

Adipositas aus einer mehrperspektivischen Sicht

**Überlegungen zu gesellschaftlichen Diskursen über die
Entstehung und Behandlung von Adipositas**

Werner Walisch

Zusammenfassung

Adipositas wird in ExpertInnenkreisen häufig generell als krankheitswertig gesehen, ohne dabei die Einschätzung und das subjektive Wohlbefinden der betroffenen Individuen zu berücksichtigen. Dafür sprechen gute Gründe, wie z. B. die Betonung der mit Adipositas oft einhergehenden negativen Folgewirkungen und eine Verstärkung des öffentlichen Problembewusstseins. Aber diese kontextunabhängige Pathologisierung von Adipositas hat ihren Preis. Ein erheblicher Bevölkerungsanteil der westlichen Welt wird dadurch zu Kranken erklärt. In diesem Artikel werden unterschiedliche soziokulturelle Wahrnehmungen zur Adipositas diskutiert. Des Weiteren wird die Rolle der Familie in Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas erörtert. Schließlich werden einige behandlungsanleitende systemische Thesen im Rahmen eines multimodalen Konzepts zur Behandlung von Adipositas angeführt.

Schlüsselwörter: Adipositas, soziokulturelle Rahmenbedingungen, systemische Ansatzpunkte, multimodales Behandlungskonzept, Konstruktivismus

Abstract

Obesity from a systemic-constructivist point of view

Experts often generally see obesity as an illness without taking into consideration the subjective estimation and well-being of the individuals concerned. There is much to be said for it, for instance the emphasis of the negative consequences connected with obesity and an increased public awareness for that problem. But there is a price to pay for that context-free pathologizing of obesity. A considerable part of the Western world's population is pronounced ill. This article treats different sociocultural perceptions of obesity. Furthermore the family's role in the development and maintaining of obesity is discussed. Finally, some aspects of a systemic approach

to obesity therapy are specified in this article within the scope of a multimodal therapy concept.

Keywords: obesity, sociocultural conditions, systemic approach, multimodal therapy concept, constructivism

Einleitung

Durchforstet man die systemische Fachliteratur zum Thema Essstörungen, zeigt sich, dass der Schwerpunkt auf den Themenbereichen Anorexie und Bulimie liegt. Systemische Veröffentlichungen zum Thema Adipositas sind eher rar. Weit mehr psychotherapeutische Publikationen zur Adipositasbehandlung kommen aus dem verhaltenstherapeutischen Lager (z. B. Munsch 2003; Wirth 2007; Herpertz, de Zwaan 2008; Cooper, Fairburn, Hawker 2008; Lehrke, Laessle 2008; Cuntz, Fichter 2002). Der vorliegende Artikel stellt den Versuch dar, das zurzeit noch lückenhafte systemische Bild der Adipositas zu erweitern. Dabei möchte ich versuchen, die in Fachkreisen häufig praktizierte Zuschreibung „adipös = in jedem Fall krank“ zu „verflüssigen“. Damit ist eine Relativierung und Rekontextualisierung dieser Sichtweise durch die Beleuchtung der ihr zugrundeliegenden Wirklichkeitskonstruktion gemeint (vgl. Mücke 2003). Weiters möchte ich der Frage nachgehen, auf welche Weise eine stärkere Einbindung systemischer familientherapeutischer Ansätze bei der Behandlung von Adipositas von Nutzen sein könnte.

Adipositas als Krankheit?

Adipositas ist gemäß Definition der WHO die Bezeichnung für Übergewicht ab einem Body-Mass-Index von 30 kg/qm (Wechsler 2003). In ExpertInnenkreisen gibt es eine zunehmende Diskussion darüber, ob Adipositas an sich eine Krankheit ist oder erst Folgestörungen der Adipositas als krankheitswertig eingestuft werden sollten (Hebebrand et al. 2004). Dennoch wird Adipositas – unabhängig vom subjektiven Wohlbefinden der davon betroffenen Individuen – häufig per se als krankheitswertig gesehen (z. B. Stöckli, Keller 2002; Wirth 2002; Fries 2005; Wirth, Hamann, Westenhöfer 2006; Liebscher 2008; Ärztewoche Online 2008). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Adipositas als Krankheit: „Adipositas ist eine Erkrankung, die durch einen erhöhten Körperfettanteil bedingt

Adipositas ist gemäß Definition der WHO die Bezeichnung für Übergewicht ab einem Body-Mass-Index von 30 kg/qm

Entsprechend der Einstufung der WHO von Adipositas als Erkrankung gelten also bis zu einem Viertel der Männer und bis zu über einem Drittel der Frauen des EU-Raumes durch ihre Adipositas als krank

ist und erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit hat“ (Weltgesundheitsorganisation 2009).

BefürworterInnen dieser Zuschreibung von Krankheitswertigkeit haben dafür gute Gründe. Sie führen die Ernsthaftigkeit des Problems an und betonen, dass dadurch der dramatischen Zunahme von Übergewicht Rechnung getragen werde. Aus systemischer Sicht hat diese generelle Pathologisierung jedoch einen Preis. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung der „westlichen Welt“ wird dadurch zu Kranken erklärt. Laut Bericht des *National Center for Health Statistics* (2006) gelten im Zeitraum 2003–2004 nicht weniger als 32% der über 20-jährigen EinwohnerInnen der USA als adipös, womit ein Drittel der US-AmerikanerInnen krank wäre. Ein Bericht der WHO, der Daten aus den Jahren 2000 bis 2005 zusammenfasst, kommt zum Schluss, dass in den Ländern der EU die Prävalenz der Adipositas bei Männern je nach Land zwischen 5 und 23% und bei Frauen zwischen 7 und 36% liegt (Weltgesundheitsorganisation 2007). Entsprechend der Einstufung der WHO von Adipositas als Erkrankung gelten also bis zu einem Viertel der Männer und bis zu über einem Drittel der Frauen des EU-Raumes durch ihre Adipositas definitionsgemäß als krank. Laut einem im Jahr 2006 veröffentlichten österreichischen Adipositasbericht trifft dies auf bis zu 23% der österreichischen Männer und auf bis zu 24% der österreichischen Frauen zu (Rathmanner et al. 2006).

Eine Verharmlosung der oftmals mit Adipositas einhergehenden gesundheitlichen Probleme liegt mir fern. Viele der Argumente, die für eine Anerkennung der Adipositas als Krankheit sprechen, sind durchaus schlüssig. Die damit zusammenhängende Problematik wird so stärker in das öffentliche und medizinische Interesse gerückt. Der gesundheitspolitische Druck, sich ernsthaft mit dieser Thematik auseinanderzusetzen, nimmt dadurch zu. Es mag auch sein, dass manche Betroffene es als Erleichterung empfinden, als „wirklich“ krank zu gelten und nicht einfach als willensschwach, zügellos und veränderungsunwillig vorverurteilt zu werden. Alle adipösen Menschen mit dem Etikett „krank“ zu versehen – unabhängig von der eigenen Bewertung ihres körperlichen Zustandes – ist jedoch nicht unproblematisch. Es hat den Beigeschmack einer professionellen Haltung, die die/den BehandlerIn über die behandelte Person stellt. Wird dann das Argument vorgebracht, dass stark Übergewichtige, die angeben sich in ihrem Körper

wohlfühlen, einer Selbsttäuschung unterlägen oder nicht bereit wären zuzugeben, wie es ihnen wirklich mit ihrem Übergewicht geht, gesteht man dem/der ExpertIn auch noch die Kompetenz der Realitätsdefinition zu und spricht diese gleichzeitig der behandelten Person ab. Auch sollte man nicht vergessen, wie stark die – auf den ersten Blick „objektiv“ anmutenden – Krankheitsdefinitionen in Wirklichkeit vom aktuell vorherrschenden medizinischen Zeitgeist geprägt sind. So wurde etwa erst mit dem Erscheinen des ICD-10 (*International Classification of Diseases*) im Jahre 1992 Homosexualität aus der Liste der psychischen Krankheiten gestrichen (Steger 2008). Im DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), dem in den USA gebräuchlichen Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, erfolgte die Streichung der Homosexualität schon 1974. Watzlawick fasst diese gesundheitspolitische Entscheidung auf humorvolle Art sehr treffend zusammen: „Das war der größte therapeutische Erfolg, der jemals erzielt wurde, denn mit einem Federstrich waren Millionen von Menschen von ihrer ‚Krankheit‘ geheilt“ (Watzlawick 1997, S. 61).

Auch in der von der WHO in der Ottawa Charta von 1986 formulierten Sicht von Gesundheitsförderung wird die Bewertungskompetenz des betroffenen Individuums hinsichtlich der Zuschreibung von Gesundheit bzw. Krankheit betont: „Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (zit. nach Fleßa 2007, S. 161). Die Selbstbestimmung über die Gesundheit schließt eine Selbstbestimmung über die Bewertung des eigenen Zustandes mit ein, was natürlich auch für adipöse Menschen gilt. Bemerkenswert ist die Verwendung des Begriffes „Wohlbefinden“, der einen Zustand charakterisiert, der einem Menschen nicht von einer außen stehenden Beobachterinstanz „objektiv“ attestiert werden kann. Nur ein empfindendes Subjekt selbst kann wissen, ob es sich aktuell in einem Zustand des Wohlbefindens erlebt oder nicht.

Die Selbstbestimmung über die Gesundheit schließt eine Selbstbestimmung über die Bewertung des eigenen Zustandes mit ein, was natürlich auch für adipöse Menschen gilt

Es gibt renommierte Fachleute, die der Gleichsetzung von Adipositas mit einer Erkrankung ebenfalls skeptisch gegenüberstehen. Dazu zählt etwa Werner Köpp, Lehranalytiker der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, der davon ausgeht, dass Adipositas wohl nicht ohne Weiteres mit einer Krankheit gleichgesetzt werden kann, obwohl bei zunehmendem Übergewicht gehäuft bestimmte Gesundheitsrisiken auftreten (vgl. Köpp 1999). In diese Richtung weist auch eine von Rachel P. Wildman et al. (2008) vom Forschungsbereich *Epidemiology & Population Health* des *Albert Einstein College of Medicine* durchgeführte Studie. Zwischen 1999 und 2004 wurden 5.440 erwachsene US-AmerikanerInnen in Hinblick auf ihr Körpergewicht und evt. kardio-metabolische Auffälligkeiten (erhöhter Blutdruck, erhöhte Triglycerid-Werte etc.) untersucht. Unter den normalgewichtigen ProbandInnen waren aus Sicht der AutorInnen 23,5 % metabolisch auffällig, während 31,7 % der adipösen Untersuchten ein gesunder Stoffwechsel attestiert wurde. David Jacobs, Epidemologe an der University of Minnesota, drückt es in einem Artikel in *Time* weniger wissenschaftlich, aber umso prägnanter aus: „I think it's possible to be large and fit“ (zit. nach Kluger 2005).

Kybernetik zweiter Ordnung und dominante gesellschaftliche Diskurse

„Objectivity is a subject's delusion that observing can be done without him“

Die Kybernetik 2. Ordnung, als Begriff vom Physiker und Biophysiker Heinz von Foerster in die Systemtheorie eingeführt, richtet als Herzstück des radikalen Konstruktivismus ihren Fokus auf die Interaktion zwischen BeobachterIn und Beobachtungsgegenstand. Es geht also darum, die Abhängigkeit der Beobachtung eines Gegenstandes und dessen Bewertung vom Standpunkt und der kontextuellen Bezogenheit der beobachtenden Instanz zu erkennen (vgl. Luhmann 2004) und nicht nur ein System, sondern auch den/die BeobachterIn eines Systems zu beschreiben. Heinz von Foerster bringt das sehr anschaulich auf den Punkt, wenn er meint: „Objectivity is a subject's delusion that observing can be done without him“ (zit. nach von Glasersfeld 1996, S. 149).

In Bezug auf das Thema Adipositas führt das zur Frage, von welcher Beobachterperspektive aus die unterschiedlichen Bewertungen dieses Phänomens erfolgen. Wie beeinflussen die

in einer Gesellschaft oder einem ExpertInnenkreis vorherrschenden dominanten Diskurse zum Thema Körperbild und Nahrungsaufnahme die gesellschaftliche Wahrnehmung der Adipositas?

Unter Diskursen verstehe ich hier in Anlehnung an den französischen Philosophen und Soziologen Michel Foucault Redeweisen, Sprechakte und Diskussionen über Themen, die im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen und vorwiegend durch die Medien vermittelt werden. Dabei wird von den VerfechterInnen eines Diskurses oftmals die Intention verfolgt, Bedeutungszuschreibungen zu etablieren und als objektiv „wahr“ zu institutionalisieren. Diskurse sind jedoch niemals ein Abbild der Wirklichkeit eines Phänomens, sondern ein Abbild der in einer Gesellschaft bzw. bestimmten gesellschaftlichen Gruppen vorherrschenden Sicht zu bestimmten Phänomenen (vgl. Foucault 2007).

Bei der Frage der Bewertung des Übergewichts spielen also soziale, ethnische und soziokulturelle Einflüsse eine erhebliche Rolle (von Schlippe, Schweitzer 2006). Marzio Sabbioni, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, sieht Adipositas als multifaktoriell bedingt, wobei er – neben genetischen, physiologischen und psychologischen – auch sozialen und kulturellen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas eine entscheidende Rolle zuweist (Sabbioni 2003).

Der historische Rahmen ist ebenfalls maßgeblich für die dominante gesellschaftliche Sichtweise zum körperlichen Erscheinungsbild. „Laßt [sic] wohlbeleibte Männer um mich sein, mit glatten Köpfen, und die nachts gut schlafen“ (zit. nach Zobel 1985, S. 68), lässt etwa Shakespeare Caesar in der 2. Szene des 1. Aktes seines Dramas „Julius Caesar“ sagen – mit dem Hinweis, dass man diesen eher trauen könne als dem hageren Cassius.

Ich habe lange gezögert, das nachfolgende Beispiel hier anzuführen, da es zweifelsfrei im Hinblick auf die darin mitschwingende sexistische Komponente diskussionswürdig ist. Aber es ist auch ein sehr plakativer Beleg für die soziokulturelle Bedingtheit der Bewertung von Übergewicht, weshalb ich mich dazu entschlossen habe, es dennoch zu erwähnen. Beim

„Von Geburt an in zwischenmenschliche Interaktion eingebunden ... ist die Nahrungsaufnahme störanfällig und kann auf verschiedenste Weise und zu den verschiedensten Zwecken manipuliert werden, vom sprichwörtlichen Hungerstreik bis zur Völlerei“

nigerianischen Efik-Stamm gilt ein gewisses Maß an Übergewicht bei den zukünftigen Ehefrauen als wichtige Voraussetzung für die spätere „Ehetauglichkeit“. Nach zwei Monaten einer forcierten Diät und Untätigkeit in sogenannten „Fattening Rooms“ wird die Braut wieder in die Gesellschaft zurückgeführt, nun mit der gewünschten Figur, die sie braucht, um für die Ehe bereit zu sein (Roth 2006).

Thomas Herzog, Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie Christophsbad in Göppingen, betont die Rolle der mit Essen verbundenen kulturellen und familialen Einflüsse: „Die Nahrungsaufnahme ist in besonderem Maße zwischenmenschlichen und kulturellen Einflüssen und Überformungen ausgesetzt. Was man isst, wie man isst, mit wem man isst, wird in jeder Kultur und Familie in einem Regelsystem festgelegt, dem oft auch zu entnehmen ist, wer man und in welcher Verfassung man ist. Von Geburt an in zwischenmenschliche Interaktion eingebunden, von dieser ebenso mitbestimmt wie sie prägend, ist die Nahrungsaufnahme störanfällig und kann auf verschiedenste Weise und zu den verschiedensten Zwecken manipuliert werden, vom sprichwörtlichen Hungerstreik bis zur Völlerei“ (Herzog 2002, S. 375).

Eine im Jahr 2002 im *British Journal of Psychiatry* veröffentlichte Studie über Essstörungen unter Einwohnerinnen der Fidschi-Insel Nadroga macht den Einfluss deutlich, den die Medien auf das Körperideal und das Essverhalten haben können (Becker et al. 2002). Ein besonderes Merkmal der Population Nadrogas ist es, dass das Fernsehen erst 1995 eingeführt wurde. Zwei Datenerhebungen mit dem Selbstbeurteilungsbogen „EAT-26“ wurden durchgeführt. Die erste 1995 – in den ersten Wochen nach der Einführung des Fernsehens, die zweite 1998, nachdem die Bevölkerung drei Jahre Fernsehen empfangen konnte. An der ersten Erhebung nahmen 62, an der zweiten 65 Frauen als Probandinnen teil. 1995 waren es 12,5 % der Teilnehmerinnen, die einen EAT-Punktwert über 20 erreichten und damit auffälliges Essverhalten zeigten. Drei Jahre später waren dies 29,2 % der befragten Einwohnerinnen. Alle Teilnehmerinnen an der Befragung von 1995 verneinten die Frage nach selbstinduziertem Erbrechen. Drei Jahre nach der Einführung des Fernsehens gaben jedoch über 11% der Befragten an, selbstinduziertes Erbrechen auszuüben.

Welche Diskurse im Sinne von Problemwahrnehmungen gibt es aktuell zu Adipositas unter den mit der Behandlung von Adipositas befassten ExpertInnen? Und welche therapeutischen Menschenbilder und Behandlungsstrategien leiten sich davon ab?

Gesellschaftliche Problemwahrnehmungen zu Adipositas

Friedrich Schorb vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen unterscheidet vier grundsätzliche Diskurse, von ihm gesellschaftliche „Problemwahrnehmungen“ der Adipositas genannt (vgl. Schorb 2007):

- ▶ Adipositas als Epidemie;
- ▶ Adipositas als Sucht;
- ▶ Adipositas als abweichendes Verhalten;
- ▶ Adipositas als Ausdruck körperlicher Vielfalt.

Jede dieser Problemwahrnehmungen beruht auf einem bestimmten Menschenbild und hat entsprechende Implikationen für die Behandlungsstrategie von adipösen Menschen.

Adipositas als Epidemie

Die WHO hat 1997 die Adipositas offiziell in den Stand einer weltweiten Epidemie erhoben. Bei VertreterInnen der Ansicht, dass Adipositas eine Epidemie sei, wird seit den 1990er-Jahren häufig auf die radikale und problematische Veränderung der Lebensgewohnheiten der Menschen der westlichen Welt verwiesen. Der ursprünglich als Lauftier auf Bewegung programmierte Mensch würde dieser evolutionären Bestimmung heute nur mehr wenig entsprechen (vgl. Schorb 2007). In dieselbe Kerbe schlagen auch Christoph Lingen-Herrmann (Abteilungsleiter an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Göttingen) und seine MitautorInnen, die eine Adipositas-Epidemie in vielen industrialisierten Ländern orten (Lingen-Herrmann et al. 2007). Rainer H. Straub, Forschungsleiter der Klinik für Innere Medizin der Universität Regensburg, schreibt in seinem Lehrbuch der klinischen Pathophysiologie über „eine weltweite Epidemie der Adipositas“ (Straub 2006, S. 172).

Ein positiver Effekt dieser Epidemie-Analogie ist sicher die Verdeutlichung des Verbreitungsgrades der Adipositas. Allerdings

Die Epidemie-Analogie rückt die Adipositas in die Nähe einer Infektionskrankheit, von der man wie von einem Virus befallen werden kann

rückt diese Wirklichkeitskonstruktion für mich Adipositas in die Nähe einer Infektionskrankheit, von der man wie von einem Virus befallen werden kann. Dem Individuum wird suggeriert, dass es selbst fast hilflos der Adipositas-Bedrohung gegenübersteht, für die es ja nicht einmal – wie bei anderen Epidemien – eine hilfreiche Impfung gibt. Der Mensch wird in eine passive Rolle verwiesen, in der die Einflussmöglichkeiten des Einzelnen in den Hintergrund treten.

Adipositas als Sucht

Essen wird als Zusammensetzung chemischer Substanzen gesehen, „die wahlweise süchtig, dumm, aggressiv und dick oder schlau, friedlich, fit und dünn machen“ (Schorb 2007, S. 68). Hersteller problematisierter Nahrungsmittel werden dadurch in die Nähe von Dealern gerückt, die zum Übergewicht neigende Kinder in die Abhängigkeit treiben (ebd.). So wird z. B. in den USA durchaus schon diskutiert, Werbung für Fastfood analog zum Verbot der Zigarettenwerbung zu verbieten (AdipositasSpektrum 2009).

So werden auch bei dieser Konstruktion die individuellen selbstbestimmbaren Einflussmöglichkeiten der von der Sucht beherrschten Person als eher marginal betrachtet

Adipositas als Sucht zu sehen, macht die Ernsthaftigkeit des Problems deutlich und nimmt zugleich den Betroffenen einen Teil des Rechtfertigungsdrucks nach dem Motto: „Wenn du dich einfach etwas mehr bemühen würdest, könntest du leicht abnehmen“. Eine Sucht schränkt allerdings die Entscheidungsfreiheit der Betroffenen stark ein. So werden auch bei dieser Konstruktion die individuellen selbstbestimmbaren Einflussmöglichkeiten der von der Sucht beherrschten Person als eher marginal betrachtet. Die Verantwortung wird tendenziell vom Individuum nach außen hin zu den Rahmenbedingungen verlagert.

Außerdem fehlen manchen ExpertInnen zufolge bei Adipositas klassische Suchtmerkmale wie z. B. die kontinuierliche Steigerung der Menge des Suchtmittels, die Abnahme der Bedürfnisbefriedigung oder physische Entzugserscheinungen beim Absetzen des Suchtmittels (Stahr, Barb-Priebe, Schulz 1995).

Adipositas als abweichendes Verhalten

Der Denkansatz, Adipositas als Fehlverhalten in den Bereichen Ernährung und Bewegung zu sehen, welches zu einer positiven

Energiebilanz führt (mehr kcal werden aufgenommen als verbraucht), hatte eine Betonung der verhaltensmodifikatorischen und verhaltenstherapeutischen Ansätze bei der Adipositasbehandlung zur Folge (Herpetz, de Zwaan 2008).

Ausgegangen wird hier von der Grundannahme, dass Adipositas durch ein bestimmtes Verhalten vermieden werden kann. Adipositas – so die sich daraus ableitende Schlussfolgerung – wird mit mangelnder Willensstärke, dieses „richtige“ Verhalten auszuüben, in Verbindung gebracht (Podgorski 2008). Ein Aspekt dieser Konstruktion ist die Betonung der Selbstverantwortung der Betroffenen. Überspitzt formuliert gilt: „Wer nicht auf sich selbst aufpassen kann und mit dickem Bauch, hohem Blutdruck und Diabetes auf der Strecke bleibt, ist selber Schuld und darf keine Hilfe erwarten“ (Schorb 2007, S. 70).

Begrüßenswert ist hier die Betonung der Einflussmöglichkeiten des Individuums, das durch entsprechendes Verhalten seinen körperlichen Zustand entscheidend mitbestimmen kann. Zwei Punkte sind für mich bei dieser Betrachtungsweise kritisch anzumerken:

- ▶ Wer soll die Definitionsmacht dafür haben, was „normales“ Essverhalten ist? Und das außerdem in einer Zeit, in der Übergewicht in verschiedensten Ausprägungsgraden immer mehr zum Normalzustand wird.
- ▶ Adipositas ist ein Phänomen, das auf der Verhaltensebene allein nur unzureichend erfasst werden kann. Meiner Ansicht nach gibt es vielfältige und komplexe Wechselwirkungen in und zwischen den Bereichen Identitätswahrnehmung, Wertesysteme, verinnerlichte Glaubenssätze sowie Kompetenzen von Menschen (vgl. Dilts et al. 1991).

Adipositas als Ausdruck körperlicher Vielfalt

Dieser Diskurs hat vor allem in den USA eine wachsende Anhängerenschaft. So propagiert die *Size-Acceptance*-Bewegung das Bild des fetten, aber fitten Menschen. Das Motto dieser Bewegung ist „health at any size“ (Johnson, Foster 2001). Diese Sichtweise legt ebenfalls Wert auf die Betonung der individuellen Eigenverantwortung, wobei sich die Mitglieder der *Size-Acceptance*-Bewegung nicht vom Mainstream absetzen,

Der Denkansatz, Adipositas als Fehlverhalten in den Bereichen Ernährung und Bewegung zu sehen, hatte eine Betonung der verhaltensmodifikatorischen und verhaltenstherapeutischen Ansätze bei der Adipositasbehandlung zur Folge

Das Motto der Size-Acceptance-Bewegung ist „health at any size“

sondern Teil desselben sein möchten (Schorb 2007). Die Size-Acceptance-Vereinigungen, z. B. die NAAFA (*National Association to Advance Fat Acceptance*), setzen sich zum Ziel, die moralische Verurteilung von adipösen Menschen zu bekämpfen und die Öffentlichkeit darüber aufzuklären, dass das Körpergewicht unkontrollierbar sei (Blaine 2007).

Diese Problemwahrnehmung von Adipositas birgt die Gefahr in sich, dass potenzielle negative Folgewirkungen zu sehr verharmlost werden. Weiters werden die Einflussmöglichkeiten der betroffenen Personen als gering eingeschätzt. Aus meiner Sicht ist es aber diejenige Sichtweise von Adipositas, die die Entscheidungskompetenz, ob das eigene Befinden als krankheitswertig eingestuft wird oder nicht, am stärksten in die Sphäre des betroffenen Individuums rückt. Es wird nicht pauschal als defizitär stigmatisiert. Damit wird diese Wahrnehmungsperspektive noch am ehesten der Vorstellung von mündigen PatientInnen gerecht, die dem Arzt oder der Ärztin als PartnerInnen auf Augenhöhe gegenüberreten.

Ein multimodales Adipositas-Behandlungskonzept

Multiple Faktoren sind an der Entstehung der Adipositas beteiligt (Herpertz, Senf 2003):

- ▶ genetische Faktoren (z. B. Anzahl der Fettzellen);
- ▶ soziokulturelle Faktoren (z. B. westliche „Überflussgesellschaft“, Abnahme der körperlichen Aktivität in Beruf und Freizeit);
- ▶ psychosoziale Faktoren (z. B. individuelle biographische Merkmale wie Elternhaus oder Peergroup, emotionale Befindlichkeit, Essen im Dienste der Affektregulation).

Eine effiziente Therapie umfasst eine Ernährungstherapie, eine Bewegungstherapie, verhaltenstherapeutische Interventionen sowie in bestimmten Fällen medikamentöse oder chirurgische Behandlung

Laut der evidenzbasierten Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas, die gemeinsam von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin herausgegeben wurde, umfasst eine effiziente Therapie deshalb mehrere Säulen: eine Ernährungstherapie, eine Bewegungstherapie, verhaltenstherapeutische Interventionen sowie in bestimmten Fällen medikamentöse oder chirurgische Behandlung (Hauner et al. 2007).

Das Prinzip der Ernährungstherapie lautet Begrenzung der Kalorienzufuhr bei gleichzeitiger Sicherstellung des Bedarfs an essenziellen Nährstoffen (Adam et al. 2006). Dabei ist es wichtig, das individuelle Risikoprofil unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten abzuschätzen. Das gesamte Umfeld sollte in die Ernährungsumstellung einbezogen werden, um die Kurz- und Langzeitcompliance zu verbessern. Eine umfassende Information der KlientInnen über die Prinzipien der Ernährungsumstellung ist von entscheidender Bedeutung (Hauner et al. 2007).

Durch regelmäßige Bewegung bzw. sportliche Aktivitäten lernt die Zelle wieder Energie aufzunehmen. Das bedeutet, dass die Insulinempfindlichkeit ansteigt und damit die Insulinkonzentration im Blut abnimmt (Rost 2005). Eine Bewegungstherapie trägt weiters durch den wegen der vermehrten körperlichen Aktivität erhöhten Energieverbrauch positiv zur Gewichtsabnahme und zur Gewichtserhaltung bei. Dabei hat eine Steigerung der Alltagsaktivität einen ähnlich günstigen Effekt auf die Gewichtsstabilisierung wie ein strukturiertes Bewegungsprogramm (Hauner et al. 2007).

Verhaltenstherapeutische Ansätze können die Patientenmotivation bei der Einhaltung der Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen unterstützen. Der Einsatz von Techniken der Verhaltensmodifikation wird vor allem für die langfristige Gewichtsreduzierung bzw. -stabilisierung im Rahmen von Gewichtsmanagementprogrammen empfohlen. Wichtige Elemente sind (Hauner et al. 2007):

- ▶ die Selbstbeobachtung des Ess-, Trink- und Bewegungsverhaltens, z. B. mit Hilfe eines Ernährungstagebuches oder eines Bewegungsprotokolls;
- ▶ die Einübung eines flexibel kontrollierten Essverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle);
- ▶ das Erlernen von Stimuluskontrolltechniken, um die Reaktion auf Essreize effizienter zu steuern;
- ▶ der Einsatz von Verstärkungsmechanismen, um das neue Essverhalten zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden.

Ein wesentliches Ziel der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Adipositasbehandlung ist es, die Behandelten in die Lage zu versetzen, erlernte Verhaltensweisen aus eigener Über-

zeugung in die Praxis umzusetzen (Weiner 2002). Dabei werden im Zuge einer modernen verhaltenstherapeutischen Behandlung häufig – zumindest ansatzweise – auch psychosoziale familienspezifische Faktoren als behandlungsrelevante Informationen mit berücksichtigt (Cooper et al. 2008, Wechsler 2003).

Eine unterstützende medikamentöse Therapie, z. B. mit Medikamenten, die eine appetithemmende Wirkung aufweisen oder die Fettaufnahme im Darm reduzieren, wird unter bestimmten Voraussetzungen (etwa zusätzliche Risikofaktoren) empfohlen (Hauner et al. 2007). Eine chirurgische Therapie als letztes Mittel der Wahl kann nach Scheitern einer konservativen Behandlung bei schweren Fällen von Adipositas in Erwägung gezogen werden (vgl. Prager 2006). Die Adipositas-Chirurgie ist nur dann indiziert, wenn alle konservativen Therapieversuche fehlgeschlagen sind (Hirner, Weise 2004). Vor Indikationsstellung sollte wenigstens eine 6- bis 12-monatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien stattgefunden haben. Die Patientenauswahl muss nach strengen Kriterien erfolgen und die Nutzen-Risiko-Abwägung eindeutig für eine Operation sprechen (Hauner et al. 2007).

Nur am Rande erwähnt wird in der Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas die Bedeutung der Berücksichtigung familialer Aspekte: Die „Einbindung in eine Selbsthilfegruppe und Unterstützung durch Familienangehörige oder sonstige Vertrauenspersonen wirken sich positiv auf die Gewichtsstabilisierung aus und beugen Rückfällen vor“ (Hauner et al. 2007, S. 18). Das wirft die Frage auf, wie weit die Berücksichtigung systemischer bzw. familialer Aspekte den Behandlungserfolg bei der Therapie der Adipositas steigern kann.

Adipositas und Familiensystem

Studienergebnisse zur Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie in der Adipositasbehandlung

Eine der relativ seltenen neueren Studien, die sich mit der Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie in der Adipositasbehandlung auseinandersetzen, ist die von Sonja Lehrke. Sie entwickelte ein Therapieprogramm, in das 68 adipöse 10- bis 14-Jährige einbezogen wurden. Diese Kinder wurden 3 Monate lang entweder durch Gruppen- oder durch Familientherapie behandelt. Die Gruppen- und die Familientherapie waren vom Inhalt her identisch. In beiden ProbandInnengruppen wurden verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt (z. B. Token-

Programme, Stimuluskontrolle, Selbstbeobachtung). Bei der Familientherapie wurde der Fokus zusätzlich stark auf familiäre Kommunikations- und Interaktionsmuster gerichtet (Lehrke, Laessle 2002).

Eine Überlegenheit der Familientherapie gegenüber der Gruppentherapie konnte zwar laut Lehrke nicht nachgewiesen werden, allerdings war die Abbruchrate bei der Familientherapiegruppe deutlich geringer (2,56 %) als bei der Gruppe ohne Familientherapie (18,75 %). Angemerkt wird von Lehrke, dass die Rückmeldungen der TeilnehmerInnen an der Familientherapie nach der Maßnahme positiver gewesen seien als die der TeilnehmerInnen an der Gruppentherapie. Aber dieses Ergebnis kann empirisch nicht objektiviert werden, da die Therapiezufriedenheit nicht quantitativ erhoben wurde (Lehrke 2004).

Flodmark und KollegInnen evaluierten in Schweden die Effekte von Familientherapie bei 44 adipösen Schulkindern in Hinblick auf das Verhindern eines Fortschreitens der Adipositas. Die Kinder wurden in zwei Gruppen unterteilt. Beide Gruppen wurden ärztlich behandelt und erhielten eine Diätberatung. Eine Gruppe wurde zusätzlich familientherapeutisch begleitet, die andere Gruppe erhielt eine Diätberatung ohne Familientherapie. Die Zunahme des BMI war bei der Familientherapiegruppe signifikant niedriger (0,66%) als bei der anderen Gruppe (2,31%). Ebenso nahm die gemessene Hautfaltendicke bei den Kindern der Familientherapiegruppe signifikant stärker ab als bei der konventionellen Gruppe. Auch die Ergebnisse einer Follow-up-Untersuchung nach einem Jahr waren aus Sicht der Familientherapiegruppe positiv: Das Fortschreiten der Adipositas war in dieser Gruppe den AutorInnen zufolge geringer, die körperliche Fitness jedoch signifikant besser als in der konventionellen Gruppe (Flodmark et al. 1993).

Nicola McLean vom Department of Public Health and Primary Care der Universität Cambridge und ihre KollegInnen führten im Jahr 2003 ein systematisches Review von Papers mit Untersuchungen zur Effektivität der Einbeziehung von Familienmitgliedern in Interventionen zum Gewichtsmanagement durch. Sie kamen unter anderem zum Schluss, dass die Einbeziehung der Familie positive Auswirkungen haben kann, auch wenn die optimale Art der Miteinbeziehung der Familienmitglieder für sie unklar bleibt (McLean et al. 2003).

Den Nutzen einer lösungsorientierten Einzel- oder Familientherapie für die Behandlung adipöser Kinder im Vorschul- und Schulalter unterstreicht Romedius Alber vom Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Lindenpark. Eine erfolgreiche Adipositas-therapie der Schulkinder erfordert für ihn die aktive Teilnahme der Eltern bzw. der ganzen Familie (Alber 2006).

Günter Reich, Leiter der Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen, beschreibt die Rolle der Familie im Zusammenhang mit Essstörungen auf folgende Weise: „Eine starke familiäre Betonung von Gewicht und äußerer Erscheinung, restriktives oder chaotisches Essverhalten sowie Essstörungen und Übergewicht haben einen direkten Einfluss auf die Körperzufriedenheit und das Essverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (Reich 2003, S. 21). Der Grad der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper hat wiederum direkte Auswirkungen auf das Selbstwert- und das Autonomiegefühl.

*Übergewicht als
familiendynamisch
relevantes Thema*

Übergewicht kann nach Schweitzer & von Schlippe (2006) vor allem dann zum familiendynamisch relevanten Thema werden, wenn es

- ▶ Loyalität zu anderen Familienmitgliedern signalisiert, die übergewichtig sind;
- ▶ ein Bündnis mit einem übergewichtigen Elternteil gegen den anderen, schlanken Elternteil darstellt;
- ▶ das Erwachsenwerden hinauszögert, weil das dicke Kind gehänselt wird, nur schwer Freunde findet und zum Trost immer in den Familienhafen zurückkehren muss;
- ▶ das Übergewicht zweier SexualpartnerInnen zumindest in der Fantasie vor außerehelichen Beziehungen schützt;
- ▶ dem schlankeren Partner bzw. der schlankeren Partnerin in einer Paarbeziehung als Grund für das Einstellen der sexuellen Beziehung dient;
- ▶ als Zeichen von mangelnder Selbstkontrolle bzw. Willensschwäche angesehen wird, die die verstärkte externe Kontrolle durch die anderen Familienmitglieder erforderlich macht;
- ▶ die Autonomie des/der Übergewichtigen in der Abwehr eben solcher Kontrollversuche demonstriert.

Behandlungsleitende Thesen aus systemischer Sicht

Von den bisherigen theoretischen Überlegungen des ersten Textteiles ausgehend, möchte ich im Folgenden einige behandlungsleitende Thesen aufstellen, die sich aus systemischer Sicht ergeben.

These 1: Dominante gesellschaftliche Diskurse sind ein wichtiges Therapie-Thema

Als TherapeutInnen arbeiten wir nicht außerhalb der Gesellschaft. Wir stehen als ein Teil der Gesellschaft unter dem Einfluss der in ihr vorherrschenden verschiedenen Diskurse. Wichtig ist dabei, dass therapeutische Konversation über Diskurse immer ein Sprechen über Konstruktionen ist (Hargens 2006). Folgt man dem sozialen Konstruktivismus, wurden die Vorstellungen darüber, was wir als Gesellschaft für wahr oder falsch, objektiv oder subjektiv, rational oder irrational, moralisch oder unmoralisch halten, von bestimmten Gruppen von Menschen in bestimmten historischen und kulturellen Kontexten gemeinsam hervorgebracht. Dabei befinden sich etwa Konzepte von Wissen, Verstand oder Moralität nicht isoliert in den Köpfen einzelner Menschen, sondern werden durch Beziehungen gestaltet. In diesem Sinne basieren auch die „Wahrheiten“ der westlichen Medizin, so nützlich sie in der Praxis meist auch sind, auf kulturellen und historisch bedingten Konstruktionen, z. B. darüber, was eine Beeinträchtigung ausmacht, oder was als Gesundheit und Krankheit definiert wird (Gergen 2005).

Therapeutische Konversation über Diskurse ist immer ein Sprechen über Konstruktionen

In der Therapie ist es daher relevant, gemeinsam mit dem/der Klienten/in zu explorieren, welche sozialen Konstruktionen welcher gesellschaftlichen Gruppen das körperliche Selbstbild und die Selbstbewertung der behandelten Person prägen. Das können von den Medien vermittelte völlig überzogene „ideale“ Körperbilder sein (z. B. Waschbrettbauch oder Wespentaille), ebenso wie gängige Klischeevorstellungen von übergewichtigen Menschen, die in einer Gesellschaft verbreitet sind (z. B. dicke Menschen sind faul, gemütlich, träge, ohne Selbstkontrolle etc.). Dadurch kann in der Wirklichkeitssphäre des/der Klienten/in eine gedankliche Transformation vermeintlich „wahrer“ Erkenntnisse und Bewertungen zur Adipositas in relative Sichtweisen, die von bestimmten gesellschaftlichen

Gruppen unter bestimmten kontextuellen Rahmenbedingungen konstruiert wurden, unterstützt werden. Relevant kann diese verflüssigende Dekonstruktion etwa im Zusammenhang mit dem Auftreten selbstabwertender innerer Dialoge auf KlientIn-nenseite sein.

Aus einer emanzipatorischen Perspektive scheint mir das folgende Beispiel interessant. Eine 45-jährige Frau, zum Zeitpunkt unseres ersten Gespräches seit 12 Jahren verheiratet, war bis zu ihrem 41. Lebensjahr stark adipös. Bei einer Größe von 169 cm brachte sie 140 Kilogramm auf die Waage. In unseren Gesprächen berichtete sie mir, dass das Abnehmen für sie lange Zeit ein Tabuthema war, weil ihr Ehemann damals ihrem Wunsch nach einer Gewichtsabnahme völlig ablehnend gegenübergestanden sei. Von mir zirkulär nach dem Grund gefragt („Was würde Ihr Mann als Grund für seine ablehnende Haltung angeben, wenn er jetzt hier wäre?“), meinte sie, dass er sagen würde, er habe sie ja „dick“ kennengelernt. Sie habe ihm gut gefallen, wie sie damals war. Hätte er eine dünne Frau gewollt, hätte er sich eine gesucht. Auf dem Land, wo sie zu Hause ist, meinte die Frau, habe es immer geheißen, dass eine gute Ehefrau alles tun müsse, um für ihren Mann attraktiv zu sein. Sonst würde er ihr irgendwann einmal davonlaufen. Dieses „ungeschriebene Gesetz“ in ihrem Dorf, das ihr Eltern, Freunde und Bekannte immer wieder eingebläut hätten, habe sie sehr geprägt. Mit 41 habe sie es mit der Unterstützung einer neuen Freundin dann endlich geschafft, sich davon frei zu machen, trotz der Proteste ihres Mannes und des starken Drucks durch die in ihrem Wohnort geltenden „Gebote für gute Ehefrauen“. Sie habe mit einer sanften Diät und dosierter sportlicher Bewegung begonnen. Beides habe sie seitdem beibehalten. Inzwischen wiege sie nur mehr 90 Kilo und ihr Mann habe sich mittlerweile im Großen und Ganzen an ihr neues körperliches Erscheinungsbild gewöhnt.

These 2: Gesundheitscoaching geht vor Psychotherapie

Wenn man einen im Vorhinein pathologisierenden Zugang zum Thema Adipositas vermeiden möchte, folgt daraus, dass Psychotherapie wohl nicht das erste Beratungsmittel der Wahl sein kann. Gemäß Artikel 1 des österreichischen Psychotherapiegesetzes geht es bei Psychotherapie um die „Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten *Verhal-*

tenstörungen und *Leidenszuständen* mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ [Hervorhebungen durch den Autor]. Also würde gießkannenartiges pauschales Psychotherapieren von adipösen Menschen diesen „durch die Hintertür“ eine Verhaltensstörung bzw. einen Leidenszustand unterstellen. In all den Fällen, in denen Adipositas von den betroffenen Individuen nicht als Leidenszustand betrachtet wird, würde Psychotherapie über das Ziel hinausschießen.

Deshalb halte ich eine Art Gesundheitscoaching für die adäquate erste psychologische Maßnahme. Der Begriff „Coaching“ hat – verglichen mit „Psychotherapie“ – den entscheidenden Vorteil einer positiveren Konnotation (Lauterbach 2008). Wird Therapie – vor allem in der medizinischen Welt – gemeinhin mit PatientInnen, also leidenden Personen verknüpft, spricht man im Coaching meist von KundInnen, die per Definition dann nicht Leidende sind, sondern „Kundige“, die über Ressourcen und Eigenkompetenz verfügen (vgl. Hargens 2006).

These 3: Essverhalten kann als kommunikative Lebensäußerung zur Nähe-Distanz-Regulation betrachtet werden

Es geht dabei um mehr als die intrapersonale affektregulatorische Funktion der Nahrungsaufnahme, wie sie Herpertz und de Zwann beschreiben (Herpertz, de Zwann 2008). Mit der Nahrungsaufnahme verbundene Verhaltensweisen können als Botschaften zur Nähe-Distanz-Regulation von Personen an ihr soziales Bezugssystem verstanden werden – als Ausdruck von Zugehörigkeitsempfinden bzw. Autonomietendenzen.

Ein vierzehnjähriger adipöser Junge berichtete von sich, über seine Gefühle zu Hause in der Familie nicht sprechen zu wollen, weil seine Eltern ihn ohnehin nicht verstünden. Er habe sich angewöhnt, alles „in sich hineinzufressen“. Auf den Spott seiner Klassenkameraden wegen seines Übergewichts habe er reagiert, indem er sich „einen Schutzpanzer angefressen“ habe. Beides kann als „distanzierende“ Botschaft an das im jeweiligen Kontext relevante System verstanden werden. Im

Mit der Nahrungsaufnahme verbundene Verhaltensweisen können als Botschaften zur Nähe-Distanz-Regulation von Personen an ihr soziales Bezugssystem verstanden werden – als Ausdruck von Zugehörigkeitsempfinden bzw. Autonomietendenzen

ersten Fall an das Familiensystem im Sinne von: „Ich fühle mich euch nicht nahe genug, um euch meine Probleme anzuvertrauen“. Im zweiten Fall an das schulische Peer-System im Sinne von: „Ich lasse euch nicht an mich ran, damit ihr mich nicht noch mehr verletzen könnt“.

Genauso kann Essen auch zum symbolischen Ausdruck der emotionalen Verbundenheit werden. Dies drückt sich in Redewendungen wie „jemanden zum Fressen gern haben“ oder „zusammen etwas essen gehen“ aus. Ein zehnjähriges stark übergewichtiges Mädchen erklärte, dass es häufig nach dem regulären Abendessen gemeinsam mit seinem Großvater noch eine zusätzliche abendliche Jause zu sich nehme, weil sie den Opa sehr gern habe und beim gemeinsamen Essen mit ihm über alles Mögliche reden könne.

These 4: Familiär „vererbte“ Glaubenssätze über Körperlichkeit und Nahrungsaufnahme sind ein prägender Faktor

Wie bereits erwähnt, haben die in den Medien vermittelten Bilder von ideal geformten Körpern einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit. Die individuellen Wirklichkeitskonstruktionen rund um das Essverhalten und die anzustrebende Figur sowie die Ideen bzgl. der Entstehung von Übergewicht sind jedoch auch stark durch kulturell geformte Beziehungsmuster in der Herkunftsfamilie geprägt (Rabenschlag 1990). Überzeugungen über Essen und Körperlichkeit werden Kindern von klein auf durch ihre Eltern vermittelt (vgl. auch Lehrke 2004).

Beispiele für Glaubenssätze: „Was auf den Teller kommt, wird gegessen“, „Sport ist Mord“, „Es liegt in den Genen“, usw.

Es geht im Wesentlichen dabei um folgende Kategorien von Glaubenssätzen:

- ▶ *Was glaube ich über mich?* Beispiele: Ich bin ein guter „Futterverwerter“; ich bin halt eine Naschkatze; ich kann einfach nicht nein sagen, wenn ich etwas Leckeres sehe etc.
- ▶ *Was glaube ich über Nahrungsmittel bzw. Nahrungsaufnahme?* Beispiele: Was auf den Teller kommt, wird gegessen; nicht aufzuessen ist eine Beleidigung für den Koch bzw. die Köchin etc.
- ▶ *Wie sieht für mich ein idealer Körper aus?* Beispiele: Ein bisschen was muss man schon auf den Rippen haben; rund und gesund etc.

- ▶ *Was glaube ich über das Dick-sein?* Beispiele: Es liegt an den Genen, ich kann selbst nichts dagegen tun; wenn die Eltern dick sind, werden auch die Kinder automatisch dick etc.
- ▶ *Was glaube ich über verschiedene Behandlungsstrategien?* Beispiele: Sport ist Mord; Diäten bringen nichts; nur eine Magenoperation kann dauerhaft helfen etc.

Ein 36-jähriger Mann berichtete, dass er heute noch immer ein schlechtes Gewissen verspüre, wenn er seinen Teller nicht leer esse. Als Kind sei ihm das Essen von der Mutter oder vom Vater auf den Teller gefasst worden, ohne dass er die Menge hätte mitbestimmen können. Wenn er nicht fertig gegessen habe, habe er ein schlechtes Gefühl gehabt, weil seine Mutter dies als Kritik an ihrem Essen aufgefasst habe. „Du isst nicht auf? Aha. Es schmeckt dir also nicht.“ Er habe dann irgendwann damit begonnen, das restliche Essen widerwillig in sich hineinzustopfen, anstatt offen zu sagen, dass er bereits satt sei. Außerdem habe es in seiner religiösen Familie als schwere Sünde gegolten, Essen wegzuworfen. Er habe es aus Gewissensgründen auch nicht geschafft, Jausenbrote, die er eigentlich nicht essen wollte, wieder mit nach Hause zu nehmen oder gar wegzuworfen.

Die therapeutische Strategie kann hier in der Konstruktion bzw. Verstärkung von Glaubenssätzen bestehen, die die eigenen Ressourcen und Entscheidungskompetenzen der/des Klienten/in betonen (Empowerment), und in der Dekonstruktion solcher Glaubenssätze, die Defizite in den Vordergrund stellen, Ressourcen vernachlässigen und die Einflussmöglichkeiten der/des Klienten/in als gering erachten.

Mit Essen sind auch Rituale der Zusammengehörigkeit und des Trostes verknüpft. Wenn z. B. ein Kind gewohnheitsmäßig bei jedem kleinen Wehwehchen von den Eltern mit einer Schokolade getröstet wird, werden negative emotionale Zustände auf diese Weise mit dem Erleben von Spannungsabfuhr durch Essen verkoppelt. Dies kann in manchen Fällen dazu führen, dass diese erlernte Reaktion auch im späteren Erwachsenenleben als Strategie zur zeitweiligen Neutralisierung unangenehmer Stimmungen genützt wird (Herpetz, de Zwaan 2008).

Mit Essen sind auch Rituale der Zusammengehörigkeit und des Trostes verknüpft

These 5: Im Status Quo kann ein „verborgener“ Gewinn vermutet werden – er sollte berücksichtigt werden

Ein Problem kann sich vor allem auch dann stabilisieren, wenn es für das System, in dem es auftritt, einen verborgenen Gewinn gibt (Reichel 2001). Wilhelm Backhausen und Jean-Paul Thommen beziehen sich im folgenden Zitat zwar auf die Unternehmenswelt, aber es gilt wohl in analoger Weise auch für andere Kontexte, wenn sie meinen, dass „unter den Bedingungen des Systems – seiner Wirklichkeitskonstruktion, seiner Bedeutungsgebung (...) die Aufrechterhaltung des ‚Status quo‘ letztlich doch ein ‚gutes‘ Geschäft sein muss“ (Backhausen, Thommen 2006, S. 148). Diesen zumeist unbewussten verdeckten Gewinn gilt es in die Behandlung mit einzubeziehen (Varga von Kibéd, Sparrer 2000). Die Thematisierung eines möglichen verdeckten Gewinnes muss sehr behutsam und wertschätzend erfolgen, damit sie nicht vom ratsuchenden System als Schuldzuweisung oder Zynismus erlebt wird.

Der Gewinn ist nicht immer im Bereich des Unbewussten des Individuums verborgen. Manchmal ist er von außen durch die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems vorgegeben. So werden in Österreich die Kosten für einen operativen Eingriff zur Gewichtsreduktion von den Kassen in der Regel erst ab einem BMI von mindestens 40 kg/qm übernommen (Prager 2006). Ab diesem Wert wird eine solche Operation etwa von den österreichischen Gebietskrankenkassen als notwendige Heilbehandlung eingestuft und bezahlt (Prager 2008).

Ein 38-jähriger Mann mit einem BMI von 37 kg/qm, der schon viele erfolglose Diäten hinter sich hatte und eine Magenband-Operation als letzte Hoffnung ins Auge gefasst hatte, erklärte mir, er dürfe zurzeit auf keinen Fall weniger essen, weil er sonst nicht auf die für die Operation geforderten 40 kg/qm komme und die Krankenkasse dann die Operation nicht bezahle. Das Paradoxon ist offensichtlich: Der Mann erreicht sein Ziel, dauerhaft (mit Hilfe der Operation) abzunehmen, nur dann, wenn er sein Ziel selbst – zumindest kurzfristig – boykottiert. Aus der Perspektive seiner Wirklichkeitskonstruktion ergibt sich also folgende Zwickmühle: nur wenn ich (jetzt) zunehme, kann ich (später) abnehmen.

Zusammenfassender Kommentar und Ausblick

Alle vier beschriebenen gesellschaftlichen Problemwahrnehmungen der Adipositas haben für mich ihre Berechtigung. Keine von ihnen kann jedoch von sich in Anspruch nehmen, die objektiv „wahre“ Sichtweise dieses Phänomens zu vertreten. Vielmehr scheint es so, dass jeder dieser vier Diskurse unterschiedliche Aspekte der Adipositas besonders stark beleuchtet und dabei gleichzeitig andere etwas aus den Augen verliert.

Entscheidend ist für mich, die Stärken der einzelnen Sichtweisen zu einem mehrperspektivischen Erklärungsmodell zu bündeln, auf das ein multimodaler Behandlungsansatz aufbaut. Dieser kann der Idee von der Ganzheitlichkeit des Menschen als autopoietisches – also sich selbst „herstellendes“ und organisierendes – Wesen wohl am ehesten gerecht werden. Viele Indizien sprechen dafür, dass systemische und familientherapeutische Ansatzpunkte als Ergänzung zu verhaltenstherapeutischen Interventionen einen wesentlichen Beitrag zur Adipositasbehandlung leisten können. Weitere systematische Untersuchungen in diese Richtung wären aber wünschenswert, um die Position der systemischen Familientherapie im Kanon der Adipositas-Behandlungsmethoden zu stärken.

Literatur

- Adam O, Schauder P, Ollenschläger G (2006) Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie. 3. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer, München
- AdipositasSpektrum (2009) TV-Werbung macht dick. Online. Internet: [http://www.adipositasspektrum.de/114.0.html?&tx_ttnews\[tt_news\]=8&tx_ttnews\[backPid\]=121&cHash=a18b6f9b98](http://www.adipositasspektrum.de/114.0.html?&tx_ttnews[tt_news]=8&tx_ttnews[backPid]=121&cHash=a18b6f9b98) [Zugriff 23.3.2009]
- Alber R (2006) Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Medizinische Voruntersuchung, Motivationsklärung und Therapie. Online. Internet: <http://www.akj-ch.ch/cms/images/stories/AdipositastherapieLP.pdf> [Zugriff 3.3.2009]
- Backhausen W, Thommen J-P (2006) Coaching. Durch systemisches Denken zu innovativer Personalentwicklung. Gabler Verlag, Wiesbaden
- Becker AE, Burwell R, Herzog D, Hamburg P, Gilman S (2002) Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry* 180: 509-514

- Blaine BE (2007) *Understanding the Psychology of Diversity*. Sage, Cambridge, MA
- Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM (2008) *Kognitive Verhaltenstherapie der Adipositas: Ein Manual in neun Behandlungsmodulen*. Schattauer, Stuttgart
- Cuntz U, Fichter M (Hg) (2002) *Neues zur Adipositasstherapie (= Spezialheft „Verhaltenstherapie“, Bd. 12(4))*, Karger, Basel
- Dilts RB, Hallbom T, Smith S (1991) *Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit. Höhere Ebenen der NLP-Veränderungsarbeit*. Junfermann, Paderborn
- Fleßa S (2007) *Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner*. 2. Auflage. Springer, Berlin
- Flodmark CE, Ohlsson T, Ryden O, Sveger T (1993) *Prevention of progression to severe obesity in a group of obese school children treated with family therapy*. *Pediatrics* 91:880-884
- Fries R (2005) *Krankheits- und Medikamentenlehre für die Altenpflege*. Elsevier, Urban & Fischer, München
- Foucault M (2007) *Archäologie des Wissens*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Gergen KJ (2005) *Sozialer Konstruktivismus und die Transformation der Psychologie*. In: Mattes P, Musfeld T (Hg) *Psychologische Konstruktionen: Diskurse, Narrationen, Performanz*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 21-48
- Hargens J (2006) *Aller Anfang ist ein Anfang. Gestaltungsmöglichkeiten hilfreicher systemischer Gespräche*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wirth A, Wolfram G (2007) *Evidenzbasierte Leitlinie. Prävention und Therapie der Adipositas*. Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., München; Deutsche Diabetes-Gesellschaft e.V., Düsseldorf; Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Freising-Weihenstephan; Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V., München
- Hebebrand J, Dabrock P, Lingenfelder M, Mand E, Rief W, Voit W (2004) *Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven*. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 101 Heft 37 10. September 2004: A2468-A2474
- Herpertz S, Senf W (2003) *Psychotherapie der Adipositas*. *Deutsches Ärzteblatt* 100(20), 16. Mai 2003: A1367- A1373. Online, Internet: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=36980> [Zugriff 30.3.2009]
- Herpertz S, de Zwaan M (2008) *Psychotherapie und Adipositas – eine schwierige Beziehung*. *Psychologie im Dialog* 9 (4):326-330

- Herzog T (2002) Familientherapie bei Essstörungen. In: Wirsching M, Scheib P (Hg) (2002) Paar- und Familientherapie. Springer, Berlin. S. 375-392
- Hirner A, Weise K (2004) Chirurgie: Schnitt für Schnitt. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Johnson C, Foster GD (2001) Self-Esteem Comes in All Sizes: How to Be Happy and Healthy at Your Natural Weight. Gürze Books, Carlsbad
- Kluger J (2005) Can You Be Fat & Healthy? Time. 29.5.2005. Online, Internet: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,10666937,00.html> [Zugriff 28.5.2009]
- Köpp W (1999) Adipositas. In: Studt H, Petzold E (Hg) Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Walter de Gruyter, Berlin, New York. S. 176-179
- Lauterbach M (2008) Systemisches Gesundheitscoaching. Psychologie im Dialog 9 (4):337-343
- Lehrke S (2004) Adipositas-Therapie bei übergewichtigen Kindern. Vergleich zwischen einer multimodalen verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie und einer inhaltlich identischen Familientherapie mit zusätzlichen systemischen Komponenten. Verlag Dr. Kovac, Hamburg
- Lehrke S, Laessle RG (2002) Multimodale Therapie bei übergewichtigen Kindern: Therapieeffekte zu psychosozialen Variablen. Verhaltenstherapie 12:256-266
- Lehrke S, Laessle RG (2008) Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Basiswissen und Therapie. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin
- Liebscher A (2008) Hormone und Adipositas: Leptin. Grin Verlag, München
- Lingen-Herrmann C, Albus C, Titscher C, Boll-Klatt A, Kampits P (2007) Psychokardiologie: ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Luhmann N (2004) Die Realität der Massenmedien. 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W (2003) Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. International Journal of Obesity (2003) 27:987-1005
- Mücke K (2003) Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. ÖkoSysteme, Potsdam
- Munsch S (2003) Binge Eating: Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen. Beltz PVU, Weinheim

- National Center for Health Statistics (2006) Prevalence of Overweight and Obesity Among Adults: United States, 2003-2004. http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overweight/overwght_adult_03.htm [Zugriff 24.3.2009]
- Podgorski A (2008) Volkswirtschaftliche Kosten der Adipositas. Grin Verlag, München
- Prager G (2006) Magenbypass gegen Übergewicht. *Ärzte Woche* 2006, 20 (12). Online Internet: <http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/i-o/innere-medizin/?full=6887> [Zugriff 3.4.2009]
- Prager M (2008) Starkes Übergewicht – eine ernstzunehmende Erkrankung. Wie geht's? Das Magazin der Burgenländischen Gebietskrankenkasse für Ihr Wohlbefinden. Ausgabe 2/2008: 11
- Pudel V (1982) Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas: Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin
- Rabenschlag U (1990) Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Entstehungsbedingungen, Folgen, Behandlungsmethoden. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 52(8/9):467-474
- Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dorner T, Kunze M (2006) Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Verein „Altern mit Zukunft“, Wien
- Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Göttingen
- Reichel R (2001) Kreativ beraten. Methoden und Strategien für kreative Beratungsarbeit, Coaching und Supervision. Ökotoxia, Münster
- Rost R (2005) Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner. 3. Auflage. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Roth E (2006) Adipositas. Eine soziokulturelle Perspektive. Vortragsunterlage beim 23. Seminar „Infusions- und Ernährungstherapie & Infusionskurs X“, 12. - 14. Oktober 2006, Bad Ischl. Online. Internet: http://www.ake-nutrition.at/uploads/media/Roth_Adipositas_828b39.pdf [Zugriff 1.1.2009]
- Sabbioni MEE (2003) Adipositas. In: Uexküll T, Adler RH, Herrmann JM (Hg) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Auflage. Urban & Fischer, München, Jena. S. 671-686
- Schorb F (2007) Adipositas in Form gebracht. Vier Problemwahrnehmungen. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hg): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 57-78
- Schweitzer J, von Schlippe A (2006) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. 2. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Stahr I, Barb-Priebe I, Schulz E (1995) Essstörungen und die Suche nach Identität: Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. Juventa, Weinheim
- Steger F (2008) Das Erbe des Hippokrates: Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Stöckli R, Keller U (2002) Wirksamkeit von Interventionen bei Adipositas (BMI > 30 kg/m²). Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz, Basel. Online. Internet: http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Interventionen_adip_de.pdf [Zugriff 12.2.2009]
- Straub R (2006) Lehrbuch der klinischen Pathophysiologie komplexer chronischer Erkrankungen. Band 2: Spezielle Pathophysiologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Varga von Kibéd M, Sparrer I (2000) Ganz im Gegenteil: Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen – für Querdenker und solche, die es werden wollen. 2. Auflage. Carl-Auer Verlag, Heidelberg
- von Glasersfeld E (1996) Radical Constructivism. A Way of Learning. Routledge, New York
- Watzlawick P (1997) Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn. 4. Auflage. Piper, München/Zürich
- Wechsler JG (2003) Adipositas: Ursachen und Therapie. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Weiner R (2002) Neue Chancen bei Adipositas: Magenband, Magenbypass und Magenschrittmacher. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Weltgesundheitsorganisation (2007) Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Online. Internet: <http://www.euro.who.int/document/e89858G.pdf> [Zugriff 24.3.2009]
- Weltgesundheitsorganisation (2007) Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Online. Internet: <http://www.euro.who.int/document/E89858G.pdf> [Zugriff 21.4.2009]
- Weltgesundheitsorganisation (2009) Adipositas und ihre Bedeutung. Online. Internet: http://www.euro.who.int/obesity/import/20060217_1?language=German [Zugriff 21.3.2009]
- Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, McGinn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, Sowers MR (2008) The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering. Archives of Internal Medicine 168(15):1617-1624
- Wirth A (2002) Adipositas-Fibel. 2. Auflage. Springer, Berlin
- Wirth A (2007) Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Berlin

Wirth A, Hamann A, Westenhöfer J (2006) Stellungnahme im Rahmen der Änderung der Anlage 8 der AMR über den Ausschluss von Lifestyle-Arzneimitteln nach §34, Absatz 1, Satz 7 nF SGB V. Online, Internet: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Stellungnahme-2006-08-28.pdf> [Zugriff 11.3.2003]

Zobel K (1985) Textanalysen. Eine Einführung in die Interpretation moderner Kurzprosa. 2. Auflage. Schöningh, Paderborn/Wien

Dr. Werner Walisch

Praxis für Coaching, systemische Beratung und Psychotherapie
Burggasse 6

A-8010 Graz

e-mail: office@werner-walisch.at

www.werner-walisch.at