

Psychologische Aspekte der kindlichen Adipositas und ihre Behandlung

Binia Roth, Leitende Psychologin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland
S. Munsch, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel
U. Zumsteg, Universitäts-Kinderklinik beider Basel
E. Isler, Chefarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland, Bruderholz, Basel

Prävalenz

Die zunehmenden Prävalenzraten der Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellen weltweit ein ernst zu nehmendes gesellschaftliches Problem dar⁽¹⁻⁴⁾. In der Schweiz liegen die Prävalenzzahlen für kindliches Übergewicht bei 16,6 % für Jungen resp. 19,1% für Mädchen⁽⁵⁾. Der Anteil der adipösen Kinder liegt bei 3,8% resp 3,9%. Dies bedeutet eine 50- 100%ige Zunahme des kindlichen Übergewichts seit den 60er- und 80er-Jahren (siehe auch⁽⁶⁾).

Folgerscheinungen der kindlichen Adipositas

Die somatischen Folgen der Adipositas bei Kindern gleichen mit zunehmender Krankheitsdauer denjenigen der Erwachsenen (siehe auch⁽⁷⁾).

Nebst den körperlichen Risikofaktoren sind adipöse Kinder von psychosozialen Auswirkungen der Adipositas betroffen. Übergewichtige Kinder werden früh mit negativen Einstellungen gegenüber ihrem Äusseren konfrontiert. Bereits Sechsjährige beurteilen die Erscheinung eines übergewichtigen Kindes als faul, schmutzig, dumm und unattraktiv⁽⁸⁾. Latner & Stunkard⁽⁹⁾ replizierten eine Studie aus dem Jahr 1961, in welcher Abbildungen von Kindern zu bewerten waren: Die Zeichnungen mit den Abbildungen adipöser Kinder wurden am negativsten beurteilt, sogar noch um ein Vielfaches negativer als vor 40 Jahren⁽¹⁰⁾. Das heisst, die Stigmatisierung adipöser Kinder scheint in den letzten Jahrzehnten parallel zur Entwicklung eines überschuldenen, gesellschaftlichen Schönheitsideals massiv zugenommen zu haben⁽⁹⁾.

Diese negative Etikettierung kann sich hemmend auf die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts sowie auf den Aufbau von sozialen Kontakten auswirken^(11, 12). Das Selbstwertgefühl übergewichtiger Kinder unterscheidet sich vor allem im Bereich der körperlichen Erscheinung, Attraktivität und Körperbild

vom Selbstwert der normalgewichtigen^(13, 14). Schwimmer, Burwinkle & Varni⁽¹⁵⁾ konnten zeigen, dass nur noch krebskranke, unter Chemotherapie stehende Kinder eine vergleichbar geringe Lebensqualität aufweisen.

Die Diskriminierung übergewichtiger Jugendlicher wirkt sich auch auf ihre Ausbildung und ihr späteres Berufsleben aus^(16, 17). Bei einer äquivalenten intellektuellen Fähigkeit absolvierten übergewichtige junge Frauen deutlich weniger Schuljahre, waren deutlich weniger oft verheiratet und verfügten über ein tieferes Einkommen pro Haushalt. Hinweise auf eine soziale Benachteiligung adipöser Kinder geben unter anderem die Autoren Sobal und Stunkard⁽¹⁸⁾, die bei 40% aller Studien, die in ihrer Übersichtsarbeit referiert wurden, ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und hohem BMI gefunden wurde.

Die vielfältigen Stigmatisierungen können schon bei jüngeren Kindern dazu führen, ausschliesslich auf negative Aspekte der eigenen Figur zu fokussieren und in der Folge Diätverhalten zu entwickeln^(19, 20). Die «Angst vor Gewichtszunahme» ist in unserer Gesellschaft zu einer eigenen «Krankheit» und psychischen Belastung für weite Teile der Bevölkerung geworden⁽²¹⁾. Dies trifft neuerdings insbesondere auch für Kinder zu: Übergewichtige Kinder entwickeln signifikant häufiger ein restriktives Essverhalten, Unzufriedenheit mit ihrem Körper und bekunden Angst vor einer Gewichtszunahme^(22, 23). Ebenso entwickeln übergewichtige Kinder häufiger als normalgewichtige ein negativ gefärbtes Körperbild⁽²⁴⁻²⁶⁾. Dies sind besorgniserregende Befunde, da die genannten Faktoren Risikofaktoren zur Entwicklung von Essstörungen darstellen. Gerade ein restriktives, rigides Essverhalten führt häufig zu Kontrollverlust im Sinne von Heisshungeranfällen, welche wiederum nebst Gewichtszunahmen auch schwerwiegende psychische Folgen haben. Zusätzlich wirkt sich das wiederholte Erleben, bei der Lösung des Problems Adipositas unwirksam zu sein, lang-

fristig negativ auf die Einschätzung der Selbstwirksamkeit aus⁽²⁷⁻²⁹⁾, die negative Einschätzung der eigenen Problemlösefähigkeit kann sich generalisieren und anhaltende Stimmungsbeeinträchtigungen begünstigen.

Übergewicht und komorbide psychische Erkrankungen

Sowohl bei Erwachsenen wie auch bei Kindern, die von Übergewicht betroffen sind, gibt es immer deutlichere Hinweise darauf, dass affektive Störungen und Angststörungen bei übergewichtigen erwachsenen jungen Frauen signifikant häufiger auftreten als bei normalgewichtigen Kontrollpersonen⁽³⁰⁾. Bei adipösen Kindern wurden nebst affektiven Störungen vor allem externalisierende Verhaltensstörungen wie ADHD gehäuft gefunden^(31, 32). Zudem weisen auch übergewichtige Kinder vermehrt ein gestörtes Essverhalten im Sinne einer Binge Eating Disorder (BED) auf⁽³³⁻³⁶⁾. In klinischübergewichtigen Populationen (Personen, die sich zu einer Behandlung meldeten) wurden deutlich mehr Kinder mit psychischen Störungen gefunden, als in der nicht-klinischen übergewichtigen Bevölkerung^(37, 38). Die Anzahl der übergewichtigen Kinder, welche eine psychische Störung aufweist, ist signifikant höher als in der Normalbevölkerung, jedoch vergleichsweise zu niedrig, um von einer generellen Belastung aller übergewichtigen Kinder zu sprechen. Dies legt die Vermutung nahe, dass im heterogenen Kollektiv der adipösen Kinder Untergruppen speziell gefährdet sind, psychopathologische Symptome zu entwickeln.

Übergewicht ist nicht als psychische Störung bei Kindern klassifiziert. Dennoch scheinen adipöse Kinder, die häufig gehänselt und ausgegrenzt werden, massiv unter ihrem Gewicht und Aussehen zu leiden (s. oben), entwickeln häufig sekundär psychische Symptome und versuchen, ihr Gewicht durch ein dysfunktionales, gestörtes Essverhalten zu regulieren. Möglicherweise rechtfertigt nicht das Vorhandensein einer psychischen Störung die Klassifikation als Verhaltensstörung und deren psychologischen Behandlung, sondern das Ausmass der generellen psychischen Belastung, als Reaktion auf einen subjektiv unangenehmen, als unveränderbar erlebten körperlichen Zustand und soziale Situation.

Ätiologie

Hinsichtlich der Ätiologie und Aufrechterhaltung der Adipositas werden heute viel-

fältige biologische, psychologische und soziokulturelle Faktoren diskutiert. Übergewicht resultiert zwar aus einem Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr und -verbrauch, aber die Ursachen für dieses Ungleichgewicht sind auch genetischer Natur. Zwilling- und Adoptionsstudien weisen auf einen hohen Varianzanteil des BMIs von 60–86% durch die genetische Disposition bzw. Verwandtschaft hin^{39), 40)}.

Die positive Energiebilanz ist mit zu viel Energiezufuhr bzw. zu grosse Mengen und zu fett- haltige Speisen, und zu wenig Energieverbrauch bzw. zu wenig Bewegung zu erklären. Allgemein ist mit der Fastfoodindustrie zeitgleich zum Anstieg der Adipositasprävalenz nicht nur ein erhöhter Verzehr von Fett und raffinierten Lebensmittel zu verzeichnen, sondern auch eine Tendenz zu grösseren Portionen und häufigeren Mahlzeiten^{41), 42)}.

Neben Ernährungsfaktoren ist auch das Essverhalten mit Übergewicht assoziiert: Übergewichtige Kinder essen wesentlich schneller als normalgewichtige Kinder und die Essgeschwindigkeit nimmt im Verlauf der Mahlzeit nicht ab⁴³⁾. Drucker, Hammer, Agras und Bryson⁴⁴⁾ stellten fest, dass der mütterliche Umgang mit Essen, d.h. die Frequenz des Nahrungsmittelangebots bzw. die Häufigkeit, mit der verbale Essensaufforderungen gegeben werden, entscheidenden Einfluss auf das kindliche Essverhalten hat. Wie, wo und in welchem Tempo zuhause gegessen wird, ist für die Entwicklung des Essstils von Bedeutung. Vor allem die Tradierung des Essstils von Müttern zu Töchtern spielt eine wichtige Rolle: Mütter mit enthemmtem Essverhalten haben übergewichtigere Töchter⁴⁵⁾. Die Entwicklung von Übergewicht kann auch durch psychologische Faktoren beeinflusst sein. Ein niedriger Selbstwert, negatives Körperkonzept, Angst und affektive Störungen sind mit Übergewicht assoziiert, jedoch ist der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nicht geklärt. In prospektiven Studien konnten sowohl depressive Stimmung als auch Störung des Sozialverhaltens als Prädiktoren isoliert werden^{46)–48)}.

Sowohl elterliche Vernachlässigung als auch kognitive Unterstimulation konnten mit der Entwicklung von Adipositas in Verbindung gebracht werden^{49), 50)}. Studien an erwachsenen adipösen Patienten zeigten ein deutlich häufigeres Vorkommen von sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit⁵¹⁾.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Vulnerabilität, Übergewicht zu entwickeln, vererbt wird, dass sich der Phäno-

TAKE – Training von adipösen Kindern und ihren Eltern

Ein multidisziplinäres Projekt

Was ist TAKE?

Als Zusammenarbeit der Universität Basel und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland wird in der Region Basel seit zwei Jahren das Training TAKE angeboten: Eltern und Kinder werden dabei in einem verhaltenstherapeutischen Training getrennt in Gruppen behandelt, Ernährungsberatung und Sport ergänzen das Angebot. Im Zusammenhang mit den angestrebten Verhaltensänderungen in den Bereichen Essen, Ernährung und Bewegung werden psychologische Themen wie unrealistische Gewichtsziele, negative Einstellungen zur eigenen Person und zum eigenen Körper sowie Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen zum Thema gemacht. Somit werden bedeutende psychologische, aufrechterhaltende Faktoren wie mangelnde soziale Fertigkeiten, Isolation und negatives Körperbild bei den Kindern und dysfunktionale Erziehungsstrategien bei den Eltern zum Gegenstand der Behandlung.

Die Behandlung gliedert sich in eine erste Phase mit 10 wöchentlichen Gruppensitzungen, daran schliessen sich 6 monatliche Gruppensitzungen, dann folgen Auffrischsitzungen über mehrere Jahre.

Ziel von TAKE?

Ziel des vorliegenden Forschungsprojektes ist es, einerseits ein effektives familienzentriertes Behandlungsprogramm vorzulegen und andererseits die Effektivität der Behandlung von Eltern und Kindern oder von Eltern allein gegeneinander in Bezug auf die langfristige Wirksamkeit zu überprüfen.

Wer ist TAKE?

TAKE stellt eine multidisziplinäre Zusammenarbeit des Instituts für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel (Dr. phil. S. Munsch; Prof. J. Margraf), des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland (lic. phil. B. Roth, Dr. med. E. Isler), der Universitäts-Kinderklinik beider Basel (PD Dr. U. Zumsteg), Frau A. Fischer, Ernährungsberaterin, sowie des Instituts für Sport der Universität Basel (Prof. R. Ehrsam) dar und wird vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt.

Wie erreiche ich TAKE?

Anmeldung und Information: 061 267 0667, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel (Tonband, Sie werden zurückgerufen oder können Ihre Adresse hinterlassen und wir senden Ihnen Informationsmaterial).

typ jedoch nur in einem entsprechenden Umfeld manifestieren kann. Das Umfeld wird beim Kind vor allem von seiner Familie, von seinen Eltern geprägt. Nebst der genetischen Disposition werden sowohl Ernährungsweise, Essverhalten wie auch Bewegung in der Familie als Muster weitergegeben, die Eltern spielen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und schliesslich auch bei der Veränderung von Verhaltensweisen.

Behandlung

Wichtigstes Ziel einer Adipositasbehandlung stellt nach einer initialen Gewichtsreduktion die Aufrechterhaltung des erreichten Gewichts dar. Die Prognose ist hier für die Behandlung der Kinder deutlich günstiger als

bei Erwachsenen: Verhaltensmuster sind weniger eingefahren, eine Gewichtsstabilisierung genügt zur Reduktion des BMIs und das Umfeld kann in die Behandlung miteinbezogen werden. Die besten Erfolge lassen sich mit einer Kombination von Ernährungsmanagement, körperlicher Aktivität und Verhaltenstherapie erzielen⁵²⁾.

Der Einbezug der Eltern in die Behandlung erwies sich bei Behandlungsende sowie in der Katamnese effektiver als die alleinige Behandlung der Kinder^{53)–56)}. Es gibt auch Belege dafür, dass die alleinige Behandlung der Eltern der Behandlung der Kinder überlegen ist⁵⁷⁾. Langfristig erfolgsversprechend sind die Umstellung der Ernährungs-, Ess-, und Bewegungsgewohnheiten und das Formulieren moderater, längerfristiger Gewichtsziele.

Die Umstellung auf eine fettnormalisierte, kohlenhydratbetonte Ernährung sollte in kleinen Schritten erfolgen, sodass Erfolgserlebnisse beim Erreichen von Zielen und Zwischenzielen garantiert werden können. Nur so lässt sich die notwendige langfristige Motivation und Compliance bei Kindern und Jugendlichen, wie auch bei Erwachsenen, unterstützen. Um das Selbstmanagement in Familien zu fördern, wird kein fest vorgeschriebener Menüplan im Sinne einer eigentlichen Diät abgegeben, sondern es werden allgemeine Ernährungsregeln vermittelt und begründet und die Durchführung der freien Wahl der Familie überlassen⁵⁵⁾.

Neben der Ernährungsweise kommt der körperlichen Aktivität bei der Behandlung der Adipositas eine entscheidende Funktion zu. Körperliche Bewegung stellt eine natürliche Beschäftigungsform von Menschen und insbesondere von Kindern dar. Zusammenhänge zwischen dem heutigen «sedentary lifestyle», d.h. dem allgemeinen, gesellschaftlich bedingten Bewegungsmangel (Fernsehkonsument und Computerspiele) und Übergewicht bei Kindern und Erwachsenen, konnten eindeutig nachgewiesen werden⁵⁶⁾. Die meisten Gewichtsreduktionsprogramme für Kinder empfehlen sportliche Aktivität.

Im englischen und im deutschen Sprachraum liegen verschiedene verhaltenstherapeutisch orientierte Adipositastrainings für Kinder vor^{55), 59)-63)}, deren Effekte zumindest kurzfristig teilweise belegt sind.

Adipöse Kinder sind eine mehrfach belastete Risikogruppe: sie haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, später adipöse Erwachsene zu werden mit allen assoziierten somatischen Krankheitsfolgen. Zudem sind sie schon früh Entwertungen und Etikettierungen ausgesetzt, was von der Ausformung eines negativen Selbstkonzepts bis zur Entwicklung von psychischen Störungen wie Depressionen und Verhaltensauffälligkeiten führen kann. Diese Kinder müssen möglichst früh gemeinsam mit ihren Eltern einer effektiven Behandlung zugeführt werden. Bislang fehlen in der Schweiz solche überprüfte Programme. Mit TAKE (s. Kasten) wird in einem gemeinsamen Projekt der Universität Basel, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Baselland, der Universitätskinderklinik beider Basel versucht, diese Lücke zu schliessen.

Korrespondenzadresse:

Lic. phil. Binia Roth
Leitende Psychologin
Kinder- und Jugendpsychiatrischer
Dienst Baselland
Personalhaus B des Kantonsspitals
4101 Bruderholz
Tel. 061 425 56 56
Fax 061 425 56 00
binia.roth@kpd.ch

Referenzen

www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol15/n6/index.htm