

**Kognitive Aspekte
des Dickseins,
des Dünnwerdens
und der Schwierigkeiten, vom einen zum anderen Status zu gelangen.**

Dipl.-Psych. Martin Junghöfer

Überarbeitete Fassung des Vortrags, den ich beim Kongress des Arbeitskreises "Diabetes und Psychologie" im Oktober 1988 in Bad Neuenahr gehalten habe.

Inhaltsverzeichnis:

1.	Zusammenfassung und abstract	2
2.	Einleitung	2
3.	Übergewichtskognitionen (ÜK)	3
3.1.	ÜK in ELLISschen Kategorien	4
3.2.	ÜK in JUNGHÖFERSchen Kategorien	4
3.2.1.	allgemeine Bewertungen	5
3.2.2.	Kausalkognitionen	6
3.2.3.	Kontrollkognitionen	8
4.	Zielorientierte, kognitive Modelle	11
4.1.	das Hockermodell	11
4.1.1.	Kalorien-Anzahl	12
4.1.1.1.	ausgeglichene Energiebilanz	12
4.1.1.2.	unausgeglichene Energiebilanz	13
4.1.1.2.1.	Zufuhr größer als Verbrauch	13
4.1.1.2.2.	Zufuhr kleiner als Verbrauch	13
4.1.1.2.2.1.	Jäger- und Sammler-Modell	14
4.1.1.2.2.2.	Enzym-Modell	14
4.1.1.2.2.3.	Fettschrämmaschine	15
4.1.1.2.3.	FdH-Diät	16
4.1.2.	Kalorien-Verteilung	17
4.1.2.1.	Internes Überangebot	18
4.1.3.	Flüssigkeitsmenge	19
4.2.	das erweiterte, LENINSche Revolutionsmodell	21
4.2.1.	Situations-Analyse	21
4.2.2.	Ziel-Projektion	21
4.2.3.	Strategie-Diskussion	21
4.2.4.	Erfolgs-Kontrolle	22
4.2.5.	Belohnungs-Plan	22
4.3.	das BIRBAUMER-Modell	22
4.4.	die Set-Point-Theorie	23
4.5.	der Rückfall	24
4.5.1.	das Schlechte Gewissen nach dem Rückfall	25
5.	Schluss	26
6.	Literatur	26

1. Zusammenfassung

Abnehmen ist ein schwieriges Geschäft. Hier wird versucht, einen Teil dieser Schwierigkeiten zu erhellen, indem eine Fülle von Kognitionen dargestellt und systematisiert werden, die im Zusammenhang mit Übergewicht und Abnehmen gefunden worden sind und die als verursachende und aufrechterhaltende Bedingungen des störenden Zustandes angesehen werden können. Kognition wird hier in zweifachem Sinne verstanden:

- 1.) als verdichtete Überzeugung, Meinung und Erfahrung von der Umwelt und sich selbst und
- 2.) als veränderte, neu zu bildende Theorie, die auf einer höheren Ebene widersprüchliche Erfahrungen vereinigt und die zielgerichtetes Verhalten provoziert.

abstract:

Losing weight is a difficult job. We are trying here to throw light on some of these difficulties by laying down and systemising a number of cognitions connected with overweight and losing it, cognitions that are considered to have a causal and supportive effect on this unpleasant condition. Cognition is seen here from two points of view:

as a condensed conviction, opinion, and experience of a persons environment and of himself and as a changed, newlyformed theory unifying opposing experiences on a higher level and promoting a new, target oriented pattern of behaviour.

2. Einleitung:

Während meiner 11-jährigen Tätigkeit in einer Kurklinik habe ich im Übergewichts-Seminar und in der Einzeltherapie mit etwa 7000 - 8000 Übergewichtigen intensiven Kontakt gehabt. Sie haben mir die hier dargestellten Erkenntnisse vermittelt und mit ihnen zusammen habe ich die folgenden, kognitiven Modelle entwickelt. Seit 11 Jahren verfolge ich (zunehmend desinteressierter) die Fach- und Regenbogenveröffentlichungen zum Thema Übergewicht und Abnehmen. Die daraus gewonnenen Erfahrungen lassen sich in drei Grundströmungen zusammenfassen:

1. In immer mehr Zeitschriften wird immer häufiger die Überzeugung suggeriert, dass es nicht nur extrem einfach sei, abzunehmen, sondern auch, dass es Spaß macht, u.a. weil man dabei ja so tolle Sachen essen darf.
2. im biologisch-physiologischen Bereich wird immer pingeliger nach hypostasierten, intervenierenden Variablen gesucht, die erklären sollen, warum es denn so extrem einfach ist, zuzunehmen und so extrem schwierig, abzunehmen. Die Erkenntnis dieser Schwierigkeit wird dabei aber kaum offen ausgesprochen. Es existiert hier m.M. nach eine allgemeine, massive Kognitive Dissonanz in den Köpfen der Beteiligten: Übergewichtiger und "Experten". Sie lässt sich so beschreiben:
 - Abnehmen ist einfach (Theorie)
 - Abnehmen klappt allgemein nur selten (Praxis)
 Dies ist eine kognitive Dissonanz, die folgendermaßen reduziert wird:
 - Verleugnung (und so schließen sie alle messerscharf, dass nicht sein kann, was nicht sein darf);
 - Suchen nach internen, mechanistischen Wirkfaktoren (Experten: biologische, Laien: starker Wille) (s. Mußturbationen! 3.3.1.).
3. da, wo psychologische Überlegungen in die Thematik einfließen, gewinnen KOGNITIVE ASPEKTE eine immer größere Aufmerksamkeit. Da ich seit langem kognitiv-

verhaltenstherapeutisch arbeite, nehmen diese Anteile in meinem Arbeiten auch mit Übergewichtigen einen erheblichen Raum ein.

Ich setze - gut 10 Jahre nach der "kognitiven Wende" in der VT - die Kenntnis und Akzeptanz grundlegender kognitiver Theorien als bekannt und gegeben voraus. Wie in der grundlagenwissenschaftlichen Literatur verwende ich den Begriff "KOGNITION" bzw. "kognitive Aspekte des Übergewichts" in zwei unterscheidbaren (was zugegeben nicht immer klar gelingt) Bedeutungen:

- als deskriptiver Terminus und
- als methodische, prozessuale Zugangs- und Herangehensweise.

In der konkreten Ausformung in diesem Artikel bedeutet "deskriptiver Terminus":

- typische Übergewichts-Kognitionen als verursachende und aufrechterhaltende Bedingung des störenden Zustandes, also existierende Kognitionen im Sinne der klassischen Definition: "irgendeine Kenntnis, Meinung oder Überzeugung von der Umwelt, von sich selbst oder dem eigenen Verhalten" (FESTINGER), hier ausschließlich bezogen auf das Übergewicht. (Kap. 3)

Der "methodisch-prozessuale" Aspekt von Kognitionen wird konkretisiert in:

- veränderte, neu zu bildende Kognitionen im Sinne von:
Bilder, Modelle, Theorien, die die bislang widersprüchlichen Erfahrungen auf einer höheren Ebene vereinigen, die also Dissonanz reduzieren, UND aus denen zielorientiertes Handeln (natürlich "richtiges", d.h. übergewichtsreduzierendes) abgeleitet werden kann. (Kap. 4)

Da dies ein Bericht aus der und vor allem für die Praxis ist, trenne ich nicht scharf zwischen beiden Aspekten: es befinden sich prozessuale Aspekte im Kap. 3 und natürlich ist das Kap. 4 vollgepackt mit deskriptiven Kognitionen.

3. Übergewichts-Kognitionen:

"Alle unter dem Oberbegriff der "Kognitionen" subsummierten Phänomene können immer nur aus ihrem theoriespezifischen Zusammenhang definiert und verstanden werden." (BAADE & al.)

Ich bediene mich hierbei der Ellisschen ABC-Theorie zur Erklärung von Emotionen und Verhalten. Diese Theorie bietet mir gegenüber anderen (z.B. von MAHONEY, BECK, BANDURA (hierzu s. 3.2.3.), MEICHENBAUM u.a.) einige, entscheidende Vorteile: sie ist prägnant, übergreifend ausformuliert und leicht versteh- und erklärbar.

Ich möchte sie hier kurz darstellen:

A → **B** → **C** heißt: **A trifft auf B, B führt zu C;**

das bedeutet:

"A" = activating events, d.i. die Realität so wie sie ist und wahrnehmbar ist; diese wahrnehmbare Realität trifft im wahrnehmenden Individuum auf

"B" = belief system, d.i. Gedanken, Vorstellungen, Meinungen, Überzeugungen, Interpretationen, Bewertungen, verdichtete Erfahrungen usw. über bzw. bezüglich "A", also kurz alle Kognitionen;

diese lösen

"C" aus = consequences, d.i. Konsequenzen auf der Ebene der Emotionen und der Ebene des Verhaltens.

Diese Theorie besagt also, dass "activating events" am Punkt A vom Individuum am Punkt B kognitiv bewertet werden und diese vermittelnden Kognitionen zu emotionalen und verhaltensmäßigen Konsequenzen am Punkt C führen. ELLIS unterscheidet zwischen rationalen und irrationalen Bs, wobei erstere zu angemessenen Emotionen und Verhalten führen, zweite zu psychischen Störungen. Es gibt potentiell unendlich viele irrationale Bewertungen (iBs). ELLIS selbst hat verschiedene Versuche unternommen, diese zu katalogisieren und kategorisieren. Einige dieser weit verbreiteten "iBs" findet man auch bei Übergewichtigen:

3.1. Übergewichts-Kognitionen in ELLISschen Kategorien:

"A-C-Automatismus":	die Überzeugung, A würde automatisch C auslösen - unter Umgehung von B: "ich bin dick und deswegen nehme ich ab";
"Mußturbationen":	alle Kognitionen, die eine zwanghafte Verbindung von A nach C herstellen: "weil ich dick bin, MUSS ich abnehmen";
"Katastrophieren":	alle Bewertungen, die A als Katastrophe erscheinen lassen: "es ist eine Katastrophe, dass ich so dick bin; nichts ist SO schlimm usw.";
"Selbsterabsetzer":	"weil ich so dick bin, bin ich nichts wert; die Leute müssen mich ja verachten; ich traue mich schon nirgendwo mehr hin; ich bin eine Zumutung für andere usw.";
"LFT"	(low frustration tolerance): "ich halte das alles nicht mehr aus; es braucht mich doch nur jemand anzuschauen, dann weiß ich, was der denkt, dann möchte ich am liebsten im Boden versinken usw." bis hin zu: "ich bring mich am besten um!"

Ich möchte diese irrationalen Bewertungen (iBs) hier nur kurz und beispielhaft aufzählen. Das irrationale daran ist u.a., dass sie in keiner Weise zu angemessenem Abnahmeverhalten führen, sondern zu extremem Unwohlsein und damit zu vermehrtem Essen. Sie sind somit als "aufrechterhaltende Bedingungen" des Übergewichts zu identifizieren und im therapeutischen Prozess zu verändern, z.B. mit RET-Methoden (RET = rational-emotive Therapie ist die therapeutische Anwendung der ABC-Theorie).

3.2. Übergewichts-Kognitionen in JUNGHÖFERSchen Kategorien:

Im Gegensatz zu dieser kurzen Darstellung ELLISscher Bewertungskategorien möchte ich mich bei der Darstellung übergewichtstypischer Kognitionen, die als verursachende und aufrechterhaltende Bedingungen des problematischen Zustandes gelten, konzentrieren auf drei von mir zusammengefassten und identifizierten Bewertungskategorien. Der Prozess der Verdichtung vieler, geäußerter Meinungen zu Kognitions-kategorien geschah - wie bei der RET häufig —im Rückschlussverfahren: ich nehme C wahr und frage, welche Bs dem vorausgehen.

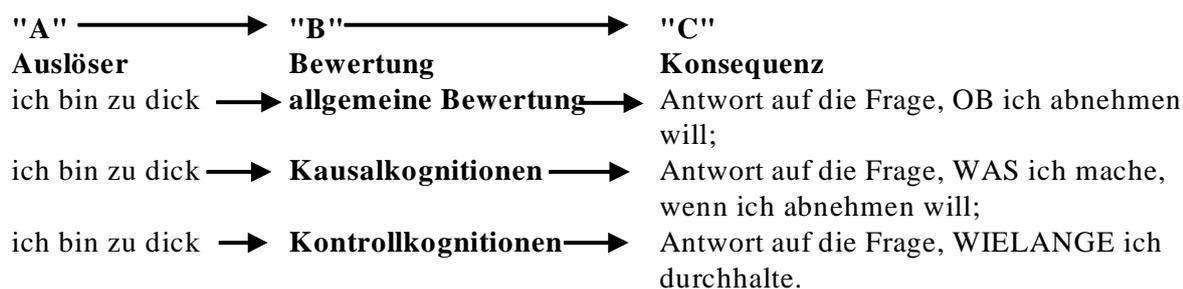
Als sehr wichtige Konsequenzen sehe ich an:

- der Entscheidungsprozess, der vor Beginn einer Abnahmemassnahme und (mehr oder weniger) ständig während dessen abläuft;
- das spezifische Abnahmeverhalten;
- die Zeitdimension bzw. die Rückfallgeschwindigkeit.

Natürlich sind auch diese Konsequenzkategorien nicht unabhängig voneinander zu sehen, es bestehen immer Interdependenzen; aber es hat sich als praktikabel erwiesen, vor allem die diesen

vorausgehenden Bewertungen als zusammengehörig anzusehen. Diesen Konsequenzen gehen jeweils spezifische "Bewertungen" (beliefs) voraus, die im ELLISschen Sinne rational oder irrational sein können und dementsprechend natürlich zu effektiven oder ineffektiven Konsequenzen führen. Wenn also Störungen zu verzeichnen sind (Pat. fängt nicht an, obwohl er möchte; hält ineffektive Diäten ein; bricht zu früh ab), gilt es, die diese Störungen verursachenden iBs aufzuspüren und zu verändern.

Also, ausgehend von verschiedenen, zu beobachtenden Verhaltensweisen, fasse ich die verursachenden Bewertungen wie folgt zusammen:



3. 2. 1. **allgemeine Bewertungen:**

Ich unterscheide hier zwischen positiven und negativen allgemeinen Bewertungen zum Übergewicht, d.h. was ist positiv/negativ daran, dass ich so dick bin, wobei ich im Seminar ausschließlich auf die positiven eingehe, deren Existenz von Ügws (=Übergewichtigen) nur äußerst ungern eingestanden werden. Hier mal eine lose und unvollständige Liste von als positiv erlebten und bewerteten Aspekten des Ügw:

Dicke sind gemütlich; lebensfroh; haben eine glatte Haut; sind sehr gesellig; stellen was dar; sind gesund; haben was zum Zusetzen für schlechte Zeiten; können alles essen; essen gute Sachen; können viel essen; haben immer was im Haus zum Anbieten; sind kuschelig; man hat was ordentlich in der Hand; Dicke sind Genießer; Dicksein ist ein Äquivalent für hohe Lebensqualität; Dicke sind ruhig und ausgleichend usw. usf.

Ich erläutere den Patn. dann, dass ihr Kopf (als Sitz der Kognitionen) ihnen dann, wenn sie daran denken, abzunehmen und erst recht, wenn sie damit anfangen, einen üblen Streich spielt, dass dann nämlich alle bisherigen positiven Meinungen über das Dicksein sich zum negativen verkehren: alles, was positiv am Dicksein ist, ist "natürlich" negativ am Dünnsein:

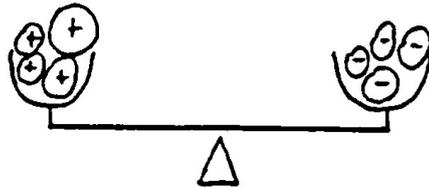
wenn ich dünn bin, dann bin ich ungemütlich, habe keine Lebensfreude mehr, bin runzlig, ungesellig, jeder Windstoß wirft mich um, ich werde krankheitsanfällig, habe andauernd Erkältungen, muss vor und nach Operationen mühsam hochgepöppelt werden, kann dann nur noch Salat essen, bis mir Karnickelzähnen wachsen, mein Partner liegt dann auf einem Knochengestell und holt sich blaue Flecken, man wird dann aggressiv, zänkisch, man hat nichts mehr vom Leben, alle Qualität ist hin etc. etc.

Im nächsten Schritt werden dann noch entsprechend negative Bewertungen des Dickseins durchgegangen, wobei mir immer wieder auffällt, dass die Antwort auf die Frage: "warum wollen Sie abnehmen?" (also die positive Umkehrung der negativen Kognitionen) sehr schwammig,

unkonkret, wenig verhaltensrelevant sind: "ja wegen der Gesundheit; der Doktor hat mich hergeschickt und überhaupt, warum sind hier nur so wenige, wo doch viel mehr Dicke im Hause sind!"

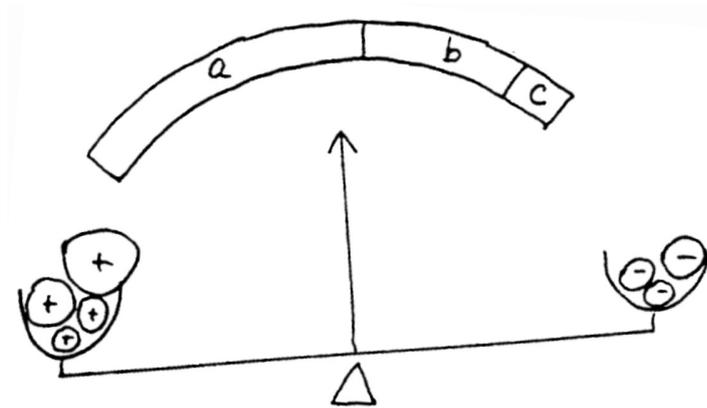
Im nächsten Schritt werden alle allgemeinen Bewertungen mit Gewichten incl. Gewichtungen verglichen und diese auf eine Waage gelegt, um so zu einer vorläufigen Entscheidung zu kommen:

alle **positiven** Aspekte
des Dickseins in
unterschiedlicher
Gewichtung



alle **negativen** Aspekte
des Dickseins
in unterschiedlicher
Gewichtung

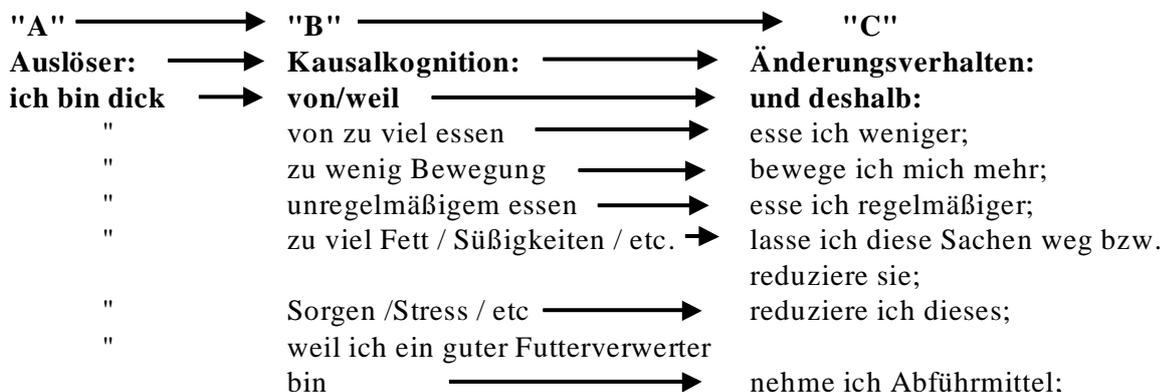
Je nachdem, wohin sich die Waage neigt, führt das zu unterschiedlichen Konsequenzen (C):

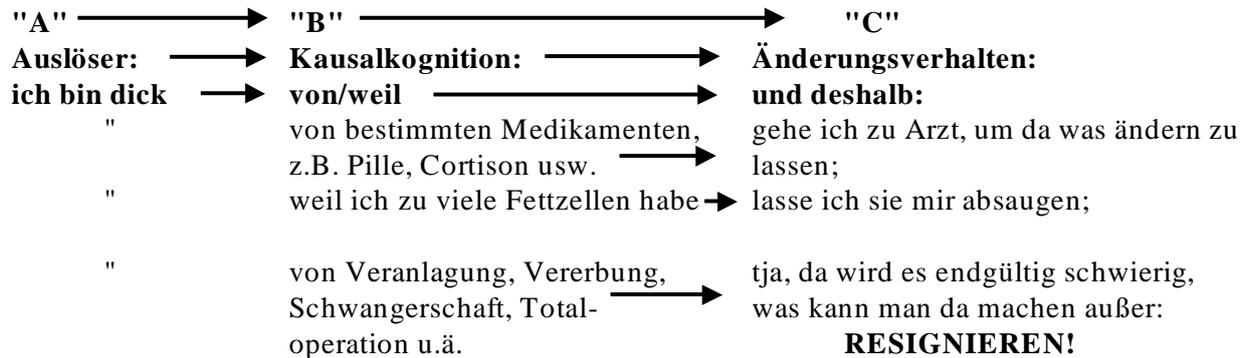


Zeigt der Zeiger nach **a**, bedeutet das, dass dieser Mensch sich (noch) nicht dazu entschlossen hat, wirklich abzunehmen; der Bereich **b** deutet auf eine positive Entscheidung zum Abnehmen hin; der Bereich **c** deutet auf eine hohe Katastrophierungstendenz hin und ist somit auch sehr ungünstig zu einem dauerhaften Abnehmen.

3. 2. 2. Kausalkognitionen:

Wenn sich ein Ügw entschieden hat, abzunehmen, stellt sich als nächstes die Frage, was macht er, um sein Ziel zu erreichen und warum macht er gerade dies und nichts anderes. Diesen Sachverhalt kann die Eruiierung der Kausalkognitionen weitgehend klären. Man kann das ABC in folgenden offenen Satz fassen und entsprechend ausfüllen lassen:





Ich unterscheide hier entsprechend den unterschiedlichen Konsequenzen zwei Kategorien von Kausalkognitionen:

solche, die als Konsequenz eine (mehr oder weniger effektive) HANDLUNG haben und solche, deren Konsequenz RESIGNATION ist.

Was man nun sehr häufig findet, ist, dass die meisten Ügws mehrere, verschiedene Kausalkognitionen haben und obendrein noch aus den beiden Kategorien, deren Konsequenzen sich dann letztlich widersprechen;

denn man kann nicht gleichzeitig handeln UND resignieren

(wenn z.B. jemand glaubt, er sei dick, weil er zu viel isst UND weil er die Veranlagung dazu hat),

man handelt und resigniert dann NACHEINANDER: erst eine Diät, beim Misserfolg oder Scheinmisserfolg (s. 3.2.3.) aufhören und resignieren und dann wieder von vorne. Von Mal zu Mal sinkt dann die Frustrationstoleranz und die Rotationsgeschwindigkeit des Teufelskreises nimmt zu.

Ich habe den Eindruck, dass dieses Vorhandensein widersprüchlicher Kausalkognitionen in Kombination mit unterschiedlich ausgeprägter Katastrophierungsbereitschaft (s. 3.3.1.) zu folgenden, unterschiedlichen Konsequenzen führt:

Vorhandensein von Kausalkognitionen mit sich widersprechenden Konsequenzen aus den Kategorien HANDELN und RESIGNIEREN

PLUS

HOHE

NIEDRIGE

Katastrophierungstendenz

FÜHRT ZU:

Verhaltensweisen, die in KÜRZESTER Zeit ein MAXIMUM an GEWICHTS-VERLUST garantieren - (entscheidende Bestimmungsmerkmale dieses Verhaltens sind: 1. kurze Zeit und 2. hoher Gewichtsverlust (im Gegensatz zu langsamem Fettverlust))- , mit der immanenten Tendenz, daß beide Merkmale

Verhaltensweisen, die scheinbar unabhängig von Kausalkognitionen sind: egal, was als Ursache angesehen wird: FdH!

WATZLAWIK hat dieses Verhalten wunderschön beschrieben in der Geschichte vom Mann und dem Schlüssel:

Ein Mann sucht nachts unter einer Laterne nach

von Mal zu Mal extremer werden:
 immer KÜRZERE Diäten mit immer
 höherem, kurzfristigen GEWICHTSverlust
 bis hin zu der Extremform:
 - EIN Tag gar NICHTS essen und trinken.
 Hier spätestens setzt eine weitere
 Konsequenz ein:
 Verschiebung der internen
 Gewichtungunterschiede der sich
 widersprechenden Kausalkognitionen zu
 den resignativen Anteilen
 dass es mit dem Abnehmen NICHT klappt,
 kann ja - nun bewiesen- NICHT am Essen
 liegen, sondern an:... DRÜSEN & Co.!

seinem Schlüssel, ein Polizist kommt hinzu und
 hilft ihm dabei; nach einer Weile fragt der Polizist,
 ob er denn sicher sei, dass er ihn hier und nicht
 woanders verloren habe; der Mann antwortet,
 er habe ihn nicht hier, sondern dort drüben verloren,
 da sei es aber stockdunkel!

Was macht er und was lehrt uns das?

Obwohl er weiß, dass die Ursache für seinen
 unangenehmen Zustand woanders liegt, die
 Konsequenz daraus aber schwierig ist, macht er:

a) was ANDERES und

b) was LEICHTES.

Somit hält er für sich selber die Illusion aufrecht,
 dass er was tut! Nach einer Weile glaubt er selber
 daran

und wundert sich, dass sein Verhalten nicht zum Ziel
 führt!

Der Ügw mit dieser Kognitionskonstellation macht
 dasselbe: obwohl er weiß, dass er z.B. seine
 Eßgewohnheiten, seine Einkaufsgewohnheiten, seine
 Bewegungsmenge etc. auf Dauer verändern müsste,
 was zugegeben schwierig ist (wie das Suchen im
 Dunkeln), macht er:

a) was ANDERES und b) was LEICHTES:

über einen begrenzten Zeitraum eine beschriebene
 Diät, z.B. FdH. Hinzu kommt hier noch, dass
 Diätieren gesellschaftlich anerkannt ist, dass das
 auch von vielen Fachleuten propagiert wird. Somit
 glaubt auch er nach einer kurzen Weile daran, dass er
 das richtige macht und wundert sich, wenn s' nicht
 klappt.

3. 2. 3. Kontrollkognitionen:

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Ügws häufig zu früh aufhören mit ihrem an sich
 "richtigen" Abnahmeverhalten. Ein Teil der Ursachen dieses Abbrechens ist in den beiden
 vorhergehenden Abschnitten erklärt, ein nicht unerheblicher Prozentsatz ist jedoch die
 Konsequenz von irrationalen KONTROLL-Kognitionen.

Entscheidend sind hier folgende Fragen:

- Wie kontrolliere ich den Erfolg oder Misserfolg meines Handelns?
- Wie definiere ich Erfolg?
- Wie messe ich ihn?
- Wie definiere ich Misserfolg?
- Wie messe ich ihn?

Die m.E. irrationalen kontrollkognitionalen Antworten auf diese Fragen lauten durchweg:
 Erfolg = Gewichtsabnahme

Misserfolg = Nicht- / Nichtgenug-Abnahme

beides wird gemessen auf der Waage, und zwar möglichst täglich!

Ich weiß, dass das häufige/tägliche Wiegen auch unter Fachleuten (incl. Verhaltenstherapeuten) als notwendig erachtet wird und dass darüber ein allgemeiner Konsens besteht. Weil meine Meinung dem krass entgegen steht, möchte ich erläutern, warum ich dies für irrational im ELLISschen Sinne halte:

Es geht beim Abnehmen de facto um Fettabbau, deswegen "muss" die Definition von Erfolg lauten:

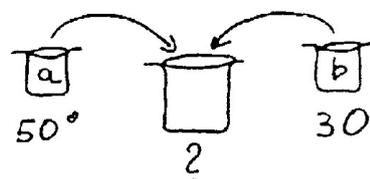
Erfolg = Fettreduktion;

Misserfolg = Nicht-Fettreduktion bzw. Fettzunahme;

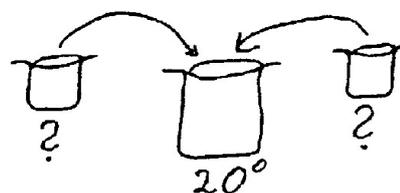
beides kann man aber zumindest kurzfristig NICHT mit einer Waage messen, da müssen andere Erfolgs-/Misserfolgs-kriterien her!

Um das bildhaft zu erläutern:

stellen Sie sich vor, die beiden Becher a und b sind gleich groß und in ihnen ist gleichviel Wasser, im Becher a von der Temperatur von 50 Grad, im Becher b herrscht 30 Grad. Wenn ich nun den Inhalt beider Becher zusammen gieße, welche Temperatur erhalte ich dann? Antwort: Natürlich 40 Grad.



Im 2. Schritt meines Tafel-experiments habe ich wieder 2 gleichgroße Becher mit gleichviel drin, schüttele sie zusammen und stelle fest, dass ich leider vergessen habe, vorher die Temperaturen der beiden Inhalte zu messen. Ich messe also jetzt den gemeinsamen Inhalt und stelle fest, dass es 20 Grad sind.

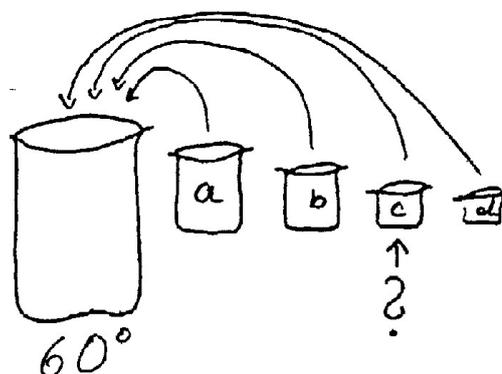


Frage: welche Temperaturen waren vorher in den beiden Bechern?

Mit der Antwort tun sich manche schwer, aber mit ein bisschen Hilfe kommen doch alle darauf, dass diese Frage nicht beantwortbar ist (der Beweis, dass es so ist, war ein Nobelpreis wert!)

3. Schritt:

stellen Sie sich nun vor, wir haben 4 unterschiedlich große Becher, a, b, c und d mit Inhalt, schütten alle zusammen, messen dann, erhalten 60 Grad und fragen dann, welche Temperatur herrschte im Becher c? Die Antwort ist allen klar: das kann man nicht wissen!



Nur, dummerweise machen Ügwe, die täglich auf die Waage steigen, genau dieses!

KURZFRISTIGE GEWICHTSVERLUSTE (und genau darum und nichts anderes geht es doch, wenn man täglich auf die Waage steigt!) haben nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch häufig verschiedene Ursachen:

wenn jemand von heute auf morgen auf der Waage einen Gewichtsunterschied feststellt, dann kann das in der Reihenfolge der gewichteten Wahrscheinlichkeit folgende Ursachen haben:

- | | | |
|-----------|--|-------------------|
| 1. | Veränderungen im Wasserhaushalt | (Becher a) |
| 2. | " " Magen/Darm-Inhalt | " b |
| 3. | " in der Fettmenge | " c |
| 4. | " " Muskelmenge | " d |

Wenn also jemand, der von heute auf morgen 1 kg abgenommen hat, meint, das sei Fett, macht er den Fehler aus dem 3. Schritt des Becherexperiments!

Entsprechend dem Gesetz: "je kurzfristiger eine positive Konsequenz auf ein Verhalten folgt, umso wirksamer wird die Auftretenswahrscheinlichkeit des vorhergehenden Verhaltens erhöht" wird jedes Verhalten, das einem auf der Waage wahrnehmbaren Gewichtsverlust vorausgeht, bekräftigt. Da auf der Waage kurzfristig also überwiegend Wasser- und Magen/Darminhalts-Verluste registriert werden, wird durch häufiges und kurzfristiges Wiegen jedes Verhalten bekräftigt, das eben diese Verluste hervorruft.

Von sehr hoher Wichtigkeit ist es weiterhin, dass durch häufige, kontingente Verstärkung von Wasser- und Magen/Darm-Inhalt-reduzierenden Verhaltensweisen, bei gleichzeitiger Fehlinterpretation der Gewichtsreduktion als Fettverlust, eine äußerst starke Ergebnis-Erwartung (response-outcome expectation) aufgebaut wird, die durch fast nichts, auch nicht durch das "Wissen um diese Zusammenhänge" geschwächt werden kann! Diesen Umstand kann man in ein häufiges Zitat fassen: "Am Anfang geht s'immer schnell mit dem Gewichtsverlust: ich weiß auch, dass das nur Wasser ist. Und wenn s'dann an die Substanz (!) geht, geht's ganz langsam. Ich weiß das; aber wenn es dann passiert, haut es mich immer wieder um; ich fang an zu heulen, krieg Depressionen/ die Wut, halte das höchstens 3 Tage durch und dann MUSS ich was essen, das krieg ich dann nicht mehr geregelt; aber das Gewicht muss doch nach ein paar Tagen runtergehen!"

Ich fasse das so zusammen:

Gewichtsverlust wird als Fettverlust interpretiert, dies ist einerseits eine irrationale Bewertung, andererseits eine positive Konsequenz. Durch Wiegen werden Verhaltensweisen bekräftigt, die kurzfristige Gewichtsreduktion bewirken und inkompatibel mit langfristigem Fettverlust sind. Die Waage kann Fettverlust nicht sichtbar machen, ALSO gehören alle Waagen weggeworfen! Und auch der Begriff "Übergewicht" ist strenggenommen zu verwerfen, weil er die Konsequenz der technischen Prozedur "Wiegen" ist.

Als Alternativen empfehle ich: mit einer Schieblehre o.ä. an immer gleichen Körperstellen die "Unterhautfettfaldendicke" zu messen und diese Werte langfristig zu vergleichen.

Ein besserer Begriff statt Übergewicht ist mir noch nicht eingefallen.

Der Begriff "Fettsucht" ist m.E. keine gute Alternative. Siehe dazu die ganze Suchtdiskussion. Hier nur ein kurzes Gegenargument: für die meisten Ügwe ist "Sucht" die absolute "Mußturbation", da fühlen sie sich zwar einerseits von Schuld befreit (was ja noch gut ist), aber leider auch von jeglicher Verantwortung (in etwa vergleichbar mit der von Luther bekämpften Vorab-Absolution: erst Absolution, dann frischweg sündigen!).

4. Zielorientierte, kognitive Modelle:

Bei diesen zielorientierten Modellen handelt es sich um GRIFFIGE BILDER, die möglichst viele der folgenden Bedingungen erfüllen sollten:

- sie sollten einigermaßen stimmig sein, d.h. sie sollten dem derzeitigen Stand der Wissenschaft weitgehend entsprechen und nicht in wesentlichen Teilen widersprechen;
- sie sollten einen hohen Anschauungswert haben, d.h. aus dem normalen Alltagsbereich stammen, schnell erinnerbar sein und wenn s'geht, mit einem Schuss Humor versehen sein;
- sie sollten Aha-Effekte auslösen, indem sie widersprüchliche Erfahrungen auf einer höheren Ebene vereinigen;
- und sie sollten handlungsorientiert sein, d.h. als "logische" Konsequenz wesentlicher, bildinterner Merkmale soll "richtiges" Verhalten provoziert und "falsches" Verhalten unterdrückt werden.

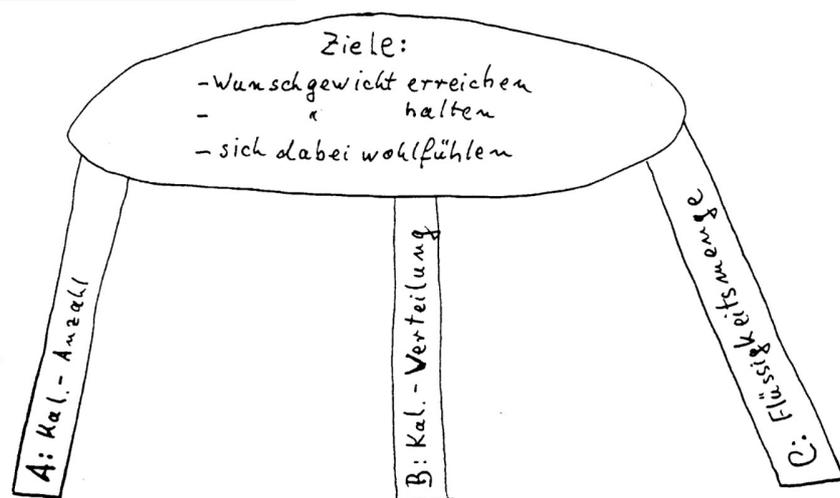
Sie sind natürlich nicht allgemein gültig, weil sie das Produkt der Phantasie des Therapeuten sind. Ich habe im Laufe meiner Praxis viele solche Bilder entwickelt, hier stelle ich einige vor, u.a. um Sie anzuregen, neue, bessere, stimmigere zu entwickeln.

Die Darstellung hier lehnt sich weiterhin stark an die Darstellung im Übergewichts-Seminar an.

4.1. das Hocker - Modell:

Ein Hocker steht dann, wenn er 3 Beine hat. Die 3 Beine des Hockers sind untereinander gleich wichtig, man kann von keinem Bein sagen, es sei wichtiger als die anderen UND egal welches Bein man wegnimmt: der Hocker fällt um, erst recht, wenn man 2 absägt.

"Abnahme - Hocker":



Nach meinem Stand der Kenntnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen sowie den Berichten vieler Ügwer sind diese 3 Faktoren GLEICH WICHTIG zum Erreichen der o.g. Ziele:

A) Kalorien - Anzahl:
eher leicht unterkalorig.

B) Kal. - Verteilung:
entsprechend dem Sprichwort:
*morgens wie ein Edelmann,
mittags wie ein Bürgersmann,
abends wie ein Bettelmann.*

C) Flüssigkeitsmenge:
etwa 3 Liter/Tag.

4. 1. 1. Kalorien - Anzahl:

4. 1. 1. 1. ausgeglichene Energiebilanz

Wenn jemand genau so viele Kalorien zu sich nimmt, wie er verbraucht, dann hält er sein Gewicht, oder genauer (s. 3.2.3.) dann verändert sich seine Fettmenge nicht:

zu Kal. - Zufuhr: wir Menschen können nur in einer Form Kalorien aufnehmen (neben Infusion), nämlich: **Herunterschlucken energiereicher Nahrung durch den Mund** (im Gegensatz zu Pflanzen, die die Fähigkeit haben, Sonnenlicht aufzunehmen und in körpereigene Energieformen umzuwandeln: sich tagelang in Mallorca in die Sonne zu legen ist NICHT dickmachend!). Nicht wenige Ügwe haben die dissonante Meinung, dass das Einatmen von Gerüchen oder der Anblick von Speisen dick machen kann: "Ich brauche bloß an einer Bäckerei/ Metzgerei vorbeizugehen bzw. ich brauche bloß auf so einem Plakat so einen Riesen-Big-Mac zu sehen, schon bin ich am anderen Tag einen Kilo schwerer!"

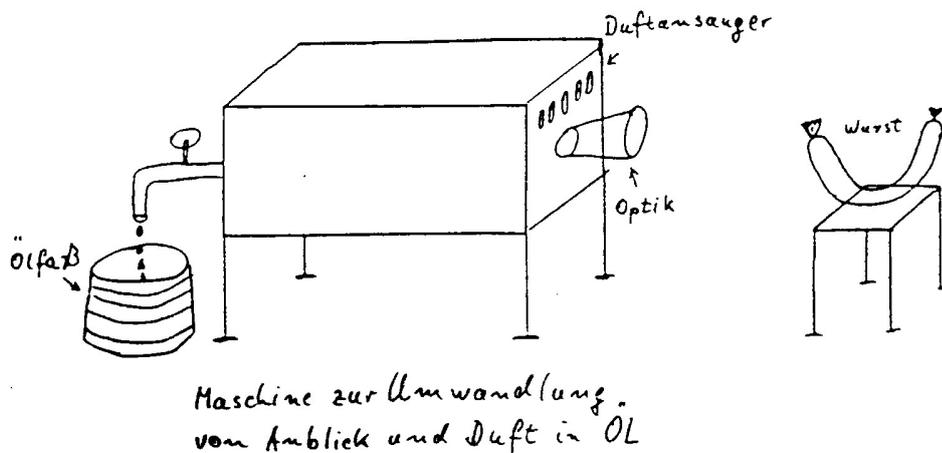
Dazu erkläre ich folgendes:

Es gibt EIN Gesetz, das hat Gültigkeit in Deutschland, in Europa, auf der Erde, in unserem Sonnensystem, in unserer Milchstraße und darüber hinaus im gesamten, bekannten Universum: das Gesetz vom Erhalt der Energie!

Von diesem Gesetz ist keine Ausnahme bekannt.

Es bedeutet: wenn irgendwo Energie aufgebaut wird, muss diese Energie in Form von Energie dahingelangen, oder kurz: von Nichts kommt Nichts! Der Geruch oder der Anblick kalorienhaltiger Speisen ist aber kalorienfrei. Wenn dem nicht so wäre, hätten schon längst findige Ingenieure folgende Maschine entwickelt:

der Duft- und Anblick-in Öl-Umwandler:

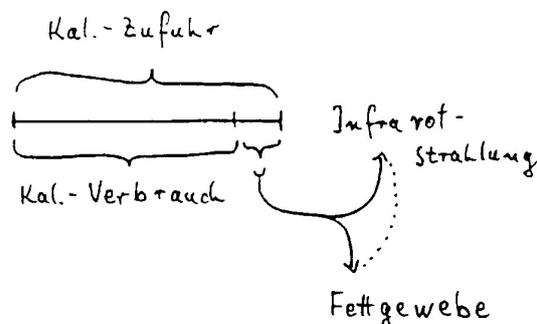


Mit dieser Maschine hätten wir keine Energieprobleme mehr!

4. 1. 1. 2. unausgeglichene Energiebilanz

4. 1. 1. 2. 1. Zufuhr größer als Verbrauch

Wenn jemand mehr Kalorien zu sich nimmt, als er verbraucht, werden die überschüssigen Kal. irgendwo hingeschickt: die Menschen unterscheiden sich u.a. darin, was sie mit diesen Kal. machen, im Extrem: die einen scheiden vermehrt Infrarot-Strahlen aus, die anderen schicken jede überschüssige Kal. ins Fettgewebe; die meisten liegen irgendwo dazwischen, d.h. die "dünnen Vielfresser" scheiden die überschüssige Kal.-Menge in Form von erhöhter Infrarot-Strahlung aus. Auch die Dicken erhöhen ihre IR-Strahlung nach dem Essen etwas, lagern aber den größten Teil der überschüssig aufgenommenen Kal. im Fettgewebe an.

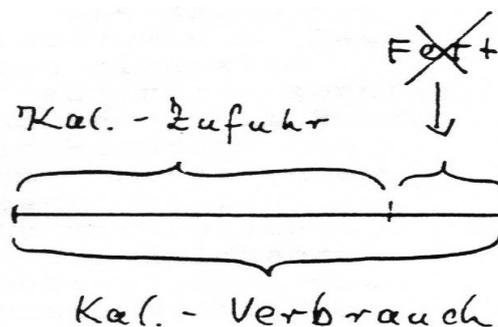


Kurzer Exkurs über den "Mechaniker-Mythos":

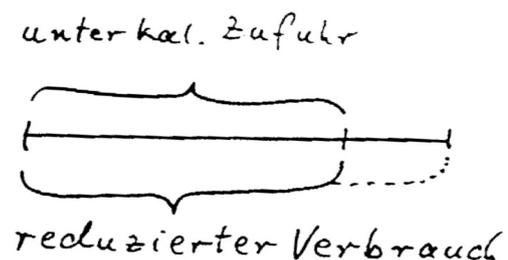
Es ist ein nicht nur in der Allgemeinbevölkerung sondern auch unter wissenschaftlich gebildeten Menschen weit verbreiteter Aberglaube (oder wie man heutzutage sagt: Mythos), dass wenn ich weiß, wie etwas entsteht oder wo es herkommt, ich dann auch automatisch weiß, wie ich es verändern kann. Ich nenne diesen Aberglauben den "Mechaniker-Mythos", weil das im mechanischen Weltbild manchmal so sein mag, in der Realität leider so gut wie nie. Hier hat das folgende Relevanz: viele schließen aus dem Satz "wenn ich mehr esse als ich verbrauche, nehme ich zu" mechanisch den Schluss: "wenn ich weniger esse, als ich verbrauche, nehme ich ab" und diese Schlussfolgerung ist in dieser simplen, mechanistischen Weise falsch: bei der Umkehrung "wenn ich weniger esse ..." werden ganz andere physiologische Prozesse aktiviert und laufen andere Gesetzmäßigkeiten ab als beim Zunehmen.

4. 1. 1. 2. 2. Zufuhr kleiner als Verbrauch:

Wenn also jemand weniger Kal. zu sich nimmt, als er "normalerweise" verbraucht, nimmt er nicht sofort ab, es wird nicht sofort die unterschüssige Kal.-Menge durch Fettabbau ersetzt, sondern es passiert erst mal folgendes:



Wenn jemand die Kal.-Zufuhr unter den normalen Verbrauch drosselt, reagiert der Körper etwa 4 Tage lang so: der Verbrauch wird intern runtergefahren und der Zufuhr in etwa angepasst; das geschieht überwiegend durch Reduktion des Grundumsatzes, was wiederum zur Konsequenz hat, dass "normale" Funktionen nicht so ganz "normal" funktionieren können, z.B. wird die Temperaturregulierung in nicht so



engen Grenzen gewährleistet wie sonst, mit der Folge, dass Abnehmer i.A. zu Anfang frieren, sie werden träge, müde und faul; über diesen "Trick" reduziert der Körper auch den Arbeitsumsatz, er wird in der Regel nervös, gereizt und häufig aggressiv. Aber vor allem bekommt er HUNGER, denn mit diesem Hunger will der Organismus ihn zwingen, diesen Zustand zu beenden und endlich wieder genug zu essen. Diesen Zustand des "intern reduzierten Verbrauchs" kann man auch "Umschaltphase" nennen, denn es wird umgeschaltet von Fettabbau zu Fettabbau. Ein weiteres (neben der Verbrauchsreduzierung) wichtiges Geschehen in dieser Umschaltphase ist, dass intern die physiologischen Weichen gestellt werden, um nach 4 Tagen den Fettabbau beginnen zu können.

Ich habe zur Veranschaulichung dieses hochkomplexen Geschehens drei Bilder (Modelle) entwickelt:

4. 1. 1. 2. 2. 1. Jäger- und -Sammler-Modell:

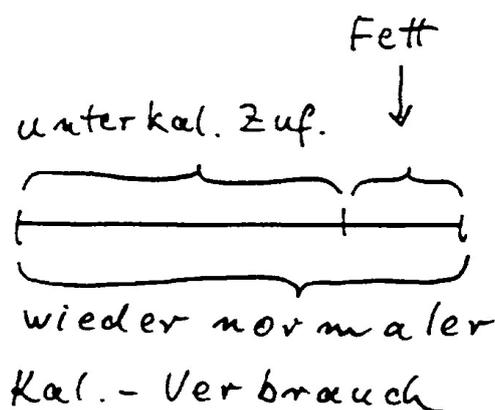
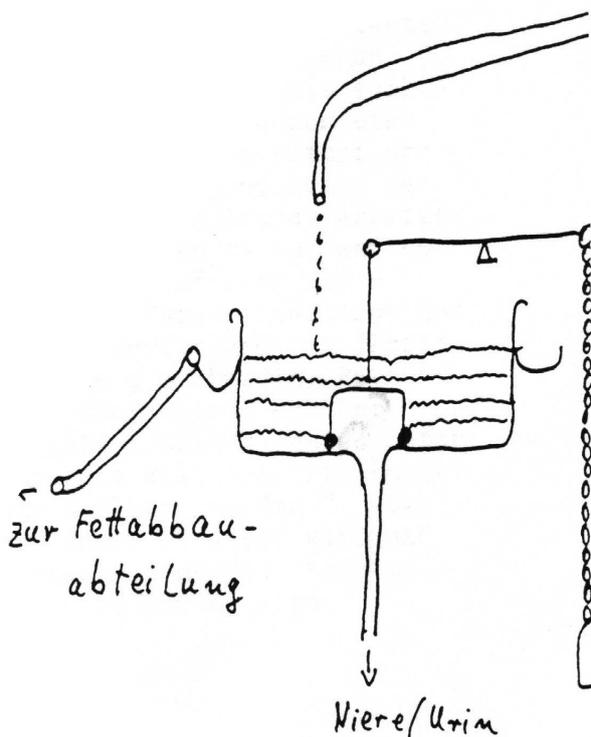
Wenn man die Mensch-Zeit überblickt, so kann man sagen, dass während etwa 95% der Zeit die Menschen Jäger und Sammler waren. Alle unsere körperlichen und zum großen Teil auch geistigen Funktionen haben sich evolutionsmäßig entwickelt, um dem Jäger und Sammler das Überleben zu optimieren, so auch die hier betrachteten Fähigkeiten des Körpers: im Übermaß gegessene Kal. sofort in Depotfett umzuwandeln und danach nur sehr zögerlich und ganz langsam wieder rauszurücken. Denn wie lebten unsere Vorfahren: der Mensch unterscheidet sich von den meisten jagdbaren Tieren nicht in der Schnelligkeit, sondern in der Fähigkeit, zäh, geduldig und über viele km hinter ihnen herzulaufen, sie dadurch zu ermüden und sie dann im Endspurt zu fassen. Dann, wenn sie z.B. so ein Wildschwein hatten, mussten sie es natürlich sehr schnell aufessen, weil ja auch die Konservierungsmöglichkeiten noch nicht vorhanden waren. Diejenigen Organismen, die diese angebotene, überkalorische Menge optimal ausnutzen und in Depotenergie umsetzen konnten, waren denjenigen, die das nicht konnten, überlegen. Nun hatten die aber ein Wildschwein im Bauch und konnten sich erst mal nicht rühren. Sie haben sich also verkrochen, bis sie nach einigen Tagen wieder "Papp" sagen konnten, aufstehen konnten und mit einigen Würzelchen und Beeren im Bauch wieder hinter dem nächsten Wildschwein herlaufen konnten. Und genau diese 4 Tage, die unser Körper braucht, um von Fettabbau auf Fettabbau umzuschalten, sind entwicklungsgeschichtlich gesehen die Tage, in denen sich unsere Vorfahren mit vollem Bauch einige Tage verkrochen haben. Nach diesen Umschalttagen wird dann ganz langsam das Depotfett wieder abgebaut, aber eben ganz langsam, denn es kann ja sein, dass das nächste Wildschwein ganz lange auf sich warten lässt.

4. 1. 1. 2. 2. 2. Enzym - Modell:

Fettabbau im Körper ist ein äußerst komplizierter Prozess, zu dessen Bewerkstelligung u.a. besondere, körpereigene Fettabbauenzyme vorhanden sein müssen. Sobald ein Mensch anfängt, sich unterkalorisch zu ernähren, fängt der Körper sofort an, diese Fettabbauenzyme zu produzieren. Sie werden allerdings erst dann aktiv, wenn sie in einer bestimmten Minimalmenge und -konzentration im Blut vorliegen. Erst wenn diese notwendige Minimalkonzentration erreicht ist, werden sie aktiv und bauen Fett ab (so ähnlich wie die kritische Menge und Masse bei Atombomben).

Das Klokastenbild:

Man stelle sich vor, direkt rechts neben dem Bildrand sitzt die Enzymproduktionsmaschine. Der dazu gehörende Mensch ernährt sich unterkalorisch und sie fängt an, zu produzieren. Die hergestellten Enzyme fallen in ein Auffangbecken, das einem normalen Klokasten fatal ähnlich sieht, nur hat dieses Auffangbecken noch zusätzlich eine Überlaufrinne mit entsprechendem Abfluss. Wenn alles gut läuft, bei maximaler Produktionsgeschwindigkeit braucht die Maschine 4 Tage, um das Becken zu füllen. Weil ja noch nichts überläuft, wird also auch noch kein Fett abgebaut (die Fettabbauabteilung wartet auf die Zulieferung der dazunötigen Hilfsmittel). Nun hat aber dieses Auffangbecken wie jeder Klokasten eine Kette: wenn man kurz dran zieht, läuft alles raus, was bis dahin angesammelt ist: wenn man sich in dieser Phase ein einziges Mal überkalorisch ernährt, wird an der Kette gezogen und alle bis dahin angesammelten Fettabbauenzyme gehen unwiderruflich (über Niere und Urin) verloren. (Im "Jäger- und Sammlermodell" (s.o.) bedeutet das: Wenn in der Ruhephase ein Kollege mit einem erjagten Wildpferd ankommt, muss unser Jäger ja wieder viel fressen, der Körper muss sofort wieder auf FettANbau umschalten und danach legt er sich wieder 4 Tage auf die faule Haut.) Erst dann, wenn nach 4 Tagen der Kasten überläuft, wird der **Fettabbau** sofort und in vollem Umfang angeworfen. Es wird dann der Verbrauch wieder aufs normale Maß angehoben, alle negativen Aspekte der Umschaltphase verschwinden fast schlagartig, der Mensch ist wieder voll leistungsfähig und der Fettabbau läuft stetig. Wenn man sich dann EINMAL überkalorisch ernährt, wird wieder sofort die Kette gezogen, alle (!) Fettabbauenzyme verschwinden und, um weiter Fett abzubauen, muss wieder die 4-tägige Umschaltphase durchlaufen werden.



4. 1. 1. 2. 2. 3. Fettschrämmaschine:

Für diejenigen, die sich von dem Klokastenbild pikiert fühlen, habe ich noch ein drittes Bild auf Lager, das von der FETT-SCHRÄMM-MASCHINE:

Man stelle sich also vor, durch unseren Körper läuft eine Fettabbauschrämmaschine, die einerseits Ähnlichkeit mit diesen riesengroßen Braunkohleschrämmaschinen hat, andererseits aber viel komplizierter ist, so komplex, dass man sie nicht annähernd zeichnen kann. An dieser

Maschine gibt es 40 hochspezialisierte Arbeitsplätze und sie kann überhaupt nur dann arbeiten, wenn alle 40 Plätze besetzt sind. Sie hat natürlich auch - wie sollte es auch anders sein - eine große Feierabendhupe! Wenn nun ein Mensch anfängt, sich unterkalorisch zu ernähren, kommt sofort der erste Arbeiter und setzt sich an seinen Platz, und es kommt der 2. und der 3. usw. und setzen sich an ihren persönlichen Arbeitsplatz, ABER immer nur 10 Mann pro Tag. Die sitzen da und warten geduldig, bis der letzte gekommen ist, der hat nämlich den Zündschlüssel. Wenn der gekommen ist, nach 4 Tagen unterkalorischer Ernährung, wird die Fettschrämmaschine angeworfen und sie fängt dann sofort an, stetig und an allen Stellen gleichmäßig, Fett abzubauen. ABER wenn man sich nur einmal überkalorisch ernährt, wird an der Feierabendhupe gezogen und alle Arbeiter laufen sofort nach Hause; wenn man sich danach weiter unterkal. ernährt, kommt wieder der 1. an und setzt sich an seinen Platz und der 2. usw., bis entweder zwischendurch die Feierabendhupe betätigt wird und alle sofort wieder nach Hause laufen, oder bis der 40. gekommen ist - der mit dem Zündschlüssel - und der Fettabbau wieder weitergeht.

4. 1. 1. 2. 3. die FdH-Diät:

Exkurs über die "**normale FdH-Diät**": der "Durchschnittsübergewichtige" macht häufig folgendes: am Wochenende wird der Entschluss gefasst, mal wieder abzunehmen, am Wochenende wird aber noch mal ordentlich zugeschlagen, damit man die folgende Zeit besser übersteht: dadurch werden die Kohlenhydratdepots hoch aufgefüllt. Ab Montag wird dann gefastet. Am Montag wird dann überwiegend das Kohlenhydratdepot ausgeräumt; dies ist noch nicht die Umschaltphase, am Montag hungern die meisten noch nicht. Der Hunger setzt dann massiv am Dienstag ein, dann wenn man in die Umschaltphase kommt: Hunger, Nervosität, verringerte Arbeitsleistung, verringerte Konzentrationsfähigkeit, erhöhter Aggressionspegel UND GEWICHTSVERLUST(!!!) (s. 3.2.3.: response-outcome expectation!), aber - wie wir ja nun wissen - dieser Mensch nimmt zwar Gewicht und wer weiß was sonst noch ab, ABER KEIN FETT!!! Dann aber kommt das Wochenende: am Freitagabend, spätestens am Samstag rattert folgende Kognitions-kette durch den bewussten Teil des ZNS: "jetzt habe ich die ganze Woche gehungert, etc (s.o.), ich habe schon ordentlich abgenommen, jetzt kann ich mir ja wohl einmal was richtiges gönnen!" Und dann wird das ganze Wochenende sich was richtiges gegönnt :“ NUR wird dann eben genau in dem Augenblick, wo es eigentlich mit dem Fettabbau losgehen würde, wo das erste Milligramm Fett VOR der Schrämme liegt, an der Kette gezogen, die Hupe betätigt, das nächste Wildschwein zu früh und ohne eigene Jagdtätigkeit reingeschaufelt. Am Wochenende werden wieder die KH-Depots aufgefüllt, am Montag geht s'wieder los mit FdH, am Wochenende wird wieder an der Kette gezogen usw.: ein sich perpetuierender Teufelskreis. Nur abnehmen tut man dabei NICHT. Irgendwann werden dann allerdings die Kausalkognitionen (s.o. 3.2.2.) verändert in Richtung "Unbeeinflussbarkeit": " seit einem halben Jahr hungere ich ununterbrochen (wie schnell man das hungerfreie Wochenende vergisst, erstaunt mich immer wieder), ich esse echt wenig (vor allem, wenn man das vergleicht mit den "dünnen Vielfressern") und nehme ums Verrecken nicht ab, ALSO kann es bei mir nicht am Essen liegen, ich muss es wohl offensichtlich an den Drüsen haben, dann bin ich eben DIE Ausnahme, ich bin vielleicht doch solch eine "Duft- und Anblick- in Öl-Umwandelmaschine"!"

4. 1. 2. Kalorien - Verteilung:

In diesem Zusammenhang erläutere ich die CAMBRIDGE-Studie zum Unter- und Übergewicht.

Vor allem im Zusammenhang mit den Hungerstreiks von IRA-Häftlingen ist man in einer Studie der Frage nachgegangen: wie kann man Untergewichtige optimal "mästen"? Dann hat man aber weitergefragt: wenn wir das wissen, wissen wir dann auch, wie sich Ügwe dick gemacht haben? Kann man daraus Konsequenzen für die Therapie Ügwer ableiten?

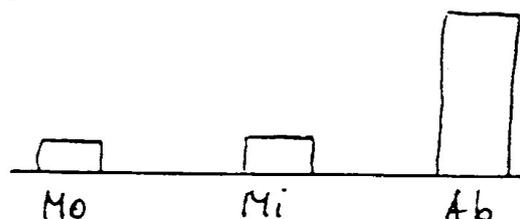
Zur Beantwortung dieser Fragen wurden mehrere, große Untersuchungsserien durchgeführt. Im ersten Schritt hat man 200 freiwillige Versuchspersonen (nach allen möglichen Merkmalen normalverteilt) über 6 Wochen mit täglich 6000 Kal. gemästet. Man hat aber zwei Gruppen gebildet je 100 Personen: die erste Gruppe erhielt diese Kal. in elf Mahlzeiten, die zweite Gruppe in einer Verteilung, von der die engl. Autoren schrieben, sie sei typisch englisch und von der ich meine, dass sie mittlerweile auch typisch deutsch geworden ist:

morgens nichts bis etwas, mittags etwas mehr und abends den ganzen, großen Batzen.

Das erstaunliche Ergebnis dieses ersten Schrittes war:

die 11-Gruppe hat signifikant weniger zugenommen, als die Gruppe mit der Abendspitze! Für erstaunlich halte ich dieses Ergebnis deshalb, weil hier zum ersten Mal bewiesen worden ist, dass die Verteilung der Kal. über den Tag von sehr wichtiger Bedeutung ist, entgegen der immer wieder (auch leider von

"Fachleuten") kolportierten Meinung, die Kalorien-Anzahl sei das ausschließlich entscheidende. Im nächsten Schritt wurde dann, mit weniger Vpn, variiert: Spitze am Mittag und Spitze am Morgen. Ergebnis:



die durchschnittliche Gewichtszunahme nach 6-wöchiger höchstkal. Ernährung unterscheidet sich signifikant entsprechend der Verteilung der Kal. über den Tag:

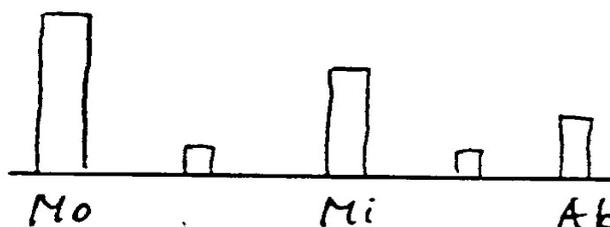
Abendspitze > Mittagsspitze > Morgenspitze > 11-er-Gruppe

Dann hat man die Fragestellung umgekehrt: wie sieht die optimale Abnahmeverteilung aus? Glücklicherweise unter Hinzufügung des Faktors "Praktikabilität", denn wer kann es sich schon leisten, rein vom Zeitaufwand her, 11 mal am Tag zu essen?

Nach dem Verfahren der "sukzessiven Approximation" (den meisten bekannt aus dem Bereich: Herantasten an immer windschlüpfrigere Autos) haben sich die engl. Forscher langsam an das optimale und praktikable Ergebnis herangetastet.

Es lautet:

die Kalorien - Verteilung soll über den Tag so gestaltet sein, dass morgens mehr als mittags mehr als abends mit 2 kleinen Zwischenmahlzeiten gegessen wird:



Man kennt das als Sprichwort, dessen Gültigkeit somit wissenschaftlich bewiesen wurde:

**morgens wie ein Edelmann
mittags wie ein Bürgersmann
abends wie ein Bettelmann !**

Dies - und das ist der entscheidende Gesichtspunkt im "Hocker - Modell" - ist GENAUSO WICHTIG wie die unterkalorische Ernährung (1. Bein).

Andersrum ausgedrückt bedeutet das, wenn man sich unterkal. ernährt, aber nicht auf die Verteilung achtet, speziell die "Abendspitzen-Verteilung" praktiziert, nimmt man NICHT ab!

4. 1. 2. 1. Internes Überangebot:

Zusätzlich zum "externen Überangebot" (= Zufuhr > Verbrauch) mit den bekannten Konsequenzen (Kette ziehen) kommt es auch gelegentlich zu einem "internen Überangebot". Das möchte ich am "Schrämmmaschinenbild" erläutern. Nehmen wir den Extremfall an: jemand ernährt sich unterkal., hält sich auch an o.g. Verteilung und bekommt eine Einladung zum Abendessen, der er nicht absagen will. Er überlegt sich: "ich will meine Fettabbauphase nicht unterbrechen, aber ich will auch nicht auf die tolle Einladung verzichten, also esse ich den ganzen Tag nichts und am Abend dann 1500 Kal., damit bin ich garantiert unterkalorig!"

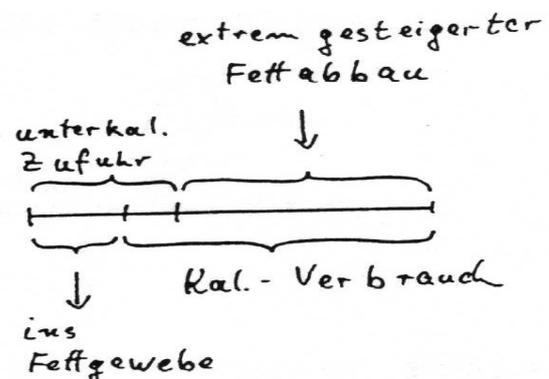
Was macht nun die Fettschrämme? Bislang hat sie schön gleichmäßig den ganzen Tag über Fett abgebaut und damit die unterkal. Menge ausgleichen können. An diesem Tag nun kommt morgens nichts in den Bauch, es wird nichts von außen zugeführt; dann muss die Schrämme ja schneller arbeiten, um den Verbrauch zu gewährleisten; zur 1. Zwischenmahlzeit kommt nichts: die Schrämme gibt Gas; zum Mittag kommt nichts und zur 2. Zwischenmahlzeit und zur normalen Abendessenszeit kommt immer noch nichts rein: zuletzt arbeitet die Schrämme auf Hochtouren, um den ganzen Tagesbedarf zu decken. Darauf setzt unser Pat. dann am Abend seine 1500 Kal. und hat damit ein INTERNES ÜBERANGEBOT geschaffen:

Tagesfettabbau + unterkal. Ernährung > Kal.-Verbrauch!

Konsequenz:

es wird die Feierabendhupe gezogen, der Fettabbau ist erst einmal für 4 Tage unterbrochen! Wenn man nun so ähnlich andauernd verfährt, hält man sich ständig in der Umschaltphase, letztlich genauso wie bei der normalen FdH-Diät!

Folgerung: Kal.-Reduzierung alleine tut s' nicht, man muss die Kal. auch in der o.a. Weise über den Tag verteilen!



4.1.3. Flüssigkeitsmenge:

Das nun wiederum alleine scheint es aber immer noch nicht zu tun; man kann immer wieder Personen finden, die offensichtlich entsprechend den beiden ersten Hockerbeinen handeln, bei denen es aber nach einer Weile zu einem schlecht erklärbaren Stillstand im Fettabbau kommt. Diese Personen trinken nicht genug Flüssigkeit!

Als genug wird allgemein genannt: 2,5 - 3 Liter pro Tag!

"Welchen Sinn soll das haben?" "Soviel kann ich nicht trinken!"

Kleiner Exkurs in die OUTCOME-EXPECTANCY :“

bei genauem Nachfragen und -horchen stelle ich immer wieder fest, dass die meisten genau wissen, dass sie so viel trinken sollen, es aber nicht tun, weil 3 Liter sich ja wohl irgendwie auf der Waage niederschlagen! Als Gründe für die Notwendigkeit dieser Trinkmenge werden normalerweise genannt:

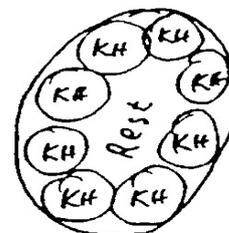
- das hat mein Arzt so gesagt; oder
- das Wasser soll das Fett wegschwemmen.

Beide Kognitionen sind wenig oder gar nicht handlungsrelevant.

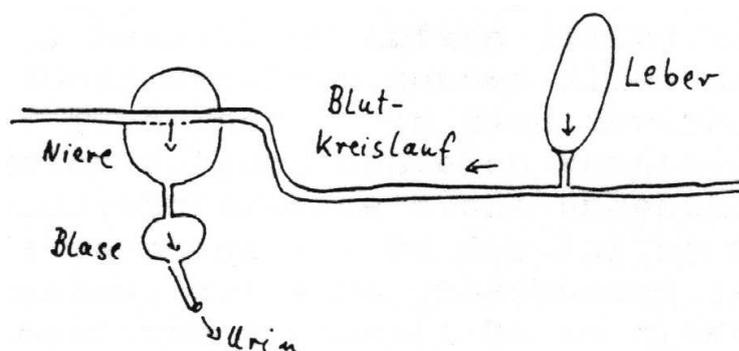
Zur vereinfachten Erläuterung der sehr komplexen, physiologischen Abläufe habe ich folgendes, bildhaftes Modell entwickelt:

Wenn Fett abgebaut wird (das was die Schrämmaschine abkratzt), wird dieses Fett in die Blutbahn geleitet, vom Blut erst mal in die Leber geführt und dort zum großen Teil umgebaut, chemisch aufgeschlossen, weil der Körper meistens nicht das unmittelbare Fett verbrennt, sondern Kohlenhydrate. Fett wird also in der Leber chemisch aufgespalten in mehrere KH-Moleküle, allerdings bleibt aber ein kleiner Rest übrig:

ein Fettmolekül besteht aus mehreren
KH-Molekülen + einem Rest = Schlacke



Um diese Schlacke geht es hier. Dieser Schlackenstoff wird nun seinerseits auch von der Leber in Blut ausgeschüttet und vom Blut zur Niere transportiert, die ihn ausfiltert: über Blase und Urin wird er dann ausgeschwemmt.



Wenn in der Leber also genauso viel von diesem Schlackenstoff produziert wird, wie auf der anderen Seite, in der Niere herausgefiltert wird, bleibt die KONZENTRATION dieses Schlackenstoffes im Blut niedrig. Dazu, um den Schlackenstoff hinreichend schnell ausfiltern zu können, um die Konzentration im Blut niedrig zu

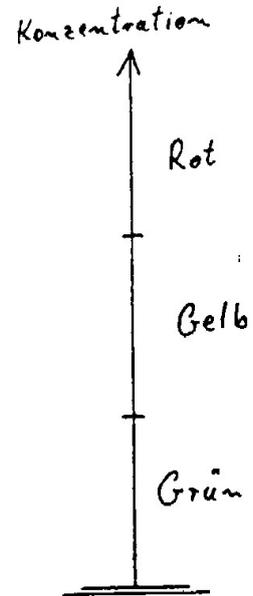
halten, braucht die Niere sehr viel Wasser, nämlich etwa 2,5 - 3 Liter/Tag!

Was passiert, wenn man das nicht macht?

Wenn man die Konzentration auf einer Säule aufträgt, so unterscheide ich drei Bereiche, die ich wie bei einer Ampel als grün, gelb und rot bezeichne:

GRÜNER BEREICH: diese Person trinkt ausreichend viel Flüssigkeit, die Niere kann genauso viel Schlackenstoff ausfiltern, wie in der Leber produziert wird, es ist alles in Ordnung: freie Fahrt!

GELBER BEREICH: diese Person trinkt schon eine Weile nicht genug, in der Leber wird mehr produziert, als in der Niere ausgefiltert werden kann, die Konzentration steigt an und kommt in den gefährlichen Bereich. Wenn man bei gelb über eine Ampel fährt, ist das gefährlich. Es muss nichts passieren, es passiert auch meistens nichts, es kann zum Unfall kommen. So auch hier! Es muss nicht, aber es kann langsam gefährlich werden, weil dieser Schlackenstoff bei höherer Konzentration giftig wird (Gift ist immer eine Frage der Konzentration!). Was man häufig als unangenehme Konsequenz dieses gelben Zustandes finden kann, sind Kopfschmerzen! (Wenn jemand Kopfschmerzen hat, kann das natürlich immer auf sehr viele, unterschiedliche Faktoren zurückführbar sein! Aber:) Wenn jemand in der Fettabbauphase Kopfschmerzen bekommt, ist das häufig die Konsequenz von zu wenig Flüssigkeit. Ich empfehle deshalb dann: in kurzer Zeit 1/2 l Sprudel trinken, eine Weile warten, dann noch mal und wenn s'geht noch mal. In der Regel verschwinden dann die Kopfschmerzen in dem Maße, wie die Niere wieder den Schlackenstoff ausfiltern kann und die Konzentration wieder in den grünen Bereich absackt.



ROTER BEREICH: wenn man das aber nicht macht, u.a. weil bei gelb nichts passiert ist, dann steigt die Konzentration weiter an und kommt in den roten Bereich; hier wird es echt gefährlich, hier wird das Zeug giftig! Man muss sich hier noch einmal kurz vergegenwärtigen, was hier eigentlich läuft: es wird Fett abgebaut, die Leber baut das Fett in KH um, dabei entsteht Schlacke, die jetzt giftig wird; d.h. der Körper würde sich eigentlich durch seine eigene Produktion vergiften! Und genau das macht er NICHT! Es gibt da nämlich zu Anfang dieses roten Bereiches einen NOTABSCHALTER! (Notabschalter kennen alle: das ist das Ding, was diese Idioten in Tschernobyl von Hand unwirksam gemacht haben, so dass die Reaktion so hoch schießen konnte!) Wir können unseren Notabschalter glücklicherweise nicht umgehen, der funktioniert immer. Er greift genau da an, wo der Anfang der Kette liegt, nämlich am Fettabbau, der wird unterbunden (an der Schrämmaschine wird die Feierabendhupe gezogen)! Da an dieser Stelle normalerweise unterkal. gegessen wird, setzen hier sofort zusätzlich die anderen, oben beschriebenen Reaktionen ein: Umschaltphase, Herabsetzen des Kal.-Verbrauchs mit allen negativen Reaktionen (Hunger etc.), aber der Fettabbau ist unterbrochen!

Wenn man noch mal aufs "Hocker-Modell" zurückkommt, so können wir hier den Fall haben, dass sich jemand unterkal. ernährt (Bein 1), sinnvoll verteilt (Bein 2), aber durch unzureichende Flüssigkeitszufuhr (=trinken)(Bein 3) nicht oder auf Dauer nur extrem langsam abnimmt.

Nach dem "Hocker - Modell" möchte ich noch kurz zwei weitere, handlungsorientierte Modelle erläutern, die inhaltlich den bislang dargestellten eigentlich übergeordnet sind:

das LENINSche und das BIRBAUMERSche Modell.

4. 2. **das erweiterte, LENINSche Revolutions-Modell:**

Der Vergleich zwischen russischer Oktoberrevolution und Abnehmen scheint mir insofern statthaft, als es sich bei beiden um extrem schwierige Vorhaben gehandelt hat bzw. handelt und man bei zweitem durchaus auf sehr praxisbezogene Überlegungen und Anleitungen eines der Protagonisten der Oktoberrevolution zurückgreifen kann, zumal da er z.T. nur prägnant und genial formuliert hat, was andere schon vor ihm in anderen Zusammenhängen veröffentlicht haben. Ich beziehe mich überwiegend auf seine Schrift "Was tun?" und erweitere seinen Plan in psychologischer Weise am Ende ein wenig.

Wie soll man vorgehen, wenn man etwas sehr schwieriges verändern will?

So:	I	Situations -	Analyse
	II	Ziel -	Projektion
	III	Strategie -	Diskussion
	IV	Erfolgs -	Kontrolle
	V	Belohnungs -	Plan

ERFOLG kann man nur dann erzielen, wenn man jede Stufe hinreichend durchlaufen hat, das Überspringen von ganzen Stufen oder das auslassen von Teilbereichen garantiert **MISSERFOLG!**

4. 2. 1. **Situations-Analyse:**

Zu analysieren ist hier der Teil der gegenwärtigen Situation, der in Bezug auf das Übergewicht relevant ist, z.B. die Antworten auf die Frage: warum bin ich dick?, was hat das für mich für Vorteile?, Nachteile?, wovon/wodurch bin ich dick?, warum will ich ausgerechnet jetzt was verändern? usw. etc. s.o.

4. 2. 2. **Ziel-Projektion:**

Im ersten Schritt frage ich: wo stehe ich? Im zweiten dann: wo will ich hin? Diese Zielprojektion sollte einerseits realistisch sein, d.h. nicht irgendwelche unerreichbare Phantasie sein, andererseits aber auch noch nicht von Überlegungen geleitet sein wie: das schaff ich ja doch nicht! Diese Überlegungen (Strategie) sind erst im nächsten Schritt dran!

4. 2. 3. **Strategie-Diskussion:**

Nachdem (!) die beiden vorhergehenden Schritte einigermaßen durchgearbeitet worden sind, fragt man dann: wie komme ich von I nach II ? Zudem wird spätestens hier der 2. Wortteil wichtig: Diskussion! D.h. Spätestens hier sollte ich mein Kämmerlein verlassen und mit anderen zusammen diskutieren, Gruppenstrukturen und -potentiale nutzbar machen, sich einer Gruppe Gleichgesinnter anschließen: zusammen geht s'allemaal besser!

Zwischen III und IV steht dann das Handeln: die Strategie, die man gemeinsam für erfolgsversprechend erachtet hat, zu praktizieren!

4.2.4. Erfolgs-Kontrolle:

Siehe das Kapitel: Kontrollkognitionen (3.2.3.). Wenn der Erfolg nicht kommt, muss ich in kleinen Schritten zurückgehen: habe ich Erfolg falsch definiert?, habe ich das richtige Messinstrument?, habe ich es alleine machen wollen?, habe ich die falsche Strategie?, habe ich unrealistische Ziele? z.B. zu hohe Geschwindigkeit?, habe ich bei der Situationsanalyse entscheidende Momente übersehen?

4.2.5. Belohnungs-Plan:

Das Zunehmen hat bei vielen Personen Jahre, manchmal sogar Jahrzehnte gedauert. Zu einer sinnvollen Strategie gehört es dann, das Abnehmen über einen längeren Zeitraum zu planen; nicht gerade so lange, wie man zugenommen hat, aber auch nicht in so extrem kurzer Zeit, wie es viele gern möchten. Um die dann mit Sicherheit auftretenden "Durststrecken" - da wo sich wahrnehmbar wenig tut - besser überbrücken zu können, um sich zwischendurch immer mal wieder neu zu motivieren, ist es sinnvoll, sich bei vorgegebenen Zielen und Teilzielen zu BELOHNEN und diese Belohnungen vorab in einem Plan festzulegen!

Es werden durch dieses "Revolutionsmodell" im wesentlichen alle vorhergehenden Überlegungen zusammengefaßt und in einen zeitlichen Rahmen gebracht!

Diese Aussage gilt in selbem Maße für das folgende Modell, das ich allerdings nur kurz paraphrasieren möchte:

4.3. das BIRBAUMER-Modell:

Man kann mit einiger Berechtigung Übergewicht auch als psychosomatisch / psychophysiologische Störung ansehen. Aus dieser, einer "Diagnose" vorgeschalteten, theoretischen Blickrichtung ergeben sich spezifische, therapeutische Handlungsschritte. In meiner praktischen, psychotherapeutischen Arbeit mit nicht nur übergewichtigen Kurpatienten hat sich bei psychophysiologischen Störungen das BIRBAUMERsche Raster: "Verhaltensmodifikation bei Psychophysiologischen Störungen" (aus: BIRBAUMER, Niels (Hrsg): Psychophysiologie der Angst) als äußerst praktikabel, effektiv und von schnellen, spürbaren Erfolgen begleitet, erwiesen.

"Ein wesentliches Element ALLER Behandlungsziele ist die Beseitigung subjektiv erlebter HILFLOSIGKEIT. ...Gemeinsames Element der unten angeführten Verfahren ist die Wiederherstellung ... der Kontingenz zwischen den eigenen Reaktionen und ihren Konsequenzen. Die folgenden Maßnahmen stellen eine Hierarchie von Therapiezielen dar ... und jeweils eine Behandlungsstufe Voraussetzung für das Gelingen der nächsten ist, wiewgleich die einzelnen Verfahren oft gleichzeitig eingesetzt werden.:

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Modifikation | erhöhter autonomer Erregung. |
| 2. " | von Reaktionsstereotypen. |
| 3. " | von Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. |
| 4. " | störungsspezifischer Einstellungen. |
| 5. " | der sozialen Interaktion (verbal und nonverbal)." |

Es scheint mir evident zu sein, dass Übergewichtige auf allen fünf Ebenen übergewichtsspezifische Störungen aufweisen, die zu eruieren Aufgabe einer vorausgehenden Verhaltensanalyse ist. Daraus ergeben sich dann zwingend die notwendigen Modifikationsschritte.

Zum Abschluss möchte ich 2 noch nicht ganz ausformulierte Theorie- und Handlungs-Modelle erläutern, die erfahrungsgemäß von hoher Verhaltensrelevanz sind: die Set-Point-Theorie und das Schlechte Gewissen:

4.4. die Set - Point - Theorie:

Seit einiger Zeit versuche ich mit Patn. zusammen im Übergewichts-Seminar die Set-Point-Theorie in ein stimmiges, prägnantes Bild zu fassen. Uns ist das bislang noch nicht zu meiner vollen Zufriedenheit gelungen. Trotzdem möchte ich dies noch in der Entstehungsphase befindliche Modell präsentieren, weil man schon jetzt wesentliche Handlungen daraus ableiten kann:

die Set-point-Latte:

Die Set-point-Theorie besagt in etwa: Jeder Mensch besitzt auf einer Gewichtsskala ein irgendwie biologisch begründetes, theoretisches Gewicht. Das reale Gewicht rankt sich um dieses theoretische herum. Dieses theoretische Gewicht nennt man "set-point". Es kann identisch sein mit dem realen Gewicht, es kann sehr weit entfernt sein davon, irgendwann kommt man aber wieder darauf zurück, vor allem wenn man sich in seinem Essverhalten einigermaßen normal verhält.

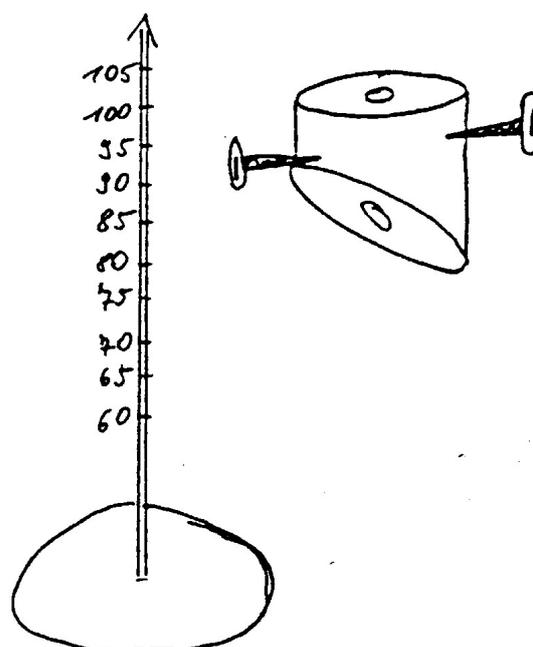
Das reale Gewicht ist - zumindest kurzfristig - relativ leicht und schnell veränderbar, der set-point - wenn überhaupt - nur sehr, sehr schwierig und extrem langsam!

Nach meiner Meinung, die sich in Diskussion mit vielen Ügwen gebildet hat, wird der set-point viel häufiger nach oben als nach unten verändert.

Die SET-POINT-LATTE sieht nun etwa so aus:

über eine dünne Latte mit kg-Marken wird ein Gerät geschoben, das einige Schrauben hat und das so exzentrisch ist, dass man es mit einem Finger nach oben verschieben kann, dass man es nach unten aber nur mit größter Mühe bekommt (wie gesagt, es ist technisch noch nicht ausgereift!)

Wenn man nun anfängt mit einem Abnahmeverhalten, werden an diesem Bild erst mal ganz langsam die Schrauben gelöst. Wenn man innerhalb dieses Prozesses aufhört, pendelt sich das bis dahin abgerutschte Realgewicht schnell wieder auf den alten Wert ein. Wenn man



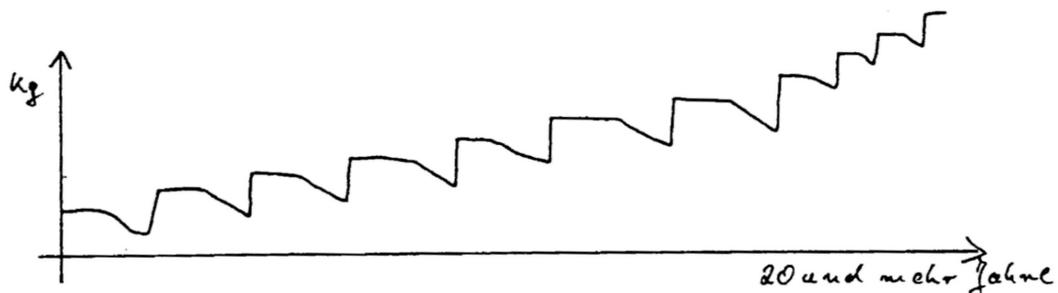
weitermacht mit dem Abnahmeverhalten, passiert erst mal mit dem set-point gar nichts, er ist nur GELOCKERT! Wenn man dann etwa innerhalb von 4 Wochen aufhört, wird durch den Rückfall der set-point-Klotz etwas nach oben gerückt und wieder festgeschraubt. Er wird überhaupt bei jedem Rückfall etwas nach oben gerückt. Nur wenn man länger als 4 Wochen abnimmt (Hocker nicht vergessen!), wird der Klotz ganz langsam nach unten gerückt. Das Realgewicht ist derweil weit davon entfernt. Wenn man dann also irgendwann aufhört, wird dadurch der set-point wieder etwas angehoben und das Realgewicht pendelt sich wieder schnell auf dieses Maß ein.

Will man also effektiv abnehmen, ist es sinnvoll, deutlich über 4 Wochen sein Abnahmeverhalten durchzuziehen;

ich empfehle: NIE UNTER 3 MONATE!

4. 5. Rückfall:

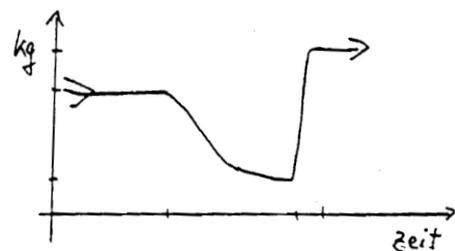
Sehr viele von den "sehr dicken Langzeitübergewichtigen" berichten, dass sich im Laufe der Jahre ihre Gewichtskurve etwa folgendermaßen verändert hat:



Charakteristisch für diese Kurve sind folgende Merkmale:

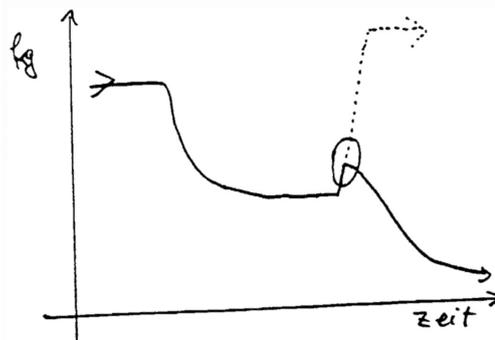
Gewicht halten, eine Weile lang abnehmen, Rückfall, schnelle Zunahme: in kürzerer Zeit über das Ausgangsgewicht hinaus; halten, abnehmen, Rückfall, Zunahme übers alte Gewicht hinaus usw. usw..

Wenn man sich eine solche Sequenz mal mit der "Lupe" anschaut, kann man feststellen, dass ALLE - in diesem Artikel dargestellten - Aspekte an den unterschiedlichen Stellen eine Rolle spielen können, nur ein, wie ich meine, noch ganz wesentlicher, kognitiver Aspekt fehlt bislang in der Darstellung:



4. 5. 1. das Schlechte Gewissen nach dem Rückfall:

Das Schlechte Gewissen verhindert nämlich, dass es nach einem Rückfall - wie nebenan skizziert - wieder weitergehen kann mit dem Abnehmen, das "Schlechte Gewissen" lässt letztlich die Gewichtskurve wieder nach oben schießen. Nun scheint es mir aber eine sehr unrealistische, ja in hohem Maße irrealen Kognition zu sein, zu hoffen und darauf hinzusteuern, dass man KEINEN Rückfall macht. Wenn er dann kommt, löst er meistens Scham, Verzweiflung, Tränen, Depression: kurz das sog. "Schlechte Gewissen" aus!



**NUR: wegen SCHLECHTEM GEWISSEN hat sich auf der Welt noch NIE irgendwas zum Besseren hin verändert!
Warum also soll es hier hilfreich sein?**

Es ist nicht hilfreich, im Gegenteil, es verhindert eine positive Weiterentwicklung (incl. dem vernünftigen Zurückschauen im Lenin-Modell!)

Bei den Rückfällen unterscheidet man demnach solche MIT und OHNE "Schlechtem Gewissen": die MIT lassen sich unterscheiden in:

- a) Verzweiflungsrückfall und
- b) hineingestolpeter Verführungsrückfall.

Ersterer lässt sich am leichtesten vermeiden durch Veränderung der irrationalen Kontrollkognitionen, die zweite Art - wie grundsätzlich auch die erste - lässt sich so vermeiden:

Regel: RÜCKFÄLLE SIND GRUNDSÄTZLICH ZU PLANEN!

Da man sie nicht vermeiden kann, soll man sie einplanen, z.B. auch in dem Belohnungs-Plan (4.2.5.), wegen der set-point-Theorie aber nie vor einem Zeitraum von 3 Monaten. Dadurch vermeidet man das schädliche "Schlechte Gewissen" und danach kann es wieder normal weiter nach unten mit der Gewichtskurve gehen, bis zum nächsten, vorher genau geplanten Rückfall.

(Hier geht es nicht wie beim Alkoholismus um Rückfallvermeidung, sondern um die Vermeidung negativer Rückfallfolgen!)

5. Schluss:

Ich habe hier versucht, einige sowohl strukturierte als auch ungeordnete kognitive Aspekte, die bei der Behandlung übergewichtiger Patienten eine Rolle spielen, darzustellen, wobei ich - wegen der Kürze (!) der Darstellung - den Teil "VERÄNDERUNG irrationaler oder unangemessener Kognitionen" ein wenig unterbelichtet habe.

Nichtsdeshalb hoffe ich, dass ich ein wenig mehr Licht in den zum Teil undurchdringbar erscheinenden Urwald "kognitiver Dissonanzen" bringen konnte.

6. Literatur:

Es sei mir folgende Entschuldigung erlaubt: Als ich vor 11 Jahren meine jetzige Stelle antrat, hatte ich längst die "reine" wissenschaftliche Schiene verlassen: ich weiß nicht mehr genau, wo alles steht, was ich je gelesen habe und für meine Arbeit als wichtig erkannt habe. Diese Literaturliste ist deshalb - leider auch an einigen entscheidenden Stellen - lückenhaft.

- BAADE,F.-W.; BORCK,J.; KOEBE,S. & ZUMVENNE,G.: Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie
Tübingen 1982
- BIRBAUMER, N.: Psychophysiologie der Angst
München 1977
- BRECHTEL,CH.: Schlank und Schön durch Selbstkontrolle
? 1981
- DGVT (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Theorien und Methoden
Tübingen 1986
- ECKARDT,E.: Die meisten Pfunde kommen wieder
stern 19/81
- ELLIS, A.: Die rational - emotive Therapie
München 1978
- ELLIS,A. & GRIEGER,R. (Hrsg): Praxis der rational -emotiven Therapie
München 1979
- FARRELLY,f. & BRANDSMA, J.: Provocative Therapy
Cupertino 1974
- FERSTL,R.; deJONG,R. & BRENGELMANN.J.C.: Verhaltenstherapie des Übergewichts
BM für J,F,G Band 45
- FESTINGER,L.: Theorie der kognitiven Dissonanz
Bern 1978
- GRIES,F.A.; BERCHTOLD,P. & BERGER,M.: Adipositas
Berlin 1976
- GROMUS,B.; KAHLKE,W. & KOCH,U.: Interdisziplinäre Therapie der Adipositas
BM für J,F,G Band 177 + 178
- HAUTZINGER,M. & KAUL, S.: Verhaltenstraining bei Übergewicht
Salzburg 1978
- KATHER,H. & SIMON,B.: Neue Aspekte in der Pathogenese der Fettsucht
Deutsches Ärzteblatt, 4/80
- KESSLER,B. & HOELLEN,B.: Rational-emotive Therapie in der Klinischen Praxis
Weinheim 1982

- KIRSCHNER,CHR.: Fettsucht als Verhaltensstörung
Z.angew.Bäder-u. Klimaheilk., 25 (1978), 59 - 67
- LENIN,W.I.: Was tun?
Berlin(Ost), 1972
- MAHONEY,M.J.: Kognitive Verhaltenstherapie
München 1977
- MEICHENBAUM,D.W.: Kognitive Verhaltensmodifikation
München 1979
- MÖHR,M. & KÖHLER,H.: Die Ermittlung des Gesamtkörperfettes bei Erwachsenen auf Grund
von Hautfaltendickenmessungen
Deutsches Gesundheitswesen, 1, (1963), 1097 - 1100
- PITTHAN,U.: Dick wird man nicht vom Essen
Psychologie heute, 7/82
 Leserbrief von MALCHOW,C.P. 10/82
 Leserbrief von JUNGHÖFER,M. 11/82
- PUDEL,V. & MEYER,J.E.: Die Fettsucht als Störung des Appetitverhaltens
Dtsch. med. Wschr. 99, (1974), 618 - 628 + 648 - 651
- RIES,G.: Appetitverhalten und Übergewicht
Vortrag 1977
- RIES,G.: Gruppenprogramm für Adipöse
Ärztl. Praxis 30, (1978), 5 - 8
- RÖSCH,W.: Die Verstopfung ist keine Krankheit
medizin heute 1/82
- SACHSE,R. & MUSIAL,E.M.: Kognitionsanalyse und Kognitive Therapie
Stuttgart 1981
- SCHLEMM,G.S.: MSM 3123 antwortet nicht
medizin heute 11/82
- TOBIASCH,V.: Übergewicht, was tun?
Stuttgart 1974
- WATZLAWIK,P.: Anleitung zum Unglücklichsein
München 1983
- WIRTHS, W.: Ermittlung des Ernährungszustandes
Ernährungslehre u. Diabetes, 3, (1974), 50 - 60
- ???: Bedeutung und Meßgrößen des Ernährungszustandes
Ernährungsumschau 7/82
- ???: Fettsucht, Ersehnter Leerlauf
SPIEGEL 48/80
- ???: Schrei aus der tiefe des Bauches
SPIEGEL 8.4.85
- ???: Dicke Versprechen, magerer Erfolg
Test 8/78
- ???: Von Märchen wird man nicht schlank
Schlank & Schön ???
- ???: Diät macht dick
Petra ???

Bad Neuenahr/Bonn, 16. 04. 1989
(2. fast unveränderte Auflage: 2003)