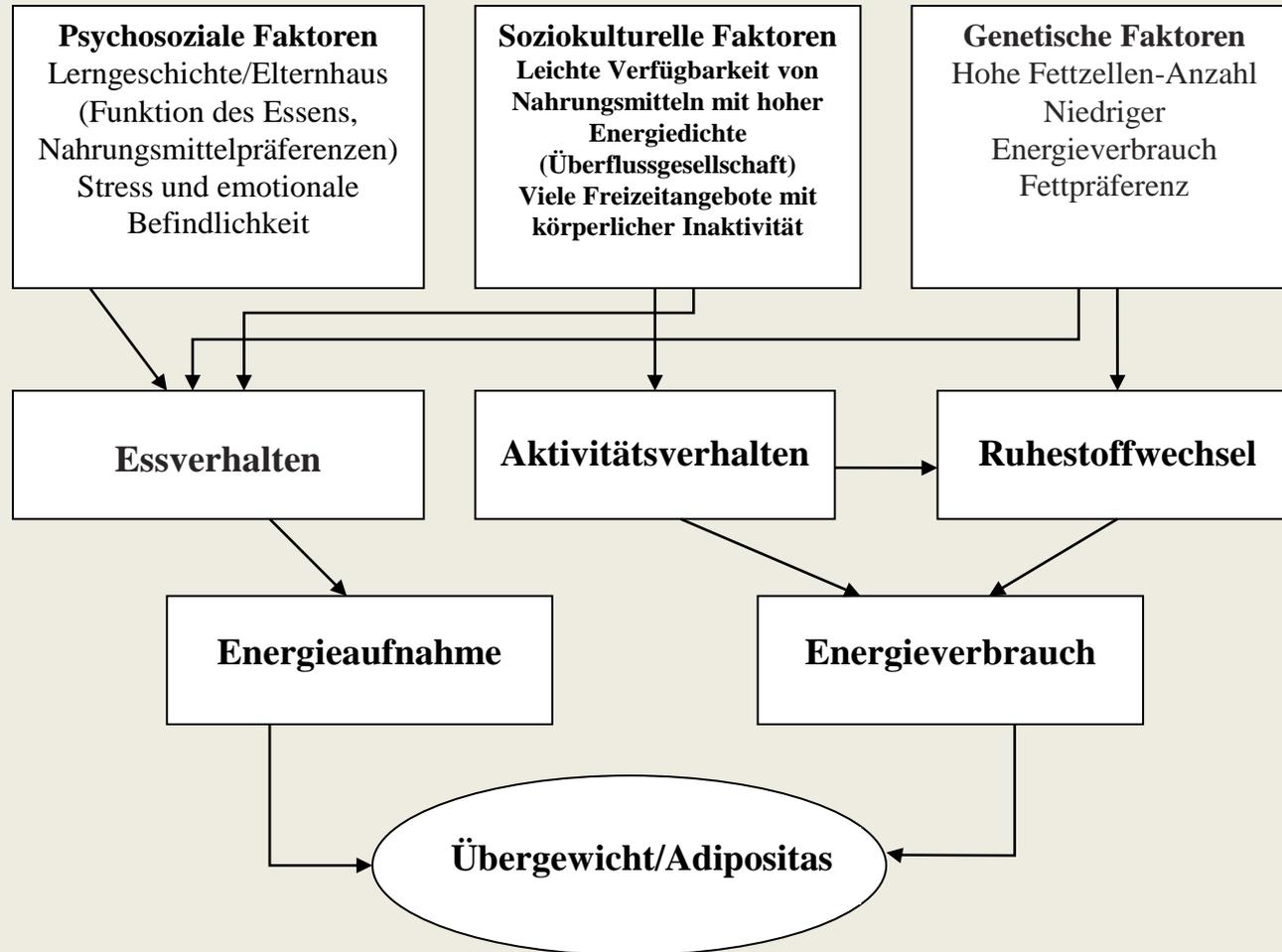
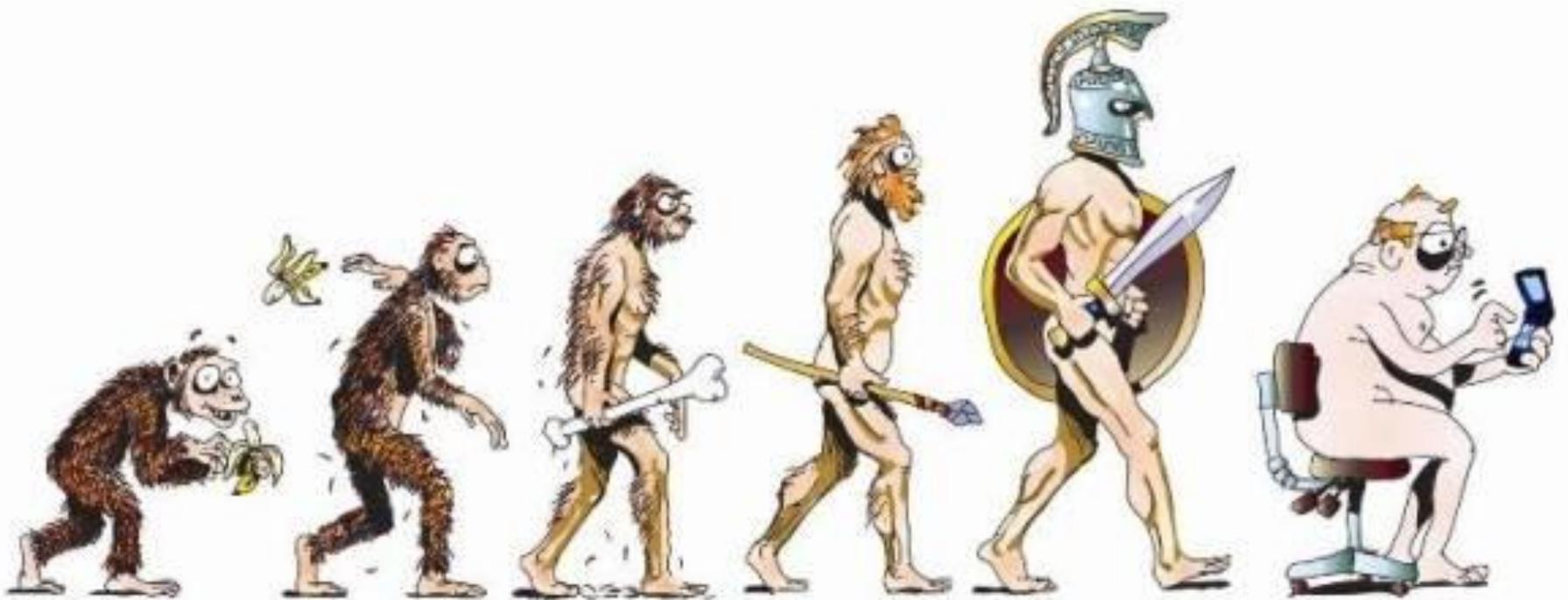


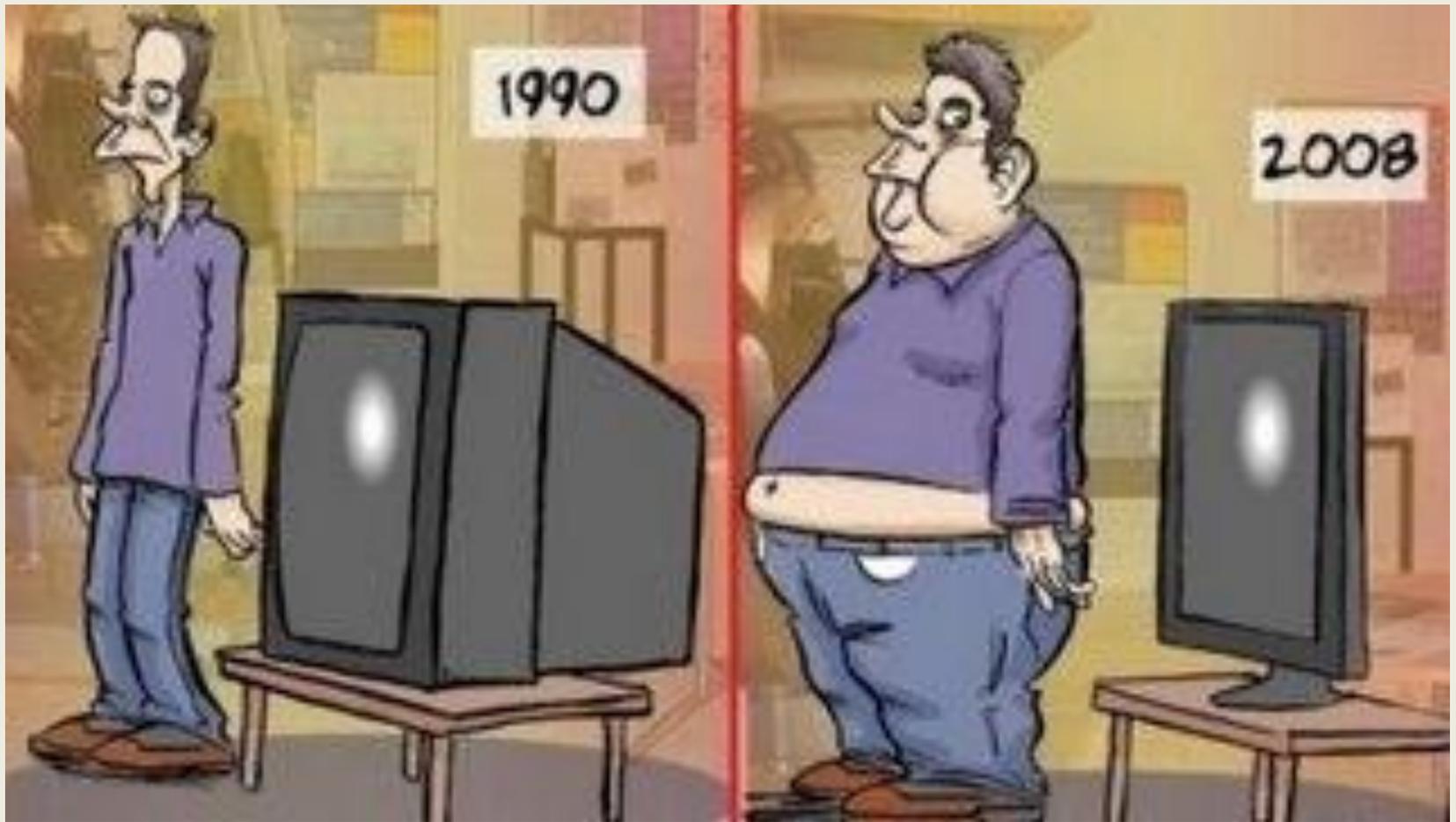
Bewegungstherapie bei Adipositas

Integration psychotherapeutischer
Anteile in die
bewegungstherapeutische Praxis

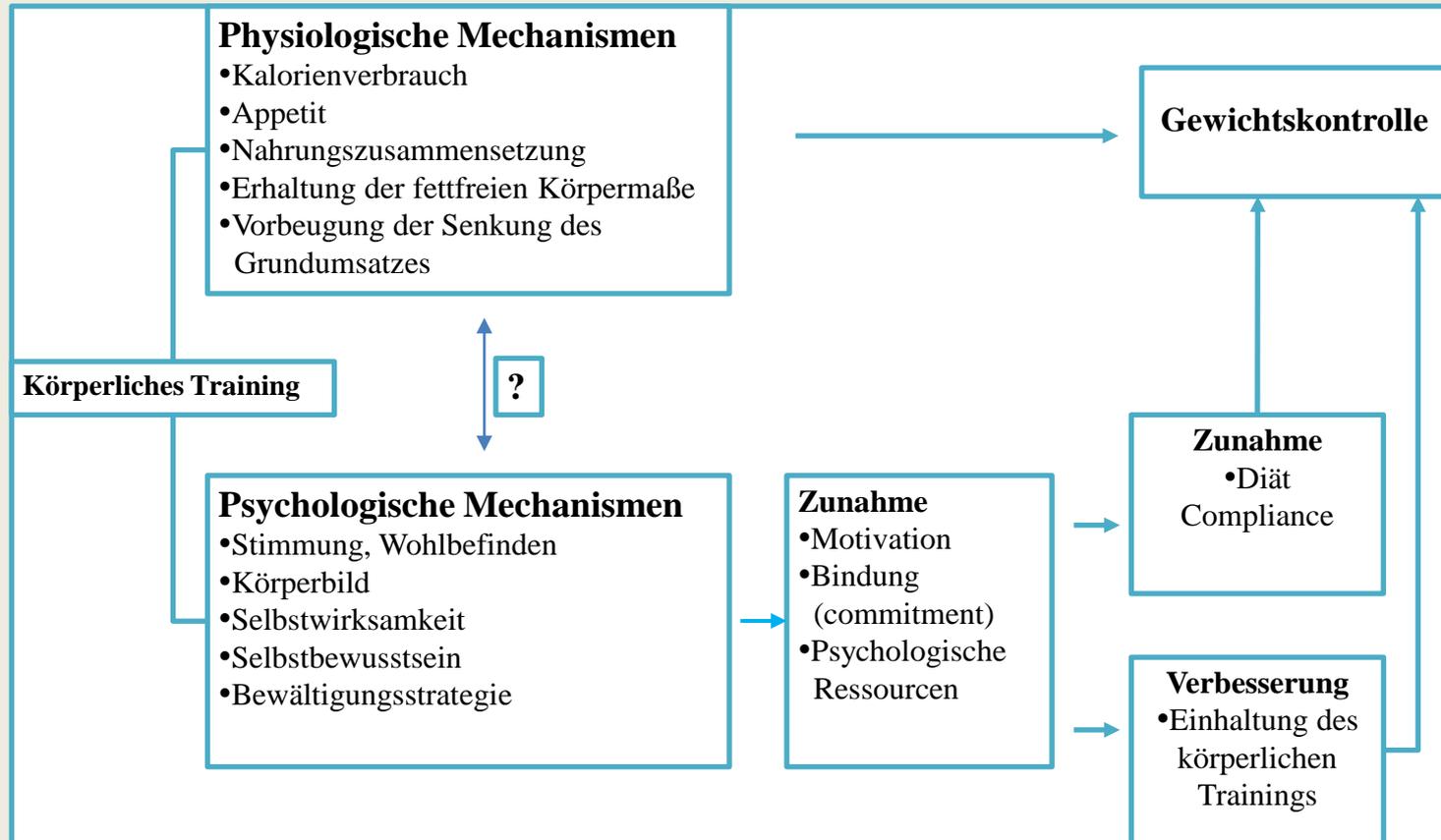
Biopsychosoziales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht/Adipositas Lehrke & Laessle, 2003







Mechanismen und mögliche Pfadmodelle der Verbindung von körperlichem Training und Gewichtskontrolle (nach Baker und Brownell, 2000)



Grundlage jedes Gewichtsmanagements sollte ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft Evidenzbasierte Leitlinie, 2007

Übergeordnete Ziele der BWT bei Adipositas

- Therapieziele komplexer als „abnehmen“
- Wichtiger als die Abnahme ist die Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts
 - Verbesserung der mit Adipositas assoziierten Krankheiten
 - Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Bewegungsverhaltens)
 - Steigerung der Lebensqualität

Zentrale Ziele der BWT bei Adipositas

(Drei-Ebenen-Struktur nach Hölter 1993)

Funktionelle Ebene

- Verbesserung der Körperfunktionen und körperlichen Leistungsfähigkeit

Beziehungsebene

- Gruppenzusammengehörigkeit in einem geschützten Rahmen unter Gleichen (Adipöse unter sich) erleben
- körperliche Bewegung neu entdecken
- Zutrauen in den Körper und seine Fähigkeiten gewinnen
- Veränderung des Selbstbildes: sich und seinen Körper annehmen, Ängste und Scham überwinden, sich und seinen Körper „zeigen“
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Spaß und Freude an körperlicher Bewegung gewinnen

Metaebene

- Zusammenhänge zwischen Bewegung und körperlichem und psychischem Wohlbefinden erkennen
- Vermittlung von Motivationsstrategien zur Veränderung des alten, reduzierten Bewegungsverhalten und zur selbstverständlichen Integration von Bewegung in den Alltag

Komorbiditäten und Komplikationen von Übergewicht und Adipositas (DAG, 2007)

- Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (z.B. Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2)
- Dyslipoproteinämie (niedriges HDL-Cholesterin, Hypertriglyceridämie, vermehrte kleine dichte LDL-Partikel)
- Hyperurikämie/Gicht
- Störungen der Hämostase (Steigerung der Gerinnung und Hemmung der Fibrinolyse)
- Chronische Inflammation (z.B. erhöhtes CRP)
- Arterielle Hypertonie, linksventrikuläre Hypertrophie
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz)
- Karzinome (Frauen: z.B. Endometrium, Zervix, Ovarien, Mamma, Niere, Kolon; Männer: z.B. Prostata, Kolon, Gallenblase, Pankreas, Leber, Niere, Ösophagus)
- Hormonelle Störungen (z.B. Hyperandrogenämie bei Frauen, Polycystisches Ovar-Syndrom, erniedrigte Testosteron-Spiegel bei Männern, Einschränkung der Fertilität)
- Pulmonale Komplikationen (z.B. Dyspnoe, restriktive Ventilationsstörungen, Hypoventilations- und Schlafapnoe-Syndrom)
- Gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Cholecystolithiasis, akute und chronische Cholecystitis, Fettleber, nicht-alkoholische Fettleberhepatitis (NASH), Refluxkrankheit)
- Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Coxarthrose, Gonarthrose, Wirbelsäulensyndrome)
- Erhöhtes Operations- und Narkoserisiko
- Allgemeinbeschwerden (z.B. verstärktes Schwitzen, Gelenkbeschwerden, Belastungsdyspnoe)

Psychosoziale Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas

- Stigmatisierung, Vorurteile, soziale Diskriminierung,
- Selbstwertminderung
- soziale Isolation
- Körperliche Unzufriedenheit
- Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Verminderte Lebensqualität (niedriges Gesundheitsbezogenes Lebensqualität (HRQOL))



Komorbidität/Psychische Störungen

- Depression und Adipositas
 - wechselseitiges Verhältnis
 - Adipositas erhöht das Risiko von Depressionen in ursprünglich nicht-depressiven Personen um 55 Prozent
 - Depression erhöht das Risiko von Fettleibigkeit bei zunächst normalgewichtigen Personen um 58 Prozent (Luppino, Arch Gen Psychiatry. 2010)
- Binge Eating Disorder (BED) und Adipositas
 - 2% Prävalenz, in der Allgemeinbevölkerung, 30 % der Adipösen in Therapie
 - regelmäßige Heißhungerattacken, Kontrollverlust, Leidensdruck, keine gegensteuernden Maßnahmen
 - Komorbidität mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen (de Zwaan & Friedrich, Therapeutische Umschau, 2006),
- Adipositas bei Patienten mit Schizophrenie
 - Medikamentös induzierte Adipositas (insbs. Antipsychotika zweiter Generation)
 - vermehrter Appetit
 - häufiges Problem, 40-60% aus der Population sind übergewichtig oder adipös
 - wo möglich, sollte eine alternative Therapie gewählt werden. Insbesondere für Personen, die für Übergewicht und Adipositas prädisponiert sind (Malone, Ann. Pharmacoth. 2005)

Mögliche Strategien zum Management einer Gewichtszunahme infolge psychotroper Substanzen (Nach Malone, Ann. Pharmacoth. 2005)

- Nach Therapiebeginn regelmäßige Routinekontrollen von Gewicht, Blutzucker und Lipiden bei Patienten, die zu Übergewicht und Adipositas neigen.
- Bei prädisponierten Patienten Substanzen vermeiden, die gewöhnlich eine Gewichtszunahme $\geq 7\%$ bedingen.
- Den Patienten raten, die Nahrungsaufnahme zu reduzieren und die körperliche Aktivität zu steigern.
- Die kleinstmögliche Dosierung der psychotropen Substanzen verwenden; falls eine Gewichtszunahme auftritt: Dosisreduktion und/oder Kombination mit einer gewichtsneutralen oder gewichtsreduzierenden Substanz.
- Zusätzliche Gabe eines Gewichtsreduzierenden Agens, abhängig von der psychotropen Substanz, möglichen metabolischen Interaktionen, Komorbiditäten und Nebenwirkungen.
- Den Patient aufklären, dass die verordnete Substanz eine Gewichtszunahme herbeiführen kann, um einer Patienten – Incompliance entgegenzuwirken.
- Mit dem Patient das Vorgehen besprechen, wie eine Gewichtszunahme gehandhabt wird, wie viel an Gewichtszunahme zu erwarten ist, wann ein Handlungsbedarf besteht und welche mögliche Interventionsmöglichkeiten bestehen.

Durch Psychoedukation zum „Experten der eigenen Krankheit“

Psychoedukation soll den Betroffenen (und deren Angehörigen) Information über die Erkrankung vermitteln.

- Aufklärung über Symptomatik, Ursachen, Akutbehandlung und Rückfallschutzbehandlung.
- Emotionale Bewältigung der Erkrankung u.a. durch Besprechen von aktuellen Problemen, durch Erfahrungsaustausch zwischen Patienten, durch Kontakte zu und unter Angehörigen (Einverständnis der Betroffenen vorausgesetzt)
- Motivation sich aktiv mit der Erkrankung auseinanderzusetzen

Durch sein erworbenes Wissen und Verständnis für die Zusammenhänge (individuelles Krankheitsmodell) soll der Patient die Fähigkeiten der Selbststeuerung und des Selbstmanagements entwickeln.

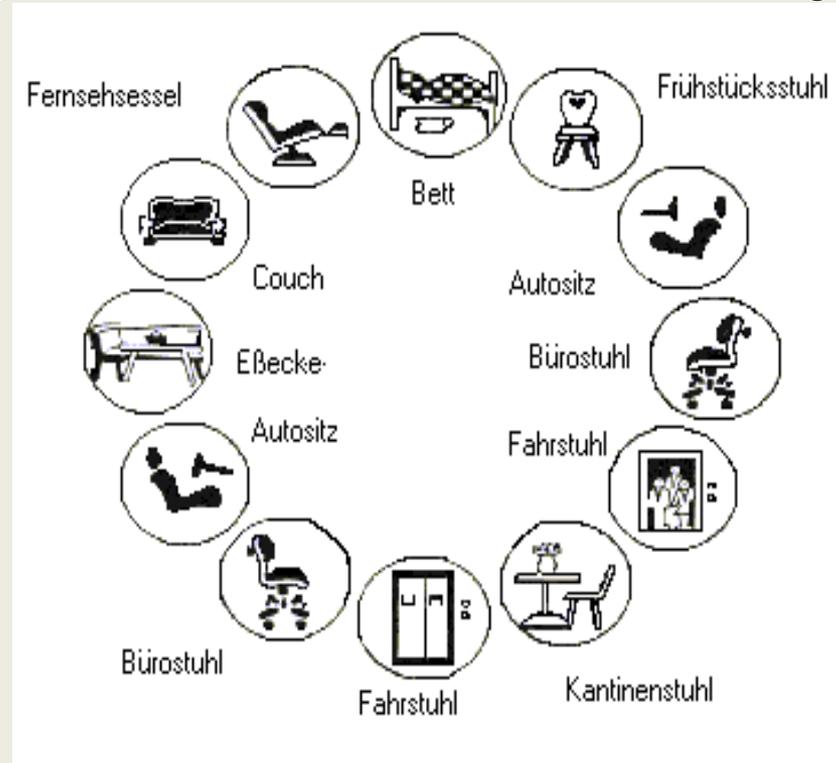
Themen der Psychoedukation

- Die Bedeutung der Bewegung bei Adipositas bzw. für das Gewichtsmanagement
- Trainingswissenschaftliche Aspekte
 - Aufwärmen und Abkühlen
 - Trainingsdosierung (Intensität – Häufigkeit – Dauer)
 - Adaptionmöglichkeiten von Sportarten
- Motivation
- Bewegungsverhalten im Alltag
- Zeit für individuelle Themen
- Das Bewegungstagebuch

Wie sehen die Bewegungen in Ihrem Alltag aus ?

Beispiel: Durchschnittlicher Bewegungsalltag von Büroangestellten

Ein extremer bewegungsarmer Tag !



Wie sieht Ihr Tag aus?

Haben Sie und möchten weiterhin Bewegung in diesem Kreis rein bringen?

Techniken der Verhaltenstherapie, die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Selbstbeobachtung

Selbstverstärkung

Motivationsförderung

Stimuluskontrolle

Kognitive Umstrukturierung

Stressmanagement

Soziale Unterstützung

Rückfallprophylaxe

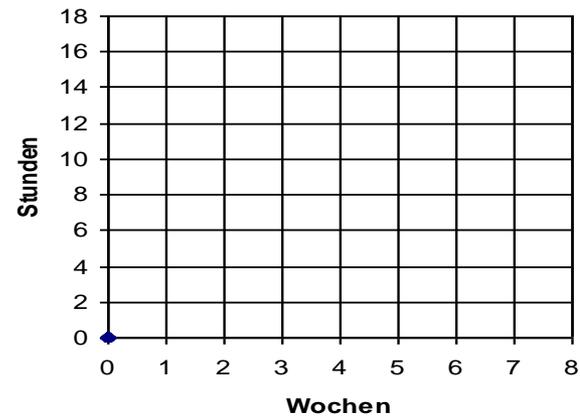
Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Selbstbeobachtung

Bewegungstagebuch

Woche vom _____ Name: _____

Für diese Woche habe ich mir folgende(s) Ziel(e) gesetzt:



Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer

Treppe:

Summe:

Erfassung des Bewegungsverhaltens durch Aktometer (SOMNOwatch - Firma SOMNOmedics)



Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Stimuluskontrolle

- Walkingstöcke in Sicht haben
- Sporttasche im Auto mitnehmen
- sich zum „Sport“ mit Freuden verabreden

Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Selbstverstärkung
Motivationsförderung

Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Kognitive Umstrukturierung

Dysfunktionale Gedanken hinsichtlich:

- **der Rechtfertigung ihres Bewegungsverhaltens /Bewegung**
- **des Selbstbildes – d.h. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen**
- **des Körperbildes**
- **des Verhaltens anderer**
- **der Therapieziele**

Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Stressmanagement

- Entspannungsverfahren
- Körperliche Aktivität
- Zeitmanagement

Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Soziale Unterstützung

Techniken der Verhaltenstherapie,
die in der Bewegungstherapie angewandt werden können

Rückfallprophylaxe

Risikosituationen erkennen
Bewältigungstechniken entwickeln

Zusammenfassung

- Adipositas ist eine **chronische** Erkrankung
- Bereits eine mäßige Gewichtsreduktion (5 -10%) kann zur bedeutenden medizinischen Verbesserungen führen
- Veränderung der Lebensweise (energieadäquate Ernährung und körperliche Bewegung) ist der Eckpfeiler der Therapie
- Bewegungstherapie bei Adipositas sollte mehrdimensional sein
- Eine körperpsychotherapeutische Ausrichtung der BWT bei Adipositas ist sinnvoll
- Verhaltenstherapeutische Verfahren wie Psychoedukation sollten integrierter Inhalt der bewegungstherapeutischen Interventionen sein
- Ziel ist die langfristige Bindung an das Bewegungsprogramm und dauerhafte Aufrechterhaltung eines aktiven Lebensstils



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit
†**