

Originalarbeit

R. Fuchs-Strizek, H. Schwann, M. Arnold, W. Kullich

Adipositas, Essverhalten und Persönlichkeitsstruktur – Erfolgreiche Veränderungen im Rahmen eines mehrwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthaltes

Zusammenfassung: In der vorliegenden Studie wurde die Effizienz und Nachhaltigkeit eines psychologischen Behandlungsprogramms für adipöse RehabilitationspatientInnen (= PatientInnen mit Herz-Kreislauf- oder/und rheumatischen Erkrankungen) an 85 Patienten mittels Analyse zum Essverhalten (FEV) und zur Persönlichkeitsstruktur mittels des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (FPI-R) evaluiert (Prä-, Post- und Katamneseuntersuchung mit Kontrollgruppendesign). Die Ergebnisse zeigen, dass das psychologische Programm bei den adipösen RehabilitationspatientInnen (N = 53) zu einer erwünschten, vorteilhaften Veränderung des Essverhaltens führte. Einerseits nahm die kognitive Kontrolle des Essverhaltens, welche für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion notwendig ist, erheblich zu; andererseits konnten negative Komponenten, nämlich die Störbarkeit des Essverhaltens sowie das Ausmaß an erlebten Hungergefühlen, deutlich reduziert werden. Auffallend gute Wirksamkeit bei weiblichen Patienten; wenngleich bei den Männern die erlebten Hungergefühle und der BMI sich ebenfalls nach 3 Monaten signifikant verminderten. Das Behandlungsprogramm zeigte unterschiedliche Effekte zwischen Rheuma- und Herz-Kreislaufpatienten.

Schlüsselwörter: Adipositas, Essverhalten, Persönlichkeitsstruktur, Rehabilitation

Abstract: Efficiency and sustainability of a psychological therapy programme for obese rehabilitation in-patients with cardiovascular and/or rheumatic diseases were studied by analyses of questionnaires concerning eating behaviour (FEV) and personality structure (Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI-R) of 85 obese patients. In this controlled study data were collected at admission, discharge, and follow-up after 1 year.

The psychological programme resulted in an intended beneficial alteration of eating behaviour of the obese patients (N = 53). On the one hand, the cognitive control of eating behaviour that is needed for successful weight reduction increased significantly. On the other hand, negative components – in fact the disturb ability of eating behaviour and the extent of sensations of hunger – could be reduced significantly with differences in male and female. The therapy especially succeeded in female patients, although the sensations of hunger and the BMI of the male patients also reduced significantly after 3 months. The therapy programme also showed different effects regarding rheumatic or cardiovascular patients.

Key words: obesity, eating behaviour, personality structure, rehabilitation

1. Einleitung

Übergewicht bzw. Adipositas sind vor allem in den Industrienationen, die sich durch ein üppiges Nahrungsangebot auszeichnen, weit verbreitet (Bleichner et al., 2003). In den letzten 20 Jahren ist die Anzahl übergewichtiger bzw. adipöser Menschen deutlich gestiegen. In Österreich sind laut Statistik Austria mehr als die Hälfte der Männer (57.7 %) und 43.3 % der Frauen übergewichtig oder adipös (Statistik Austria, 2006/2007). Eine Klassifizierungstabelle der WHO definiert mit Hilfe des Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht dividiert durch das Quadrat der Körpergröße) Übergewicht ab einem BMI > 25 und Adipositas ab einem BMI > 30. In absoluten Zahlen sind damit in Österreich fast 1 Million Menschen fettleibig.

Das Risiko für Begleiterkrankungen steigt mit dem Ausmaß der Adipositas. Komorbiditäten und Komplikationen von Adipositas sind insbesondere das metabolische Syndrom mit Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hypertonie, Arteriosklerose und kardiovaskulären Erkrankungen, weiters auch Karzinome, hormonelle Störungen, gastrointestinale Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparates (Hauner et al., 2004). Neben diesen somatischen Folgeerkrankungen leiden sehr viele Adipositaspatienten auch an psychischen Störungen (Hauner, 2006). Aufgrund der physischen und psychischen Komorbiditäten und Komplikationen bestehen, gesamt betrachtet, erhebliche Defizite in Bezug auf die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung adipöser Menschen. Das Gesundheitssystem ist daher gefordert, das „Problem“ Adipositas einzudämmen, wobei in den letzten Jahren psychologische Ansatzpunkte sowohl bezüglich Ätiologie als auch Behandlung zunehmend an Bedeutung gewonnen haben (Glier & Fisch, 2004). Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze können sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting eingesetzt werden (Hauner et al., 2000; Tuschhoff, 1996). Im Rahmen dieser verhaltenstherapeutischen Ansätze kommen vor allem folgende inhaltlichen Komponenten zum Tragen: Selbstbeobachtung des Ess- und Bewegungsverhaltens, Trainieren eines flexibel kontrollierten Essverhaltens (vs. rigides Essverhalten), Erarbeiten von Stimuluskontrolltechniken, um Essreize zu reduzieren, Erlernen von Verstärkungsmechanismen (z.B. Loben), um das neue Essverhalten zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden, soziale Unterstützung und Rückfallprophylaxe/-management (Jeffery et al., 2000).

Im Rahmen der stationären Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen und rheumatischen Erkrankungen fällt die hohe Prävalenz adipöser Patienten – trotz fehlender exakter Daten – deutlich auf. Die beschriebenen Folge- und Begleiterkrankungen von Adipositas verdeutlichen die Notwendigkeit eines speziellen Behandlungsangebots für adipöse Rehabilitationspatienten. Insbesondere während eines stationären mehrwöchigen Rehabilitationsaufenthaltes können neben der Behandlung der Grunderkrankung auch Maßnahmen zur Senkung des Übergewichtes mit sehr vorteilhaften Auswirkungen auf die Risikofaktoren durchgeführt werden. In der Sonderkrankenanstalt Saalfelden, einem Rehabilitationszentrum für Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, wurden daher Behandlungsbausteine aus einem evaluierten Therapiemanual von Tuschhoff (1996) durchgeführt.

Ziel war es, zu untersuchen, ob (1) ein spezielles psychologisches Behandlungsprogramm im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes eine dauerhafte Veränderung des Essverhaltens bewirken kann und (2), ob bei Adipositas ein geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich des Essverhaltens und der Wirkung des Behandlungsprogrammes besteht. (3) sollte untersucht werden, ob die Veränderung des Essverhaltens mit spezifischen Persönlichkeitsvariablen in Verbindung gebracht werden kann.

2. Methoden

2.1 Design

Als Untersuchungsdesign wurde ein prospektives Längsschnittstudiendesign mit drei Messzeitpunkten, einschließlich Kontrollgruppe, gewählt. Die Patienten aus der Behandlungsgruppe und der Kontrollgruppe wurden bei Rehabilitationsbeginn (T1) bezüglich ihres Essverhaltens, welches sie zu Hause, vor Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes, zeigten, sowie hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur untersucht. Um das Veränderungsausmaß des Essverhaltens abbilden zu können, erfolgte bei Entlassung (T2) sowie 3 Monate nach Rehabaufenthalt (T3) ein Follow-Up zum Essverhalten.

2.2 Stichprobe

In die Untersuchungen wurden 85 Patienten mit Adipositas mit einem Body Mass-Index (BMI) (McGill et al., 2002) von ≥ 30 eingeschlossen, die sich nach freiwilliger Einverständniserklärung an behandelnden Arzt und Psychotherapeuten bereit erklärten, an dem im Rahmen der stationären Rehabilitation angebotenen psychologischen Behandlungsprogramm teilzunehmen. Nach Rekrutierung der Behandlungsgruppe wurden konsekutiv 32 adipöse PatientInnen als Kontrollstichprobe ohne psychologischem Programm herangezogen. In Tabelle 1 sind die demographischen und medizinischen Daten beider Stichproben mit vergleichbarer Geschlechtsverteilung ($Chi^2 = .495$, $df = 1$, $p = .482$) aufgelistet. Darüber hinaus waren in beiden Gruppen die meisten Patienten verheiratet und hatten einen Hauptschulabschluss mit Lehre. Hinsichtlich der Diagnoseverteilung und des BMI erwiesen sich ebenfalls beide Gruppen vergleichbar. In der Behandlungsgruppe ($N = 53$) waren bei der Post-Messung drei und bei der Katamneseuntersuchung 12 „Drop outs“ zu verzeichnen, in der Kontrollgruppe ($N = 32$) kein einziger.

2.3 Behandlungsprogramme

2.3.1 Multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm

Das multidisziplinäre Rehabilitationsprogramm beinhaltete je nach Indikation folgende Therapiemodule: Medikamentöse Therapie, Elektrotherapie, Heilgymnastik als Trockentherapie und Unterwassertherapie, Thermoerapie, Ergometertraining, Bewegungstherapie mit Terrainkur, Ernährungsberatung, psychologische Beratung, Heilmittelunterweisung, Ergotherapie.

2.3.2 Psychologisches Behandlungsprogramm

Das psychologische Behandlungsprogramm für adipöse Rehabilitationspatienten dauerte drei Wochen, wobei insgesamt fünf Einheiten zu jeweils 60 Minuten durchgeführt wurden. Konkret wurden folgende Inhalte aus dem Therapiemanual zur gruppentherapeutischen Behandlung von Adipositas in der stationären Rehabilitation (Tuschhoff, 1996) behandelt: (1) Aufbau einer Veränderungsmotivation bezüglich des Essverhaltens, (2) Informationsvermittlung über die Entstehung von Übergewicht, (3) Problem- und Bedingungsanalyse des Essverhaltens, (4) Erarbeitung bisheriger erfolgreicher und erfolgloser Maßnahmen der Gewichtsreduktion, (5) Formulierung realistischer Ziele hinsichtlich einer Gewichtsreduktion, (6) Integration von Bewegung in den

Alltag, (7) Verbesserung des Selbst- und Körperkonzepts, (8) Möglichkeiten der sozialen Unterstützung und (9) Umgang mit Rückfällen.

Inhalt des Trainingsprogramms

Aufbau einer Veränderungsmotivation bezüglich des Essverhaltens: Adipöse Patienten sind nicht aufgrund ihres Übergewichts, sondern aufgrund anderer somatischer Erkrankungen auf Rehabilitation. Erstes Ziel ist es daher, die Teilnahme- und Veränderungsmotivation der Patienten mittels geeigneter Fragen zu fördern. Die Fragen sollen bei den Patienten aversive Erfahrungen in Erinnerung rufen, die sie aufgrund ihres Übergewichtes gemacht haben, wodurch wiederum bei den Patienten eine intrinsische Motivation ausgelöst werden soll, ihr Essverhalten zu verändern. Ziel ist auch, die Patienten auf Ausreden und Rechtfertigungen für ungünstiges Essverhalten und Übergewicht anzusprechen und dabei subjektive Krankheitstheorien zu modifizieren und internale Kontrollüberzeugungen zu fördern. Als günstig erwies sich auch, wenn die Patienten danach gefragt werden, mit welchen Argumenten des Gewissens bisher die Gelüste nach Essen besiegt werden konnten. Mit der Frage nach erfolgreichen Bewältigungsversuchen der Gelüste werden nämlich Ressourcen der Patienten aktiviert, die im Rahmen der Gruppe gestärkt und weiter ausgearbeitet werden. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass folgende Ziele erreicht werden sollen: Offenlegen verborgener Essenswünsche, frühzeitiges Unterbrechen von Verhaltensketten, die zum Essen führen, und Entwicklung von Strategien der kognitiven Selbstkontrolle (Tuschhoff, 1996).

Einen erheblichen Einfluss auf das Essverhalten der Patienten haben Familie, Arbeitskollegen und Freunde. Eine große Erleichterung für eine Veränderung des Essverhaltens bedeutet es deshalb, wenn Angehörige oder Mitglieder der Peer-Group die Veränderungsbemühungen der Patienten in geeigneter Weise unterstützen. Als sehr hilfreich erleben es zum Beispiel viele, wenn ihre Bezugspersonen dieselben Speisen essen, die sie selbst essen. Voraussetzung für soziale Unterstützung ist es, den wichtigen Bezugspersonen den Wunsch nach Unterstützung adäquat mitzuteilen, welches in der Gruppe mittels Rollenspiele geübt wird. Ein Ziel des Trainings ist somit, hilfreiche Verhaltensweisen der sozialen Umgebung zu erlernen und die Wünsche nach Hilfe und Unterstützung ausdrücken zu lernen. Diagnostisch ist am durchgeführten Rollenspiel wertvoll, dass aufgezeigt werden kann, welche Vorstellungen die Patienten tatsächlich vom veränderten Essverhalten haben. Vielfach können sie die erforderlichen Modifikationen im Ernährungsverhalten nicht genau angeben. Statt konkreter Wünsche wird der imaginäre Partner nur abstrakt um Unterstützung (z.B.: „Wir müssen jetzt kalorienärmer kochen“) gebeten. Daraus wird häufig ersichtlich, dass die Patienten die Ernährungsumstellung als Verlust erleben, den sie nur schwer akzeptieren.

Im Rahmen des Behandlungsprogramms zur Reduktion von Übergewicht erhalten die Patienten eine Reihe von Verhaltensregeln („Nur an einem bestimmten Platz essen“, „beim Essen auf Nebentätigkeiten, wie Lesen oder Fernsehen verzichten“, „Lebensmittelvorräte klein halten“, „täglich einzukaufen“, „keine Lebensmittel herum liegen lassen“ etc.). All diese Verhaltensregeln sollen dazu führen, dass die Patienten eine wirksamere Selbstkontrolle bezüglich ihres Essverhaltens entwickeln.

Die Vorsätze, die sich die Patienten bezüglich ihrer Gewichtsreduktion setzen, sind sehr oft kontraproduktiv und führen dazu, dass das Ziel nicht erreicht werden kann. Kontraproduktive Vorsätze sind unerreichbare Ziele oder Vorsätze, die sich über einen zu langen Zeitraum erstrecken. Ein weiteres wesentliches Merkmal dieser kontraproduktiven Vorsätze liegt darin, dass der Fokus fast ausschließlich auf einer raschen Gewichtsreduktion liegt, wobei die Nachteile darin bestehen, dass meistens die erwünschte Gewichtsreduktion gar nicht erzielt werden kann, und wenn doch, anschließend sehr schnell wieder die alten Ernährungsgewohnheiten übernommen werden. Die Psychologin unterstützt die Patienten bei der Formulierung angemessener Vorsätze betreffend die Gewichtsreduktion oder -stabilisierung, wobei sich in diesem Zusammenhang das 24-Stunden-Prinzip der anonymen Alkoholiker als besonders nützlich erweist. Die Patienten sollen sich nicht mehr über gescheiterte Diätversuche aus der Vergangenheit grämen, aber auch keine übertriebenen Vorsätze für die (ferne) Zukunft machen, sondern sich „kleine“ Ziele für den heutigen Tag setzen. Ziele sollten keine Verbote, sondern Überlegungen im Sinne von, was tut mir und meinem Körper gut, beinhalten.

Zusammenfassend sollen folgende Ziele angestrebt werden: Reduktion von Leistungsdruck zum Erreichen eines Gewichtsziels, Formulierung positiver Zielvorstellungen (was soll erreicht werden) statt negativer (was soll verschwinden) sowie geringe gedankliche Beschäftigung mit Essen (Tuschhoff, 1996).

Übergewichtige neigen zu einem negativen Selbstbild und zu Depressionen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass fast alle adipösen Patienten misslungene Gewichtsreduktionsversuche hinter sich haben, welche wiederum in den meisten Fällen mit Selbstabwertung einhergehen, und in Folge zu einem geringen Selbstwertgefühl, zu einer Misserfolgserwartung, sowie zu Hilf- und Hoffnungslosigkeit führen. Die Patienten

nehmen daher auch häufig in der (psychologischen) Behandlung eine resignative und passive Grundhaltung ein, die wiederum den Erfolg der Behandlung negativ beeinflusst. Ein wichtiges Ziel der Gruppe ist es daher, ungünstige Selbstwirksamkeitserwartungen zu modifizieren, indem positive Selbstwirksamkeitserwartungen der Patienten aufgebaut bzw. gestärkt und Hoffnung auf einen Therapieerfolg geweckt werden. Zum negativen Selbstbild, unter dem viele adipöse Patienten leiden, gehört auch eine verzerrte Wahrnehmung eigener Fähigkeiten. Ziel der konkreten Übungen ist es daher, dass sich die Patienten über eigene Ressourcen bewusst werden und ihr Selbstwertgefühl sowie positive Selbstwirksamkeitserwartungen verbessern (Tuschhoff, 1996).

2.4 Messinstrumente

Als Messinstrumente wurde der Fragebogen zum Essverhalten – FEV (Pudel & Westenhöfer, 1989) sowie das Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI-R (Fahrenberg et al., 2001) eingesetzt. Mittels des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) werden aus 60 Items grundlegende psychologische Determinanten des menschlichen Essverhaltens mittels der drei Skalen *Kognitive Kontrolle des Essverhaltens/ gezügeltes Essen*, *Störbarkeit des Essverhaltens* und *Erlebte Hungergefühle* abgebildet. Das Verfahren verfügt über eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Persönlichkeitsverfahren, welches sich aus den zehn Primärskalen *Lebenszufriedenheit und Selbstverwirklichung*, *Soziale Orientierung*, *Leistungsorientierung*, *Gehemmtheit*, *Erregbarkeit*, *Aggressivität*, *Beanspruchung*, *Körperliche Beschwerden*, *Gesundheitssorgen* und *Offenheit* sowie den beiden Sekundärskalen *Extraversion* und *Emotionalität* zusammensetzt

2.5 Statistik

Es erfolgte eine deskriptive und interferenzstatistische Datenauswertung mit Hilfe des Software Statistikpaketes SPSS 12.0. Nachdem eine Normalverteilung der Daten vorlag, konnten im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung parametrische Verfahren (t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben, Pearson-Korrelationen) angewendet werden.

3. Ergebnisse

Veränderung des Essverhaltens und des Gewichts unter Berücksichtigung des Geschlechtes

Die FEV-Skala *Kognitive Kontrolle des Essverhaltens* nahm zwischen Behandlungsbeginn (T1) und Behandlungsabschluss (T2) sowohl in der Behandlungs- als auch in der Kontrollgruppe in einem signifikanten Ausmaß zu. Zwischen Behandlungsende (T2) und Katamnese (T3) nimmt das Ausmaß an kognitiver Kontrolle über das Essverhalten in der Behandlungsgruppe, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, weiter signifikant zu. Diese Unterschiede zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe werden auch durch das Veränderungsausmaß der Kognitiven Kontrolle des Essverhaltens zwischen T1 und T2 sowie T2 und T3 ersichtlich. Zwischen T1 und T2 verändert sich die Kontrolle des Essverhaltens in den beiden Gruppen ähnlich, während für den Zeitraum T2/T3 ein signifikanter Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe besteht (s. Tab. 2 & 3).

Die FEV-Skala *Störbarkeit des Essverhaltens* verringerte sich zwischen T1 und T2 in der Behandlungsgruppe signifikant und zeigte sich auch bei T3 noch klar vermindert. In der Kontrollgruppe war der Rückgang der Störbarkeit statistisch nicht signifikant (s. Tab. 2 & 3).

Der Body-Mass-Index (BMI) nahm in der Behandlungsgruppe sowohl zwischen T1 und T2 als auch zwischen T2 und T3 in einem signifikanten Ausmaß ab. In der Kontrollgruppe war nur zwischen T1 und T2 das Gewicht signifikant verringert (s. Tab. 2 & 3).

Im Vergleich von Behandlungs- und Kontrollgruppe fällt auf, dass betreffend die Störbarkeit des Essverhaltens und den *Erlebten Hungergefühlen* zu allen drei Zeitpunkten keine Unterschiede bestanden. Die Kontrolle des Essverhaltens war in der Kontrollgruppe ($M = 10.41$) allerdings zu T1 signifikant höher ausgeprägt ($t = -2.27$, $df = 51.08$, $p = .03$) als in der Behandlungsgruppe ($M = 8.21$; s. Tab. 5), diese Differenz nivellierte sich im Verlauf der Studie infolge der deutlicheren Zunahme in der Therapiegruppe bis T3.

Für den Zeitraum T1/T2 nahmen die Störbarkeit des Essverhaltens (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = 2.85$, $df = 51$, $p < .01$.) sowie die erlebten Hungergefühle (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = 2.58$, $df = 51$, $p < .05$.) bei den Frauen der Behandlungsgruppe im Vergleich zu den Männern deutlicher ab. Im Zeitraum T2/T3 nimmt hingegen die Störbarkeit des Essverhaltens ($t = -2.856$, $df = 39$, $p < .05$.) bei den Männern in einem signifikant höheren Ausmaß ab als bei den Frauen. Im Gegensatz dazu konnten in der Kontrollgruppe keine Unterschiede betreffend Veränderung des Essverhaltens und Geschlecht festgestellt werden (s. Tab. 5).

Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Veränderung des Essverhaltens

Bezüglich der Fragestellung, ob verschiedene Persönlichkeitsdimensionen im Zusammenhang mit der Veränderung des Essverhaltens stehen, wurden in der Behandlungs- und Kontrollgruppe konträre Ergebnisse erzielt (s. Tab. 6): So zeigte sich im Zeitraum T1/T2 in der Behandlungsgruppe ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Verringerung erlebter Hungergefühle und den Persönlichkeitsdimensionen Leistungsorientierung (Pearson-Korrelation: $r = .29, p < .05$) und Beanspruchung ($r = .44, p < .01$) sowie zwischen der Verringerung der Störbarkeit des Essverhaltens und der Persönlichkeitsvariablen Emotionalität ($r = .30, p < .05$). In der Kontrollgruppe hingegen korrelierte die Verringerung erlebter Hungergefühle mit der Aggressivität ($r = .40, p < .05$). Für den Zeitraum T2/T3 bestehen in der Behandlungsgruppe signifikante Zusammenhänge zwischen der Verringerung der Störbarkeit des Essverhaltens und der Erregbarkeit ($r = .36, p < .05$), der Aggressivität ($r = .42, p < .01$) und der Gesundheits Sorgen ($r = .33, p < .05$). Weiteres korrelierte in der Behandlungsgruppe die Verringerung der erlebten Hungergefühle invers mit der Gehemmtheit ($r = .37, p < .05$). Die Verringerung des Gewichts stand in beiden Gruppen mit keiner Persönlichkeitsdimension im Zusammenhang. Wenngleich somit die Zusammenhänge zwischen der Veränderung des Essverhaltens und den Persönlichkeitsmerkmalen in der Behandlungs- und Kontrollgruppe unterschiedlich sind, waren zwischen den beiden Gruppen betreffend der Persönlichkeitsstruktur keine signifikanten Unterschiede ($p > .05$) erkennbar. Die statistischen Kennwerte der FPI-R-Persönlichkeitsdimensionen sind in Tabelle 4 wiedergegeben.

4. Diskussion

Veränderungen des Essverhaltens durch das Therapieprogramm

Zunächst ist festzuhalten, dass der Rehabilitationsaufenthalt bei allen PatientInnen zu einer Verringerung des Gewichts führte. Dies ist sehr erfreulich, da Adipositas ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen ist, weshalb allen übergewichtigen Patienten dringend zur Gewichtsreduktion geraten wird.

Das Gewicht wird nicht nur durch die Anzahl der zu sich genommenen Kalorien, die Muskelmasse, das Bewegungsausmaß sowie die genetische Disposition bestimmt, sondern auch wesentlich durch psychologische Determinanten des Essverhaltens beeinflusst, welche in der vorliegenden Studie durch die Skalen *Kognitive Kontrolle des Essverhaltens*, *Störbarkeit des Essverhaltens* und *Erlebte Hungergefühle* des Fragebogens zum Essverhalten (FEV; Pudel & Westenhöfer, 1989) abgebildet wurden. Hier zeigte die Studie bei allen untersuchten Patienten klar eine bedeutsame Erhöhung der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens. Diese Beobachtung ist insofern sehr hoch einzuschätzen, da eine erhöhte kognitive Kontrolle des Essverhaltens als wichtige Voraussetzung für eine dauerhafte Gewichtsreduzierung zählt (Pudel & Westenhöfer, 1989). Essen beginnt nicht erst in dem Moment, wenn wir uns die entsprechende Speise in den Mund schieben, sondern bereits viel früher im Kopf. In vielen Fällen handelt es sich bei inneren Dialogen um ein Streitgespräch zwischen der Vernunft und den Gelüsten. Ein Ziel des Trainings muss daher sein, dass sich die Patienten dieser inneren Dialoge bewusst werden. Es wurde versucht, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Kognitionen dem Essen vorausgehen und eine Verhaltenskette einzuleiten, die beim Essen endet. Ziel war auch, neue innere Dialoge zu erarbeiten, die den persönlichen Zielen der Patienten nach anderen Essgewohnheiten besser gerecht werden. Die Behandlungsgruppe erwies sich bei der kognitiven Kontrolle der Kontrollgruppe ohne psychologischem Behandlungsprogramm deutlich überlegen, da das psychologische Behandlungsprogramm nach Abschluss der Rehabilitation die kognitive Kontrolle noch weiter bedeutsam erhöhte.

Störbarkeit des Essverhaltens

Die Behandlungsgruppe erwies sich auch bezüglich der Verringerung der Störbarkeit des Essverhaltens, die häufig als Indikator für gestörtes Essverhalten herangezogen wird, gegenüber der Kontrollgruppe überlegen. Eine zentrale Intervention des psychologischen Behandlungsprogramms lag auf der Sensibilisierung der Patienten für physiologische Hungergefühle. Die Patienten wurden darin trainiert, nur dann zu essen, wenn sie ein physiologisches Hungergefühl verspüren, emotionale Befindlichkeiten nicht durch eine (vermehrte) Nahrungsaufnahme zu bewältigen, und gegenüber situativen Reizkonstellationen (z.B.: Außenreize wie Geruch oder Anblick von Speisen, Essen in Gesellschaft) sich standhafter als bisher zu verhalten. Die Resultate erlauben den Schluss, dass die Wirksamkeit dieses Behandlungselements zur Verringerung der Störbarkeit des Essverhaltens geführt hat.

Rückfallgefahr bei der Therapie der Adipositas

Es ist unbedingt notwendig, dass bereits während der psychologischen Beratung im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts Rückfallgefahren thematisiert und erarbeitet werden, wie Rückfälle vorzeitig vermieden und auf welche Art und Weise bewältigt werden können, da Rückfälle sehr häufig, wenn nicht gar die Regel sind. Die Gewichtszunahme ist als Rückfall dabei nur indirekt zu verstehen. Vielmehr ist ein Rückfall aus psychologischer Perspektive, dass die Patienten wieder dauerhaft in alte Ernährungsgewohnheiten zurückfallen, die bereits als dysfunktional erkannt und in Folge vorübergehend erfolgreich verändert worden sind. Die Zunahme an Gewicht wird somit also nur als Folge des Rückfalls betrachtet. Prinzipiell weisen Patienten im Zusammenhang mit erlebten Rückfällen sehr ungünstige Coping-Stile auf, die richtige Fressattacken auslösen („Wenn ich einmal gesündigt habe, ist der ganze Tag im Eimer, und es ist egal, was ich heute noch alles in mich rein schlinge ...“). Darüber hinaus versuchen diese Patienten, die Sünden von gestern am heutigen Tag wieder auszugleichen, indem sie kaum bis gar nichts essen. Ein solcher Coping-Stil birgt jedoch die große Gefahr in sich, dass sich die Patienten in eine Hungersituation bringen, die wiederum eine nächste Heißhungerattacke sehr begünstigt. Schwere Rückfälle können auch dadurch resultieren, dass sich die PatientInnen unrealistische Ziele setzen. Die Enttäuschung über sich selbst ist also vorprogrammiert. Die Patienten fühlen sich dann als Versager und werten ihre eigene Person stark ab. Sie glauben dann nicht mehr an ihre Selbstwirksamkeit und verlieren somit den Glauben an sich, ihr Ernährungsverhalten erfolgreich modulieren zu können. Begleitet werden dann solche Misserfolgserlebnisse von einem völligen Rückfall in die alten ungesunden Ernährungsstile, womit aus einem Ausrutscher oder einer geringeren Gewichtszunahme ein ernsthafter Rückfall wird. Weitere Rückfälle können auch so entstehen, dass die Patienten Stück für Stück ihre neu erworbenen Ernährungsstile aufgeben und gleichzeitig ihre alten Ernährungsstile wieder aufnehmen. Rückfälle sind bei adipösen Patienten nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Es ist daher wichtig, die Patienten auf Rückfälle vorzubereiten und den Leistungsdruck sowie die Angst zu nehmen. Rückfällen soll der Schrecken genommen werden, indem deutlich gemacht wird, dass es auf der „Straße zur Gewichtszunahme“ viele Halte- und Abbiegemöglichkeiten gibt. Es müssen somit in der Gruppe angemessene Bewältigungsstrategien für Rückfälle erarbeitet werden (Tuschhoff, 1996).

Hungergefühle

Die erlebten Hungergefühle reduzieren sich bei den Frauen der Behandlungsgruppe bereits während des Rehabilitationsaufenthalts und bei den Männern im Katamnesezeitraum von 3 Monaten. In der Kontrollgruppe war eine Verringerung der Hungergefühle ausschließlich bei den Frauen während des Rehabilitationsaufenthalts zu beobachten. Das heißt, das psychologische Behandlungsprogramm hat das Essverhalten deutlicher beeinflusst als der Rehabilitationsaufenthalt alleine.

Reduzierung des Body Mass-Index

Eine weitere Evidenz für die Wirksamkeit des psychologischen Behandlungsprogrammes ist in der deutlichen Reduzierung des BMI von den teilnehmenden PatientInnen ersichtlich. Anders als in der Kontrollgruppe konnte bei den PatientInnen der Behandlungsgruppe auch für den Zeitraum der Katamnese eine zusätzliche bedeutsame Reduzierung des Gewichts konstatiert werden. Diese weitere bedeutsame Gewichtsreduzierung kann mit der Erhöhung der kognitiven Kontrolle sowie der Verringerung der Störbarkeit des Essverhaltens und der erlebten Hungergefühle – Effekte die vor allem bzw. ausschließlich in der Behandlungsgruppe erzielt werden konnten – in Zusammenhang gebracht werden.

Genderspezifische Aspekte

Des Weiteren dürfte das psychologische Behandlungsprogramm für Adipositas geschlechtsspezifisch different wirken. Die Wirkung war einerseits bei Frauen höher und trat bei Männern und Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sollten zukünftig in Forschung und Praxis mehr beachtet werden.

Kein Zusammenhang Persönlichkeitsdimensionen - Essverhalten

Die Interpretation der Frage, ob verschiedene Persönlichkeitsdimensionen im Zusammenhang mit der Veränderung des Essverhaltens stehen, war aufgrund der Datenlage nicht möglich. Der Vergleich der Persönlichkeitsdimensionen lieferte hingegen das Ergebnis, dass diesbezüglich zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe keine bedeutsamen Unterschiede bestehen. Die Behandlungsgruppe dürfte somit der

Kontrollgruppe betreffend verschiedener Persönlichkeitsdimensionen ähnlich gewesen sein, wodurch wiederum angenommen werden kann, dass die Persönlichkeitsdimensionen für die Teilnahme an einem psychologischen Behandlungsprogramm für Adipositas nicht ausschlaggebend seien dürften.

Psychologische Programme verbessern Essverhalten

In Einklang mit Ellrot und Pudel (1997) kann insgesamt das Resümee gezogen werden, dass eine psychologische Beratung während einer stationären Rehabilitation indiziert ist, da diese Essverhalten und Gewicht nachhaltig positiv beeinflusst und damit den zentralen Risikofaktor Adipositas reduziert.

Da die Ergebnisse während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes, bei dem das multidisziplinäre Rehakonzept zum Tragen kommt, erzielt wurden, ist eine Übertragung der guten Ergebnisse auf ein ambulantes Setting eher schwierig, wenngleich gemutmaßt werden kann, dass ambulant ebenfalls positive Effekte mit verhaltenstherapeutischen Behandlungselementen erzielt werden können, da diese für stationäre und ambulante Settings indiziert sind (Hauner, 2000; Tuschhoff, 1996). Ein limitierender Faktor ist, dass stationäre Patienten durch den Rehabilitationsaufenthalt möglicherweise über eine höhere Motivation verfügen als adipöse Patienten in einem ambulanten Setting, obwohl eine ambulante umfassende Adipositasbehandlung durchaus möglich ist. Hier wäre natürlich eine an die stationäre Rehabilitation anschließende ambulante Weiterbetreuung, wie es Perri (1993) vorschlägt, wünschenswert, um die Nachhaltigkeit der erzielten Rehabilitationseffekte optimieren zu können.

Autoren

Mag. Dr. Rita Fuchs-Strizek^{1&2}, seit 2004 Klinische und Gesundheitspsychologin der Sonderkrankenanstalt /Rehabilitationszentrum der Pensionsversicherungsanstalt Saalfelden, Promotion 2007, Lehrbeauftragte der Universität Salzburg, freie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Ludwig Boltzmann Institutes für Rehabilitation interner Erkrankungen Saalfelden
E-Mail: rita.fuchs-strizek@pva.sozvers.at

Prim. MR Dr. Helmut Schwann², Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, seit 2004 Ärztlicher Leiter der Sonderkrankenanstalt/Rehabilitationszentrum Saalfelden der Pensionsversicherungsanstalt, gerichtlich beeideter Gutachter, Mitarbeit in Arbeitsgruppe für kardiologische und rheumatologische Rehabilitation, Verleihung des Titels Medizinalrat durch den Bundespräsidenten 2001.

Dr. Markus Arnold², Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Diplom für Geriatrie und Palliativmedizin, arbeitet seit 2004 in der Sonderkrankenanstalt/Rehabilitationszentrum Saalfelden der Pensionsversicherungsanstalt

Univ.-Doz. Dr. Werner Kullich¹, Biologe, seit 2004 Leiter des medizinischen Forschungsinstitutes „LBI für Rehabilitation interner Erkrankungen“, welches sich im Cluster für Rheumatologie, Balneologie und Rehabilitation der Boltzmann Gesellschaft befindet. Habilitation 2002, arbeitet seit über 25 Jahren experimentell, insbesondere auf dem Gebiet der Entzündungsmechanismen, Risikofaktoren bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen, Botenstoffe des Immunsystems, Einfluss von Ernährung auf Adipokine, Entzündungsparameter und antioxidatives System. Über 250 Publikationen in in- und ausländischen Fachzeitschriften und über 200 Fachvorträge, 3 Österreichische Staatspreise und weitere wissenschaftliche Preise.

Korrespondenz

Univ.- Doz. Dr. W. Kullich
Ludwig Boltzmann Institut für Rehabilitation interner Erkrankungen,
Thorerstraße 26, 5760 Saalfelden, Austria
Fax-Nr.: 06582/790-71290
E-Mail: lbirehab@aon.at

Literatur

- Bleichner, F., Bönner, G., Nord-Rüdiger, E., Rosenmeyer, D., Sailer, D., Schubmann, F., Weck, M., Wilhemi de Toledo, F. & Wirth, A. (2003). Leitlinien zur Adipositastherapie in Reha-Kliniken. Deutsche Adipositas-Gesellschaft.
Ellrot, T. & Pudel, V. (1997). Adipositas. Aktuelle Entwicklungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI-R. Göttingen: Hogrefe.
Glier, B. & Fisch, S. (2004). Adipositas in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ein integratives und interdisziplinäres Aufgabenfeld. Psychomed, 16, 199-207.

¹ Ludwig Boltzmann Institut für Rehabilitation interner Erkrankungen, Saalfelden, Cluster für Rheumatologie, Balneologie und Rehabilitation (Leiter: Univ.-Doz. Dr. W. Kullich)

² Sonderkrankenanstalt, Rehabilitationszentrum für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislaufkrankungen der PVA, Saalfelden (Ärztl. Leiter: Prim. MR Dr. H. Schwann)

- Hauner, H., Wechsler, J. G., Kluthe, R., Liebermeister, H., Ebersdobler, H., Wolfram, G., Fürst, P. & Jauch, K.W. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 25, 163-165.
- Hauner, H., Hamann, A., Husemann, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wiegand-Glebinski, W., Wirth, A. & Wofram, G. (2004). Prävention und Therapie der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
- Hauner, H. (2006). Adipositas – eine somatische oder psychische Erkrankung oder beides? *Herz*, 31, 207-212.
- Jeffery, R. W., Drenowski, A., Epstein, L. H., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., Wing, R. R. & Hill, D. R. (2000). Long term weight maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, 19, 5-16.
- McGill, H. C., McMahan, C.A., Hederick, E. E. et al., (2002). Obesity accelerates the progression of coronary atherosclerosis in young men. *Circulation*, 105, 2712-2718.
- Perri, M., Sears, S. J. & Clark, J. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care*, 16, 200-209.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). Fragebogen zum Essverhalten (FEV). Göttingen: Hogrefe.
- Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007.
- Tuschhoff, T. (1996). Mit Bauch und Kopf: Therapiemanual zur gruppentherapeutischen Behandlung von Adipositas in der stationären Rehabilitation. Tübingen: DGVT-Verlag.

Tabelle 1

Deskriptive und medizinische Merkmale der Behandlungs- ($N = 53$) und Kontrollgruppe ($N = 32$)

		<i>N</i>		<i>%</i>	
		<i>BG</i>	<i>KG</i>	<i>BH</i>	<i>KG</i>
Geschlecht	männlich	24	12	45.3	37.5
	weiblich	29	20	54.7	62.5
Schulabschluss	Hauptschule ohne Lehre	12	4	23.5	12.5
	Hauptschule mit Lehre	28	23	54.9	71.9
	Weiterführende Schule	6	2	11.8	6.3
	Matura/Hochschulabschluss	5	2	9.8	6.3
Lebenssituation	Ich lebe alleine	12	5	23.5	15.6
	Ich lebe mit Kind/Kindern	2	1	3.9	3.1
	Ich lebe mit Partner	26	15	51.0	46.9
	Ich lebe mit Partner und Kind/Kindern	11	11	21.6	34.4
Diagnosen	Herz	13	10	24.5	31.3
	Rheuma	33	21	62.3	65.6
	Herz und Rheuma	7	1	13.2	3.1
Alter		<i>M</i>		<i>SD</i>	
		<i>BG</i>	<i>KG</i>	<i>BG</i>	<i>KG</i>
Alter		55.43	54.78	56.00	55.00
Body-Mass-Index zu Rehabilitationsbeginn		34.06	33.30	33.06	32.53
				4.19	3.34

Anmerkungen. *BG* = Behandlungsgruppe, *KG* = Kontrollgruppe, *M* = Mittelwert, *Md* = Median, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle 2

*Staterhebungen des Essverhaltens und des Body-Maß-Indexes zu T1, T2 und T3
(t-Test für abhängige Stichproben)*

Behandlungsgruppe (N = 53)					<i>T1/T2</i>			<i>T2/T3</i>		
<i>FEV-Skala</i>	<i>Gruppe</i>	<i>M_{T1}</i>	<i>M_{T2}</i>	<i>M_{T3}</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Gesamt	8.21	10.25	11.93	3.87	52	.000**	2.65	40	.012*
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	Männer	6.63	7.75	9.72	1.47	23	.154	2.07	17	.054
	Frauen	9.53	12.31	13.67	3.93	28	.001**	1.63	22	.117
	Rheuma	8.20	10.47	12.19	-3.85	32	.001**	1.86	24	.076
	Herz	9.01	9.24	10.95	-0.25	12	.805	1.40	8	.200
Störbarkeit des Essverhaltens	Gesamt	6.92	6.01	5.86	2.59	52	.012*	0.04	40	.965
	Männer	6.25	6.37	4.96	0.27	23	.789	1.63	17	.121
	Frauen	7.48	5.72	6.55	3.76	28	.001**	1.98	22	.060
	Rheuma	6.64	6.13	6.13	1.14	32	.263	0.04	24	.970
Erlebte Hungergefühle	Gesamt	6.21	5.51	4.65	1.94	52	.058	1.87	40	.069
	Männer	6.13	6.40	4.69	0.59	23	.563	2.57	17	.020*
	Frauen	6.28	4.77	4.61	3.03	28	.005*	0.16	22	.877
	Rheuma	6.32	5.26	4.76	2.28	32	.029**	.567	24	.576
Body-Maß-Index (BMI)	Gesamt	34.06	33.07	32.03	4.11	49	.000**	2.60	38	.013*
	Männer	33.33	32.50	31.15	4.87	22	.000**	4.44	16	.000**
	Frauen	34.66	33.55	32.67	2.50	26	.019*	1.55	21	.137
	Rheuma	33.86	32.61	32.93	3.23	30	.003**	1.41	22	.172
	Herz	32.49	31.53	30.47	2.20	11	.050*	3.06	8	.016*
Kontrollgruppe (N = 32)					<i>T1/T2</i>			<i>T2/T3</i>		
<i>FEV-Skala</i>	<i>Gruppe</i>	<i>M_{T1}</i>	<i>M_{T2}</i>	<i>M_{T3}</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Gesamt	10.40	12.19	11.78	-2.81	31	.008**	0.59	31	.561
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	Männer	12.67	14.92	14.7	-2.53	11	.028*	0.19	11	.853
	Frauen	9.05	10.55	10.00	-1.72	19	.102	0.56	19	.584
	Rheuma	10.67	11.76	11.71	-1.52	20	.144	0.06	20	.949
	Herz	9.60	12.70	11.70	-2.39	9	.040*	0.62	9	.552
Störbarkeit des Essverhaltens	Gesamt	6.13	5.69	5.13	1.11	31	.275	1.51	31	.141
	Männer	7.42	7.00	6.33	.58	11	.576	0.80	11	.443
	Frauen	5.35	4.90	4.40	.95	19	.353	1.45	19	.163
	Rheuma	6.14	5.76	5.33	.80	20	.432	1.01	20	.323
	Herz	6.20	5.60	4.80	.75	9	.475	0.97	9	.359
Erlebte Hungergefühle	Gesamt	4.75	4.22	3.59	1.32	31	.196	1.64	31	.110
	Männer	5.33	5.75	4.58	-.73	11	.480	1.87	11	.089
	Frauen	4.40	3.30	3.00	2.14	19	.045*	0.63	19	.536
	Rheuma	4.05	3.76	3.57	.75	20	.460	0.46	20	.649
	Herz	6.60	5.60	4.00	.97	9	.358	1.99	9	.078
Body-Maß-Index (BMI)	Gesamt	33.30	31.83	30.54	5.34	31	.000**	0.99	30	.329
	Männer	36.10	34.38	31.76	2.41	11	.035*	1.55	11	.150
	Frauen	31.62	30.30	30.36	11.0 9	19	.000**	0.30	18	.771
	Rheuma	33.63	32.43	30.17	12.3 0	20	.000**	1.23	20	.234
	Herz	32.75	30.71	32.12	2.39	9	.041*	-0.64	8	.538

Anmerkungen. M = Mittelwert. Skala *Kognitive Kontrolle des Essverhaltens*: Der Summenwert kann zwischen 0 (= keine kognitive Kontrolle) und 21 (= extreme kognitive Kontrolle) liegen. Skala *Störbarkeit des Essverhaltens*: Der Summenwert kann zwischen 0 (= keine Störbarkeit) und 16 (= extreme Störbarkeit) liegen. Skala *Erlebte Hungergefühle*: Der Summenwert kann zwischen 0 (= keine störenden Hungergefühle) und 14 (= sehr stark störende Hungergefühle) liegen. T1 = Rehabilitationsbeginn. T2 = Rehabilitationsabschluss. T3 = Katamnese (= 3 Monate nach Rehabilitationsabschluss). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabelle 3

Veränderungsdifferenzen des Essverhaltens und des Body-Maß-Indexes
(t-Test für unabhängige Stichproben)

FEV-Skala	Gruppe	$M_{DiffT1T2}$		$M_{DiffT2T3}$		DiffT1/T2			DiffT2/T3		
		BG	KG	BG	KG	t	df	p	t	df	p
	Gesamt	-2.03	-1.78	-1.54	0.41	-0.30	83	.766	-2.17	71	.033*
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	Männer	-1.12	-2.25	-2.13	0.17	0.91	34	.371	-1.58	28	.125
	Frauen	-2.79	-1.50	-1.09	0.55	-1.15	47	.257	-1.41	41	.168
	Rheuma	-2.27	-1.10	-1.56	0.05	-1.25	52	.216	-1.41	44	.165
	Herz	-.23	-3.10	-1.75	1.00	1.87	21	.076	-1.32	17	.204
Störbarkeit des Essverhaltens	Gesamt	.91	.44	.025	.56	0.86	83	.391	-0.80	66	.430
	Männer	-.12	.42	1.54	.67	-0.66	34	.514	0.65	28	.521
	Frauen	1.76	.45	-1.16	.50	1.90	47	.063	-2.44	34	.020*
	Rheuma	.51	.38	-.02	.43	0.19	52	.850	-0.60	44	.551
	Herz	1.63	.60	-1.19	.80	1.19	21	.249	-1.49	17	.155
Erlebte Hungergefühle	Gesamt	0.70	0.53	0.80	0.63	0.31	83	.761	0.30	71	.765
	Männer	-0.27	-0.42	1.72	1.17	0.19	34	.850	0.58	28	.570
	Frauen	1.51	1.10	0.08	0.30	0.55	47	.583	-0.31	41	.762
	Rheuma	1.06	0.29	0.26	0.19	1.18	52	.244	0.11	44	.914
	Herz	-0.13	1.00	1.00	1.60	-0.95	21	.352	-0.45	17	.655
Body-Mass-Index (BMI)	Gesamt	0.91	1.46	1.31	1.38	-1.56	80	.123	-0.05	37	.961
	Männer	0.85	1.73	1.31	2.62	-1.56	33	.129	-0.93	28	.361
	Frauen	0.97	1.31	1.31	.60	-0.73	45	.471	0.34	39	.735
	Rheuma	1.08	1.19	1.21	2.26	-0.26	50	.793	-0.55	43	.584
	Herz	0.58	2.04	1.45	-1.25	-1.76	20	.093	1.35	16	.195

Anmerkungen. DiffT1T2 = Rohwert₁ - Rohwert₂. DiffT2T3 = Rohwert₂ - Rohwert₃. T1 = Rehabilitationsbeginn. T2 = Rehabilitationsabschluss. T3 = Katamnese (= 3 Monate nach Rehabilitationsabschluss. BG = Behandlungsgruppe, KG = Kontrollgruppe, * p < .05. ** p < .01.

Tabelle 4

Statistische Kennwerte der FPI-R-Skalen

Behandlungsgruppe	Gesamt (N=53)			Männer (N=24)			Frauen (N=29)			Herz (N=13)			Rheuma (N=33)		
	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD
Lebenszufriedenheit	7.14	7.12	1.67	6.88	6.89	1.80	7.35	7.84	1.55	6.71	6.000	2.06	7.33	7.80	1.44
Soziale Orientierung	7.00	7.05	1.66	6.84	7.00	2.21	7.14	7.05	1.05	6.95	7.00	1.50	7.05	7.00	1.82
Leistungsorientierung	7.14	7.14	2.68	7.23	7.23	2.40	7.07	7.33	2.93	7.88	8.00	2.97	6.76	7.00	2.66
Gehemtheit	6.14	5.92	2.46	5.77	5.40	2.51	6.45	6.20	2.42	5.85	5.00	2.15	6.02	6.00	2.57
Erregbarkeit	6.98	6.99	1.55	7.05	6.99	1.87	6.92	6.71	1.25	6.97	7.00	1.64	6.75	6.00	1.47
Aggressivität	3.68	3.02	2.85	4.75	4.00	3.44	2.79	2.64	1.88	3.43	2.00	3.34	3.41	3.00	2.55
Beanspruchung	6.57	6.90	3.44	7.06	7.11	3.33	6.16	6.69	3.54	7.96	10.00	4.50	5.98	6.56	3.03
Körperliche Beschwerden	4.99	5.00	2.61	4.25	3.50	2.65	5.60	5.40	2.46	5.46	5.00	2.26	4.56	5.00	2.57
Gesundheitssorgen	6.23	6.08	2.90	5.74	5.86	2.84	6.64	6.56	2.94	4.92	5.00	2.90	6.51	6.15	2.86
Offenheit	5.27	5.17	2.64	6.39	6.22	2.43	4.35	4.33	2.48	4.20	4.00	2.55	5.57	5.49	2.76
Extraversion	6.83	7.17	2.96	7.42	7.51	3.12	6.34	7.00	2.80	6.51	8.00	3.30	6.77	7.00	2.88
Emotionalität	7.19	7.41	3.84	7.07	7.05	3.82	7.29	8.14	3.92	8.15	9.00	4.71	6.68	7.1	3.64
Kontrollgruppe	Gesamt (N=32)			Männer (N=12)			Frauen (N=20)			Herz (N=10)			Rheuma (N=21)		
	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD	M	Md	SD
Lebenszufriedenheit	6.96	7.00	1.70	7.00	7.00	1.76	6.94	7.00	1.71	6.70	6.50	1.77	7.12	7.00	1.69
Soziale Orientierung	6.93	7.00	1.48	6.80	7.00	1.32	7.00	7.00	1.59	6.70	7.00	1.49	7.05	7.00	1.54
Leistungsorientierung	6.97	8.00	3.04	7.00	9.00	3.50	6.95	7.50	2.91	6.22	6.00	2.49	7.58	8.00	3.10
Gehemtheit	6.85	7.00	2.72	7.44	8.00	2.35	6.53	6.00	2.92	7.00	7.00	2.50	6.81	7.50	2.99
Erregbarkeit	7.10	7.00	1.92	7.36	8.00	2.20	6.95	6.50	1.79	7.00	6.00	1.89	7.05	7.00	1.99
Aggressivität	3.27	2.00	2.59	2.10	2.00	1.37	3.85	2.50	2.87	3.80	3.00	2.74	3.05	2.00	2.52
Beanspruchung	5.31	5.00	2.90	4.67	5.00	3.28	5.60	5.50	2.76	7.11	6.00	2.76	4.63	4.00	2.65
Körperliche Beschwerden	3.97	3.00	2.95	4.92	5.00	2.88	3.42	3.00	2.93	3.56	3.00	3.24	4.25	3.50	2.92
Gesundheitssorgen	6.31	7.00	2.93	7.56	8.00	2.74	5.75	7.00	2.90	5.00	7.00	3.24	6.95	7.00	2.72
Offenheit	5.94	6.00	2.82	4.82	4.00	1.89	6.55	6.50	3.09	6.50	6.50	2.63	5.70	5.50	2.99
Extraversion	6.81	6.00	2.92	5.78	5.00	3.49	7.33	7.50	2.54	7.25	7.50	3.77	6.56	6.00	2.64
Emotionalität	6.89	6.00	3.70	6.38	6.50	3.02	7.10	6.00	3.99	8.56	8.00	4.39	6.11	6.00	3.23

Anmerkungen. M = Mittelwert, Md = Median, SD = Standardabweichung.

Tabelle 5

Unterschiede im Essverhalten hinsichtlich des Geschlechts sowie zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe (t-Test für unabhängige Stichproben)

FEV-Skala		Behandlungsgruppe					Kontrollgruppe					
		Frauen		Männer		t	df	p	Frauen		Männer	
		M	M	M	M				t	df	p	
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	DiffT1/T2	-2.79	-1.12	-1.60	51	.116	-1.50	-2.25	0.57	30	.575	
	DiffT1/T2	-1.09	-2.13	0.88	39	.382	0.55	0.17	0.26	30	.793	
Störbarkeit des Essverhaltens	DiffT1/T2	1.76	-0.12	2.86	51	.006	0.45	0.42	0.04	30	.968	
	DiffT1/T2	-1.16	1.54	-2.54	39	.015	0.50	0.67	-0.18	15	.857	
Erlebte Hungergefühle	DiffT1/T2	1.51	-0.27	2.58	51	.013	1.10	-0.42	1.90	30	.066	
	DiffT1/T2	0.08	1.72	-1.96	39	.057	0.30	1.17	-1.10	23	.282	

FEV-Skala		BG	KG	t	df	p
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	T1	8.21	10.40	-2.27	51	.028*
	T2	10.25	12.19	-1.60	50	.115
	T3	11.93	11.78	0.12	59	.906
Störbarkeit des Essverhaltens	T1	6.92	6.13	1.03	83	.305
	T2	6.01	5.69	0.47	83	.640
	T3	5.86	5.13	1.96	71	.342
Erlebte Hungergefühle	T1	6.21	4.75	1.92	83	.059
	T2	5.51	4.22	1.62	83	.109
	T3	4.65	3.59	1.38	71	.171

Anmerkungen. DiffT1T2 = Rohwert₁ - Rohwert₂, DiffT2T3 = Rohwert₂ - Rohwert₃, T1 = Rehabilitationsbeginn, T2 = Rehabilitationsabschluss, T3 = Katamnese (= 3 Monate nach Rehabilitationsabschluss). BG = Behandlungsgruppe, KG = Kontrollgruppe, * p < .05, ** p < .01.

Tabelle 6

Zusammenhänge (Pearson-Korrelation) zwischen der Persönlichkeit und der Veränderung des Essverhaltens

FPI-R-Skalen	DiffT1/T2						DiffT2/T3					
	Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, gezügeltes Essverhalten		Störbarkeit des Essverhaltens		Erlebte Hungergefühle		Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, gezügeltes Essverhalten		Störbarkeit des Essverhaltens		Erlebte Hungergefühle	
	BG	KG	BG	KG	BG	KG	BG	KG	BG	KG	BG	KG
Lebenszufriedenheit	-.056	.380	.076	-.036	.170	-.364	-.125	-.373	.277	-.112	.168	.056
Soziale Orientierung	-.023	-.273	-.076	.134	-.054	.198	.152	.149	.282	-.007	.271	-.156
Leistungsorientierung	-.192	-.117	.179	.091	.290*	-.181	.000	.230	.153	.083	.110	.071
Gehemtheit	-.055	-.034	-.006	.290	-.102	.153	.128	-.092	.004	-.317	-.365*	-.124
Erregbarkeit	-.158	-.032	-.072	.152	-.041	.026	.116	-.075	.361*	-.051	.052	.018
Aggressivität	-.053	-.138	-.038	.170	-.048	.404*	.067	-.023	.422**	.043	.146	-.102
Beanspruchung	.062	-.146	.043	.202	.442**	.145	.043	.115	.175	.174	-.093	.353
Körperliche Beschwerden	-.130	.045	-.015	.193	.128	-.019	.299	-.216	-.045	.122	-.277	.166
Gesundheits-sorgen	.045	-.131	-.078	-.019	.168	.041	-.176	-.212	.329*	-.085	.284	-.275
Offenheit	.178	.041	-.041	.036	-.201	.267	.101	.065	.121	.025	-.065	.039
Extraversion	-.067	-.169	.015	.162	.117	.179	.009	.014	.296	.189	.136	-.011
Emotionalität	.095	-.071	.058	.323	.296*	.312	.059	-.128	.154	.038	.025	.140

Anmerkungen. DiffT1T2 = Rohwert₁ - Rohwert₂, DiffT2T3 = Rohwert₂ - Rohwert₃, T1 = Rehabilitationsbeginn, T2 = Rehabilitationsabschluss, T3 = Katamnese (= 3 Monate nach Rehabilitationsabschluss). BG = Behandlungsgruppe, KG = Kontrollgruppe, * p < .05, ** p < .01.

Article inédit (Synthèse)

R. Fuchs-Strizek, H. Schwann, M. Arnold, W. Kullich

Adiposité, comportements alimentaires et structure de la personnalité – des modifications efficaces dans le cadre d’une hospitalisation de plusieurs semaines dans un centre de réhabilitation

Au cours des 20 dernières années, le nombre de personnes en fort surpoids a beaucoup augmenté dans les pays occidentaux industrialisés. L’adiposité provoque des troubles somatiques, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies touchant le squelette et les muscles, etc., en plus d’avoir une influence négative sur la qualité de vie. Dans les centres de réhabilitation où l’on traite toutes ces maladies, on enregistre un nombre croissant de patients adipeux ; dans ce sens, le traitement du surpoids maladif devient un élément thérapeutique important. Dans la présente étude, nous avons examiné l’efficacité et la durabilité d’un programme de traitement psychologique destiné à ce type de patients. Les cas de 85 patients souffrant de maladies cardiaques, circulatoires et/ou de rhumatismes ont été examinés à partir d’une analyse de leur comportement par rapport à la nourriture (FEV) et de la structure de leur personnalité (Freiburger Persönlichkeitsinventar; FPI-R). Il s’est agi d’une étude longitudinale, des mesures étant effectuées à trois moments (pré- et post-étude, ainsi que catamnèse) et un groupe de contrôle étant inclus. Les résultats montrent que le programme de traitement psychologique offert à des patients souffrant d’adiposité (N=53) a conduit à une modification souhaitable et positive de leur comportement par rapport à la nourriture.

D’abord, ils sont devenus passablement plus conscients de ce comportement, ce qui est indispensable s’ils souhaitent maigrir ; ensuite, certaines composantes négatives, comme l’instabilité des comportements nutritionnels ainsi que le sentiment de faim, ont nettement diminué. Pendant leur séjour, les participants à l’étude et le groupe de contrôle ont nettement perdu du poids ; mais au moment de la catamnèse, une perte supplémentaire de poids n’a été enregistrée que dans le groupe ayant suivi le programme. Ce dernier s’est avéré particulièrement efficace chez les patientes de sexe féminin, même si, concernant les hommes, le sentiment de faim et le Body Mass Index avait également diminué après trois mois. Le programme a eu des effets différents chez les patients souffrant de rhumatisme et chez ceux qui souffraient de maladies cardiovasculaires. Concernant la structure de la personnalité, aucune différence n’a été enregistrée entre le groupe traité et le groupe de contrôle ; il n’a pas non plus été possible de mettre en évidence des effets spécifiques dans les deux groupes, en rapport avec le succès du programme. Dans l’ensemble, les résultats de l’étude indiquent que ce type de programme psychologique devrait être implémenté et offert à des patients hospitalisés dans une clinique de réhabilitation et traités pour des troubles cardiovasculaires ou des maladies du squelette ou des muscles.