentrum für Suchtkranke
Klinik Penzing
shird.schindler@gesundheitsverbund.at

Dr. Iris Zachenhofer

Zentrum für Suchtkranke
Klinik Penzing

Transcript (CART), das α -Melanozyten stimulierende Hormon (α -MSH), das Agouti-related Peptide (AgRP) und das Neuropeptid Y (NPY). Das homöostatische System erhält Informationen aus dem Fettgewebe, z.B. durch das Fettgewebshormon Leptin, und aus dem Verdauungstrakt, z.B. durch die Hormone Ghrelin, Insulin und Glucagon-like Peptide (GLP)-1. Im Verdauungstrakt wird die Nahrung durch bestimmte Enzyme wie Lipasen in ihre Bestandteile zerlegt. Das homöostatische System integriert zudem Nachrichten aus dem Belohnungssystem und dem Selbstregulationssystem. Hier setzen Medikamente zur Behandlung der Adipositas an. Sie blockieren entweder die Verdauung im Magen-Darm-Trakt wie das Orlistat oder sie beeinflussen die Signalübertragung vom Verdauungstrakt zum homöostatischen System. So wirkt beispielsweise das Liraglutid, das eine große Ähnlichkeit zum GLP-1 hat. Lisdexamfetamin (LDX) beeinflusst sowohl das homöostatische System als auch das Belohnungssystem, indem es auf CART und die DA-Ausschüttung wirkt. LDX ist ein lang wirksames Amphetamin. Amphetamin selbst auch wird als Stimulans verwendet und zur Gewichtsabnahme missbraucht.

Zusammenfassend lassen sich folgende Gründe nennen, warum wir essen oder nicht essen:

- Essen macht Spaß.
- Mit Essen können wir Emotionen regulieren.
- Essen ist für die Nahrungs- und Energiezufuhr wichtig.
- Das Essverhalten wird durch persönliche Ziele und Ideale beeinflusst.

Hierfür sind jeweils unterschiedliche Hirnareale zuständig, die medikamentös beeinflusst werden können. Dies ist in Abbildung 1 zusammengefasst. Man muss allerdings bedenken, dass Medikamente nie spezifisch ein Gehirnareal aufsuchen, sondern im gesamten Körper verteilt werden und dort unterschiedlichste Wirkungen entfalten, die z.T. zu den gewünschten, z.T. zu den unerwünschten Nebenwirkungen beitragen. Außerdem binden die meisten Medikamente an unterschiedliche Moleküle, Botenstoffe und Rezeptoren.

Welche Medikamente sind zugelassen und empfehlenswert?

Zur Behandlung der AN ist bisher kein Medikament zugelassen. Es gibt zwar Studien zu Dronabinol, Olanzapin und anderen Antipsychotika, die positive Effekte

zeigen, aber genügend Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit für eine Zulassung liegen nicht vor. Dronabinol ist in den USA, aber nicht in Deutschland zur Behandlung der Kachexie bei Patienten mit Tumorerkrankungen und AIDS zugelassen. Olanzapin ist ein Antipsychotikum und hat eine Zulassung zur Behandlung der Schizophrenie, aber nicht der AN. Wenn psychotherapeutische Behandlungsversuche erfolglos geblieben sind, kann ein Behandlungsversuch mit Olanzapin in geringer Dosis unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen erwogen werden. Eine nicht ausreichend behandelte AN kann chronifizieren, zu schweren körperlichen Folgeerkrankungen führen und mit dem Tod durch Herzrhythmusstörungen oder Suizid enden. Alternativ kann eine Magensondenernährung erwogen werden.

Fluoxetin ist das einzige in Deutschland für die Behandlung von Essstörungen, nämlich der BN, zugelassene Medikament. Seine positive Wirkung und Sicherheit stützt sich auf eine breite klinische Datenbasis. Es handelt sich um ein Antidepressivum, das zu den sogenannten Serotonin-Rückaufnahmehemmern (SSRI) gehört. Bei der BN reduziert es die Häufigkeit von Ess- und Brechattacken. Es ist also zur Behandlung der BN zu empfehlen. Die Dosis liegt mit 60 mg/Tag deutlich höher als zur Behandlung von Depressionen. Topiramate ist bislang zur Behandlung der Migräne und bestimmter Formen der Epilepsie, aber nicht zur Behandlung der BN zugelassen, auch wenn es vielversprechende Studienergebnisse gibt.

Mehrere klinische Studien haben gezeigt, dass LDX zu einer deutlichen Reduktion von Essanfällen bei Patienten mit BED führt. In den USA ist es daher zur Behandlung der BED zugelassen, in Europa noch nicht. In diesen Studien zeigte es außerdem eine gute Verträglichkeit. Wenn psychotherapeutische Maßnahmen alleine nicht helfen, ist es also empfehlenswert. Allerdings wäre dies in Österreich oder in Deutschland eine Verschreibung ohne Zulassung und ohne Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen.

In der Behandlung der Adipositas sollten zunächst Sport und diätetische Maßnahmen Anwendung finden. Es liegen Studienergebnisse für die Effektivität von Liraglutid und Orlistat vor. Orlistat hat eine Reihe von unangenehmen Nebenwirkungen. Da es die Fettverdauung im Darm hemmt, treten häufig hochvolumige Stühle, Fettstühle und Durchfall auf,

was die meisten Patienten unangenehm finden. Liraglutid wird im Fertigen für eine subkutane Injektion angeboten. Es wurde eigentlich als Antidiabetikum entwickelt und getestet. Aber es führt auch zu Appetitminderung und Gewichtsverlust. Es ist in Österreich und Deutschland nur zur Diabetesbehandlung unter bestimmten Bedingungen zugelassen und als solches erstattungspflichtig. Für die Adipositasbehandlung ist es lediglich zugelassen, aber nicht erstattungspflichtig, sodass adipöse Patienten es zur reinen Adipositasbehandlung selbst bezahlen müssen. Alternativen zur medikamentösen Therapie stellen bariatrisch-chirurgische Maßnahmen dar.

Perspektiven

Weitere mögliche und zukünftige medikamentöse Strategien sind Antidepressiva, die auf die Neurotransmitter DA und NA wirken, Medikamente, die das Opioidsystem beeinflussen, Hormone, die die Beziehung zum Therapeuten verbessern und so den Erfolg einer Psychotherapie steigern, und bestimmte entzündungshemmende Medikamente. Wahrscheinlich werden in Zukunft Behandlungsstrategien Anwendung finden, bei denen Medikamente mit psychotherapeutischen Methoden, Hirnstimulation, neurochirurgischen oder bariatrisch-chirurgischen Methoden kombiniert werden, um auch den Patienten zu helfen, die zurzeit unter einem chronischen Krankheitsverlauf leiden. Es bleibt darüber hinaus zu hoffen, dass die Genetik und die Biomarkerforschung es möglich machen, vorauszusagen, welcher Patient von einer medikamentösen Behandlung profitieren wird und welches Medikament in seinem individuellen Fall das beste ist.

Literatur

Himmerich, H., Bentley, J., Lichtblau, N., Brennan, C. & Au, K. (2019): Facets of shared decision-making on drug treatment for adults with an eating disorder. *Int Rev Psychiatry* 31:332–346.

Himmerich, H. & Treasure, J. (2018): Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert Rev Clin Pharmacol* 11:95–3108.

Prof. Dr. med. Hubertus Himmerich ist Clinical Senior Lecturer in Eating Disorders am King's College London und Consultant Psychiatrist auf einer Station für Patienten mit Essstörungen am Bethlem Royal Hospital in London. Bis 2015 war er Professor für Neurobiologie affektiver Störungen und stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig.



Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis
Ganzjährige Freilandhaltung www.nahgenuss.at beste Bio-Qualität

Beratung & Hilfe

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.ª Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 81110 21
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Mag.ª (FH) Barbara Trobej
Tel.: +43 (0)664 8111019
mail: barbara.trobej@gruenerkreis.at
Alexandra Schöneegger, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
alexandra.schoenegger@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.stumpf@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Pamela Harringer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at
Elisabeth Schnitzer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1024
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Steiermark

Benedikt Huber, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg, MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
sarah.koberg@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Pamela Harringer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at