

**Akademie für Ernährungsmedizin  
Fortbildung für Ärzte**

**Dr. Ingrid Kaindl**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin  
und Psychotherapeutin  
Zentrum für ambulante Rehabilitation  
in der PVA

**Vortragsthema:**

**PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE VON ADIPOSITAS  
BEI ERWACHSENEN**

**Einführung:**

Die Fähigkeit des Körpers, Nahrungsüberfluss in den Fettzellen zu speichern, ist evolutionär zum Überleben in mageren Zeiten eingerichtet. Das Leben jedoch in unserer modernen Welt – zumindest in Zivilisationen des Überflusses – beschert keine Hungersnöte mehr. Ein ständiges Überangebot von überwiegend minderwertigen Nahrungsmitteln hat die Problematik von Übergewicht zu einem ernsthaften Gesundheitsproblem unserer Zeit gemacht. Viele Studien weisen darauf hin, dass starkes Übergewicht in vielerlei Hinsicht ein somatischer Risikofaktor ist, auch besteht eine starke Komorbidität hinsichtlich depressiver Störungen.

Obwohl die Experten noch darüber streiten, ob schweres Übergewicht die Kriterien einer psychosomatischen Krankheit erfüllt, muss diese Thematik umfassender betrachtet werden. Ein biopsychosoziales Erklärungsmodell vermag Stoffwechselprozesse, neurobiologische Lerntheorien, Bindungskonzepte, traumatische oder schädigende Lebensereignisse mit der Stressforschung zu verbinden. Wegen der Komplexität dieser Problematik, ist die bloße Empfehlung, weniger zu essen, für viele Dicke oft kein langfristig erfolgreicher Weg zum Wunschgewicht. Eine dauerhafte Gewichtsreduktion kann nur erreicht werden, wenn die Mechanismen, die zum Übergewicht führen, verstanden werden. Neben dem Erlernen von gesundem Ernährungsverhalten sollten daher auch psychosoziale Faktoren mitberücksichtigt werden.

**1. Ist Adipositas eine Essstörung?**

Der Begriff „**Adipositas**“ zielt nicht auf das erhöhte Körpergewicht, sondern auf die Fettansammlung, dabei muss nicht notwendigerweise eine Essstörung vorliegen.

Definition: BMI 25-30: Übergewicht

BMI 35-40: Adipositas

BMI ab 40: schwere Adipositas

Eine **Essstörung** ist gekennzeichnet durch abnormes Essverhalten und einer Störung der Impulskontrolle. Eine solche liegt vor, wenn nicht nur gelegentlich,

sondern über einen längeren Zeitraum mehr Kalorien zugeführt als verbraucht werden.

Charakteristisch dabei ist entweder ein chronisches Überessen oder anfallsartiges Essen (Essattacken).

## **2. Die Ausgangssituation:**

Für dicke Menschen mit einer Essstörung hat das **Essen** eine **missbräuchliche Funktion**. Probleme, die sonst unerträglich sind, werden auf diese Art bewältigt. Die Nahrungsaufnahme bietet sich dazu schon allein deshalb an, weil Essen von Geburt an immer mit emotionalen und zwischenmenschlichen Erfahrungen verbunden ist.

Auch können physiologische und psychologische Aspekte der Nahrungsaufnahme nicht streng voneinander getrennt werden.

Essen ist bei allen Menschen mit Beziehungserleben verbunden, Wohlwollen und Liebe werden so ausgedrückt. („Liebe geht durch den Magen!“).

## **3. Diagnostische Überlegungen:**

Die These einer „**adipösen Persönlichkeit**“ konnte durch keine Studie bestätigt werden. Die Erfahrung in der psychologischen Arbeit zeigt, dass die Probleme von Adipösen nicht einheitlich sind, auch sind nicht alle dicken Menschen emotional gestört.

In psychodiagnostischer Hinsicht ist wichtig zu unterscheiden zwischen

1. psychischen Aspekten / verursachenden Konflikten bei der Genese der Adipositas und
2. psychischen Störungen, hervorgerufen durch das Übergewicht.

### **Adipositas kann mit jeder denkbaren psychischen Störung verbunden sein:**

- hysterisches Erscheinungsbild
- Zwangsneurosen
- Charakterstörungen
- Psychopathische Persönlichkeit
- Schizophrenie
- Manisch-depressive Psychose

Hinsichtlich der **Persönlichkeitsstruktur**, der Schwere bzw. Tiefe einer zugrunde liegenden psychischen Störung reicht der Bogen von psychischer Normalität / Stabilität, über neurotische und narzisstische Störungen, einer Borderline-Persönlichkeit bis zur tiefsten, der psychotischen Ebene ( Schwerste Depressionen, Schizophrenie).

### **Diagnostische Kriterien zur ICD-10 Kodierung:**

In somatischer Hinsicht wird **E 66.0 Adipositas ( Fettsucht)** verwendet. Zur genaueren Differenzierung werden psychodiagnostische Kriterien hinzugefügt: E66.0 & **F 54**: Psychische Faktoren wesentlich bei Genese

- F 50.4: Psychogene Essattacken** („Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“)
- „Binge-Eating-Disorder“
  - Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse Verluste, Überforderung...)

Für **begleitende Symptome**:

**F 30 – F 39**: Depressive, manische oder bipolare Störungen

**F 48**: Neurasthenie: Schwäche, Unruhe, Ermüdbarkeit,  
Reizbarkeit, Angst, negative Stimmung.

Diese Symptome können auch als Folge von Fasten („Fastendepression“) auftreten.

#### **4. Binge Eating Disorder**

Diese Essstörung tritt in Form von **regelmäßig auftretenden Essanfällen** („wie Besäufnis“) auf. Der Betroffene befindet sich wie im Rausch und erlebt sein Tun als subjektiv unkontrollierbar (Kontrollverlust). Verschiedenste Nahrungsmittel werden in Mengen schnell und wahllos durcheinander gegessen, meist bis zu einem unangenehmem Völlegefühl. Oft wird erst im Nachhinein bewusst, was „passiert“ ist.

**Typische Situationen**: Alleinsein, Gefühle von Leere, Einsamkeit, Frustration ...

**Psychische Folgen**: Schuld, Scham, Ekel, Niedergeschlagenheit  
Im Gegensatz zur Bulimie kommt es zu **keinen kompensatorischen Gegenmaßnahmen** gegen die Gewichtszunahme wie Erbrechen.

#### **5. Psychologische Faktoren beim chronischen Überessen**

Adipositas wirkt oft als **kompensatorischer Mechanismus** in einem frustrierenden Leben. Damit hat Essen auch eine positive Funktion, indem es hilft, tiefere Störungen zuzudecken oder zu neutralisieren.

Nach der amerikanischen Psychoanalytikerin Hilde Bruch gibt es zwei Typen von Adipositas, die mit psychischen Störungen einhergehen:

1. **Entwicklungsfettsucht** (Übergewicht ist mit der Gesamtentwicklung verflochten – meist mit massiven psychischen Störungen einhergehend).
2. **Reaktive Fettsucht** (Adipositas tritt als Reaktion auf traumatische Ereignisse („Kummerspeck“) auf, oft nach Trennungen, Krankheiten, schweren Verlusten und Vergewaltigung).

#### **6. Emotionale Aspekte - Arten des Überessens**

Hinsichtlich emotionaler Faktoren als Motiv zum (Über)Essen wird unterschieden zwischen:

1. Unspezifischer Reaktion auf **emotionale Spannungen** (Einsamkeit, Angst, Langeweile ...)
2. Essen als **Reaktion auf chronische Spannungs- und Frustrationszustände** (Essen wird zur Ersatzbefriedigung, um über schwere Lebensphasen hinwegzukommen)
3. Überessen als **Symptom einer zugrunde liegenden psychischen Krankheit** (Depression); beim Ausbrechen von Schizophrenie kommt es oft zu raschen und sprunghaften Gewichtszunahmen.

4. **Suchtmechanismus:** Zwanghafte, intensive Gier nach Nahrung, kein Bezug zu Gefühlen oder äußeren Auslösern, ständige Beschäftigung mit Essen; tritt oft bei psychopathischen oder haltlosen Persönlichkeitsstörungen auf.

### **ADIPOSITAS – Fallbeispiele aus der Praxis:**

- Frau A.: 58 Jahre, 80 kg, früher schlank, kontinuierliche Gewichtszunahme mit den Jahren ab 2. Kind, noch keine ernsthaften Diätversuche, sozial und psychisch gefestigt.
- Herr B.: 50 Jahre, 90 kg, Zust. n. Herzinfarkt, beruflicher Stress, tagsüber keine Zeit zum Essen, abendliches Überessen und Alkohol (Beruhigung, Belohnung), geordnete Verhältnisse.
- Herr C.: 46 Jahre, immer übergewichtig bis zuletzt 120 kg, lebt in symbiotischer Beziehung bei Mutter, keine Beziehungserfahrungen, seit kurzem arbeitslos, hoffnungslos und zunehmend aggressive Impulse.
- Frau D.: 30 Jahre, 135 kg, Gewichtszunahme ab Pubertät, schwieriges Familiensystem (Gewalt, Missbrauch), enttäuschende, wechselnde Beziehungen, arbeitslos. Zahllose Diätversuche, psychisch instabil, depressiv, Leere, unkontrollierbare Essanfälle.

### **7. Biologische Grundlagen der Adipositas**

1. **Genetische Einflußfaktoren:** „Fettsucht liegt in der Familie“
2. **Thermodynamischer Ansatz:** „iß weniger und beweg dich mehr!“
3. **Endokrine und biochemische Einflüsse:** Exzessive Aufnahme von kohlehydrathaltiger Nahrung und/oder Überproduktion von Insulin.
4. **Neuro-regulatorische Vorgänge:** Essensbedürfnis, Hunger und Sattsein sind an die Funktionsweise des Gehirns gebunden, dadurch kommt es zu Wechselwirkungen mit emotionalen Gegebenheiten.
5. **Das adipöse Gewebesystem:** Dieses hat keineswegs nur die passive Funktion als Speicher.

### **8. Hungerwahrnehmung**

Lange Zeit wurde angenommen, dass Hunger einem angeborenen, universellen Triebgeschehen unterliegt. - Hunger ist ursprünglich ein physiologischer Zustand des Nahrungsmangels.

Hungerwahrnehmung unterliegt jedoch einem **Lernprozess**, der auch missbräuchlich für Bedürfnisse verwendet werden kann, die nichts mit Ernährung zu tun haben.

Bei Essstörungen ist in der Entwicklung die **Differenzierung** beeinträchtigt:

- > zwischen **Hunger und Sattsein** sowie
- > zwischen **Hunger und anderen Signalen des Missbehagens** / emotionaler Erregung ( Essen als Scheinlösung für Probleme!)

## 9. Von der gestörten Hungerwahrnehmung zur gestörten Persönlichkeit?

Menschen mit schwerer Essstörung erfahren sich selbst so, als hätten sie keine Kontrolle über ihr Verhalten, ihre Bedürfnisse und Impulse, als ob sie nicht über ihren eigenen Körper verfügen könnten und keinen inneren Schwerpunkt in sich hätten. Äußere Kräfte scheinen sie zu bestimmen. Sie spüren auch nicht wirklich, ob sie Hunger (im biologischen Sinn) haben.

Die Rekonstruktion von Entwicklungsgeschichten zeigt, dass alle verzerrte Erfahrungen gemacht hatten - im Sinne von Fehlen oder Mangel an bestätigenden Signalen, die ihre Bedürfnisse oder Gefühle von Selbstaussdruck anzeigten.

Dazu ist wichtig zu wissen, dass ein neugeborener **Säugling** nicht, wie man früher dachte, völlig hilflos und abhängig ist. Er ist in der Lage, **Hinweise und Signale** zu geben, die seine Bedürfnisse und sein Unbehagen anzeigen. Ob dann seine **Zeichen wahrgenommen** und richtig beantwortet werden, scheint der entscheidende Punkt dafür zu sein, ob er seine **Bedürfnisse wahrzunehmen** lernt. Dieses Lernen gilt für den biologischen als auch für den sozial-emotionalen Bereich.

Das Kind lernt also, sein Verhaltenspotential einzusetzen und damit etwas zu bewirken, -die Rolle der Mutter/Bezugsperson ist, im Sinne von Reaktion oder Stimulation, die Bedürfnisse adäquat zu befriedigen. Diese **Lernerfahrungen** sind notwendig, damit das Kind die Bausteine seiner Entwicklung organisieren kann.

Nur wenn die Mutter auf Signale von Nahrungsbedürfnis angemessen reagiert und Nahrung anbietet, wird das Baby das **Engramm „HUNGER“** ausbilden.

## 10. Die Aufgabe der Mutter

Die **Mutter-Kind Interaktion** ist ein **zentrales Lernfeld** und die Rolle einer ausreichend sensiblen Mutter ist daher für eine gesunde Entwicklung und die Ausbildung einer emotionalen Differenzierung höchst bedeutsam. – Ist die Mutter emotional gestört oder zu sehr mit eigenen Problemen beschäftigt, wird sie für die Bedürfnisse des Kindes nicht zugänglich sein.

Bei mangelhafter **Mutter-Kind-Interaktion** kann es dauerhaft zu mangelnder Selbstwahrnehmung sowie keinem Bewusstsein von Kontrolle und Eigenständigkeit kommen. Es entstehen „diffuse Ich-Grenzen“, alles wird als von außen gesteuert erlebt.

Dieser Lernprozess wird ebenso gestört, wenn das Kind die mütterlichen Bedürfnisse zufrieden stellen muss, etwa wenn Essen mit Liebe gleichgesetzt wird.

In der **feministischen Literatur** über Adipositas bzw. Essstörungen wird dieses sehr störbare Interaktions-Modell oft einseitig verkürzt dargestellt und auf die „**böse Mutter**“ reduziert.

**Feministische Erklärungsmodelle** setzen sich naturgemäß mit der Rolle der Frau auseinander, die auf vielerlei Weise an der Individuation gehindert ist:

- > Übergewicht als feministischer **Protest gegen die Männerwelt**
- > Als **Protest gegen die Mutter** und ihre Pläne (die „kastrierende Mutter“ )
- > Als Zeichen **sexueller Distanz** (Fettpanzer gegen sexuelle Annäherung,

- häufig bei Missbrauchserfahrungen)  
> Als Frust-Schicht: **Essen als Ersatz** für körperliche und seelische Streicheleinheiten

## **11. Der Teufelskreis – Reaktionen des sozialen Umfelds**

Der Druck, dem dicke Menschen in unserer schlankheitsbewussten Welt ausgesetzt sind, ist enorm. Dicke erleben ständig persönliche Angriffe, in denen sie als minderwertig und haltlos dastehen.

Besonders dicke Frauen leiden an **erhöhter Empfindsamkeit** gegenüber dem Dicksein. Die Folge ist, dass aus diesem Problem eine **zwanghafte Beschäftigung** wird. Damit verbunden ist eine **Neigung zu Passivität und Isolation** von der Gruppe, sowie das Gefühl, Opfer starker Vorurteile zu sein. Gleichzeitig wollen vor allem junge Dicke diesem Umstand entfliehen, wollen unbedingt anderen gefallen und nehmen schlechtes Verhalten hin. Dadurch entsteht ein **mangelhaftes Selbstwertgefühl** und es erhöht sich oft das (unbewusste) Aggressionspotential. Missliebige Gefühle müssen dann wieder mit Essen unterdrückt werden, worauf wieder eine zwanghafte Beschäftigung mit Essen und Abnehmen folgt.

## **12. Behandlung der Adipositas**

### **Eingangsdagnostik:**

Bestimmung von Gewicht / BMI, körperlicher Zustand, Folgeerkrankungen, Medikamente...

Gewichtsanamnese

Ernährungsanamnese

Bewegungsverhalten / Sport

Psycho- und Sozialanamnese

Abklärung der Motivation / Eigenverantwortung

### **Gewichtsanamnese:**

- Fragen:**
1. Aktuelles Gewicht
  2. Beginn der Gewichtsprobleme (Life-events?)
  3. Höchstes / niedrigstes Erwachsenengewicht
  4. Gewicht in letzten Jahren konstant oder wechselhaft
  5. Bisherige Diätversuche
  6. (Über-)Gewicht der Familienangehörigen
  7. Persönliche Fragen: Wie erklären sie sich ihr Übergewicht? (Selbstreflexion fördern).

### **Ernährungsanamnese:**

Fragen zum **Essverhalten:**

1. **Wann** (Frühstück, Mittag-, Abendessen, zwischendurch, nachts, zum Fernsehen,...)
2. **Was** (Selbstkochen – Fertigprodukte, Bewusst gewählt – Irgendwas,...)
3. Getränke / Alkohol

4. **Wissen** um gesunde, kalorienarme Ernährung?
5. „Was ist ihr größter Ernährungsfehler?“ (kritische Selbstreflexion anregen!)
6. Psychische Faktoren (FEV):
  - Kognitive Kontrolle** – Fähigkeit zu gezügelterm Essen
  - Störbarkeit** – Enthemmung durch situative Faktoren
  - „Hunger“ und dessen Korrelate

### Bewegungstherapie:

Das Rezept „**Iss weniger und beweg dich mehr!**“ ist uralte, wird aber immer wieder vernachlässigt. Hauptgrund ist oft, dass der innere Widerstand gegenüber Bewegung bei vielen Dicken noch stärker ist als gegen die erforderliche Nahrungseinschränkung.

In der Begleitung von Übergewichtigen machen Experten immer wieder die Erfahrung, dass die Veränderung dieses **grundlegenden Inaktivitätsmusters** bei Adipösen ein ungelöstes Problem bleibt!

Abgesehen von vielen biologischen Gründen hilft moderate Bewegung, dem Körper im positiven Sinn mehr Aufmerksamkeit zu geben.

Ziel = **Im Körper gut „zu Hause sein“!**

### Praktische Hinweise bei der Umsetzung

Ziel jedes Behandlungsprogramms ist **Gewichtsabnahme und Gewichtsstabilität**. Obwohl es noch immer an Langzeitstudien mangelt, gibt es genügend Hinweise darauf, dass „schnelle“ Diätprogramme mit dem Schwerpunkt auf einer Gewichtsreduktion langfristig erfolglos bleiben. Viele dicke Menschen schaffen es zwar, Gewicht zu reduzieren, solange sie „unter Aufsicht“ sind, - haben sie jedoch ihr Zielgewicht erreicht, kehren sie leider oft rasch zu den alten, eingefahrenen Ernährungsmustern zurück. Nur zu oft nehmen sie dann rasch wieder zu, oft mehr, als sie zuvor abgenommen haben!

Es ist daher von zentraler Bedeutung, eine **Änderung des Essverhaltens** vorzunehmen und dies auch langfristig zu verankern.

Es ist ratsam, einen detaillierten **Behandlungsplan** zu erstellen, der immer an die individuellen Bedürfnissen und die Lebenssituation angepasst sein sollte. – Die Methode „einfach so weniger essen“ bringt besonders den schwer Adipösen nichts, da sie meist kein kritisches Beurteilungsvermögen dafür haben, wann und wie viel sie essen.

Eventuell ist ein **Therapievertrag**, in dem gemeinsam die Ziele schriftlich festgelegt werden, von Nutzen, da so die Bereitschaft zu Eigenverantwortlichkeit betont wird.

Meist wird ein **realistisches Zielgewicht** festgelegt. Geht es langfristig um eine enorme Gewichtsmenge, sind **Etappenziele** besser, da sie weniger überfordern und das Durchhaltevermögen anspornen.

Der dicke Patient muss sich darüber bewusst sein, dass es auf ihn und seine Verantwortlichkeit ankommt, dass er diesem „Projekt“ Aufmerksamkeit und auch Mühe geben wird müssen.

In vielen Behandlungsprogrammen wird auch das Führen von einen **Ernährungs- und Verhaltensprotokoll** gefordert, wodurch der Patient zu Selbstbeobachtung und Stimuluskontrolle angeleitet wird.

Für den Patienten ist auch bedeutsam, Hoffnung ( Yes, you can!) und günstige Bedingungen zu schaffen. Im Sinne einer **kognitiven Umstrukturierung** sollte er lernen, negative innere Monologe zu vermeiden und positive Selbstinstruktion zu üben.

Es gab keine Zeit, in der die Patienten von ihren Ärzten nicht irgendwelche Medikamente gefordert hätten, von denen es hieß, sie könnten das Gewicht beeinflussen. Wenn ein Arzt so ehrlich war und erklärte, es gäbe keine Wunderdroge, hatte der Patient bald einen anderen gefunden, der etwas verschrieb. – Der **Arzt** sollte sich jedoch nicht verführen lassen, zum „allmächtigen Macher“ zu werden, sondern sollte in der **Rolle eines Partners** bleiben und damit den Patienten in seiner Eigenverantwortlichkeit bestätigen.

### **13. Umgang mit Misserfolg –Behandlungsabbruch**

**Falsches Ernährungsverhalten zu ändern**, das jahrzehntelang etabliert wurde, **ist schwer**. Dem Patienten wird viel Achtsamkeit und Durchhaltevermögen abverlangt.

Besonders nach ersten Erfolgen bei der Gewichtsreduktion (oft in einer Kur) darf sich der Patient von einer **Stagnation** nicht irritieren lassen. Auch wenn Patienten unter streng kontrollierten Bedingungen, wie in einem Krankenhaus, gut halten, ist die Rückkehr in die alte Umgebung die größte Herausforderung. Das „Hungergefühl“ dicker Menschen ist extern reguliert, d.h. sie essen, wenn etwas da ist. **Der größte Ort der Versuchung ist das gewohnte Zuhause**, wo der Dicke Zugang zu den Lebensmittelvorräten hat („Ich suche solange, bis ich etwas finde!“, oder: „Ich habe immer was zu Hause, falls jemand zu Besuch kommt!“)

Dicke Menschen sind sich der ständigen Anziehung, die Nahrungsmittel auf sie ausüben, und auch der Hilflosigkeit ihnen gegenüber nicht bewusst.

**Rückschritte und Durchhaltefrust** sind also nicht auszuschließen, der Patient sollte sogar darauf vorbereitet sein, damit er dann nicht aufgibt („Ist eh schon egal!“) und in seine früheren Muster zurückfällt.

Auch **zu hoch gesteckte Ziele**, die sich der Patient setzt, oder die er beim Arzt glaubt erfüllen zu müssen, programmieren das Scheitern vor.

Obwohl sich viele dicke Menschen erhoffen, dass mit einem schlankeren Körper die Beseitigung ihrer sonstigen Lebensprobleme eintritt, wissen sie doch unterschwellig, dass dies eine Illusion ist. Aus diesem Grund ist wahrscheinlich auch erklärbar, warum so mancher knapp vor Erreichen des Zielgewichts (oder der „magischen“ zweistelligen Zahl auf der Waage) scheitert.

Außerdem bestätigt die Erfahrung, dass **Abnehmen noch immer leichter ist als das Gewicht dann zu halten**. Erschlankte Dicke müssen sich darüber bewusst sein, dass das Zurückfallen in einen sorglosen, unachtsamen Zustand des Essverhaltens für sie wahrscheinlich nie mehr möglich ist.

### **14. Werbung bedient die Sehnsucht nach „Wundern“**

Jeder, der professionell dicke Menschen im Rahmen von Gewichtsreduktionsprogrammen begleitet hat, weiß über die geringen Langzeiterfolge bescheid.

Die Trostlosigkeit dieser Thematik wird jedoch in der Werbung durch eine endlose Zahl von Anregungen, Medikamenten, Tees, Trainingsgeräten, Massagen und Bademethoden überdeckt.

Ziel vieler **Werbeversprechen** ist eine „**einfache Schlankheitskur**“, in der sich der Adipöse nicht der Qual von Gier und Hungern aussetzen muss und quasi „ganz schnell“ ( in einer Woche 10 Kilo!) und ohne eigene Anstrengung (schlank im Schlaf!) abnimmt.

Besonders dicke Menschen mit Persönlichkeitsproblemen bevorzugen ungewöhnliche Kuren mit vermeintlich schnell sichtbaren Resultaten.

### **15. Zusammenfassung:**

- Psychische und soziale Bedingungen vor und während einer Gewichtsreduktion sind immer zu mitberücksichtigen!  
– Fallweise begleitende Psychotherapie.
- Adipositas und schwere Essstörungen sind oft die äußere Manifestation tieferer psychischer Störungen; Adipositas ist in einem ganzheitlichen Sinn das Symptom einer umfassenderen Erkrankung.
- Missbräuchlicher Umgang mit Essen dient der seelischen Stabilisierung. Bei restriktiven Diäten besteht die Gefahr einer psychischen Dekompensation.
- Eine dauerhafte Gewichtsabnahme kann nur langfristig stabilisiert werden. Im Zentrum steht eine nachhaltige Ernährungsumstellung, sie ist wesentlicher als eine Gewichtsänderung.

**Dr. Ingrid Kaindl**

**Therapeutische Praxis:  
Blaasstraße 11, 1190 Wien  
Telefon: 0699 / 18 20 44 42**

**Dienstadresse :  
Zentrum für ambulante  
Rehabilitation in der PVA  
Wehlistraße 125, 1020 Wien  
Telefon: 05 03 03 / 22927 DW**

Vortrag

Im Rahmen der Akademie für Ernährungsmedizin  
zum Thema

## „PSYCHISCHE ASPEKTE VON ADIPOSITAS BEI ERWACHSENEN“

von Dr. Ingrid Kaindl

### **PRÜFUNGSFRAGEN:**

1. Was ist eine „Binge-Eating-Disorder“?
2. Unter welchen psychologischen Bedingungen und warum ist eine Gewichtsreduktion unter Umständen problematisch oder sogar gefährlich?