

# Essverhalten vor und nach adipositas- chirurgischer Behandlung

Prof. Dr. Martina de Zwaan

Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung



DGE 2008

**Universitätsklinikum  
Erlangen**

# DSM IV Forschungskriterien für die Binge Eating Störung

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen, gekennzeichnet durch
  - 1) ungewöhnlich große Nahrungsmengen
  - 2) Kontrollverlust
  
- E. Essanfälle gemeinsam mit mindestens 3 der folgenden Symptome
  - 1) wesentlich schneller essen als normal
  - 2) bis zu unangenehmen Völlegefühl
  - 3) große Nahrungsmengen, auch wenn kein Hunger
  - 4) alleine essen aus Verlegenheit
  - 5) Ekelgefühle, Deprimiertheit, große Schuldgefühle nach dem Essen
  
- L. Deutliches Leiden wegen der Essanfälle
  
- N. Essanfälle durchschnittlich mindestens an 2 Tagen/Woche für 6 Monate
  
- P. Essanfälle ohne regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen



## Bevölkerung

- % adipös **2-5%**
- % schwer adipös ( $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) **50-70%**
- % schwer adipös ( $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) **14,8\*-18,6%<sup>§</sup>**
- Geschlechtsverteilung (w:m) **65:35 – 50:50<sup>§</sup>**

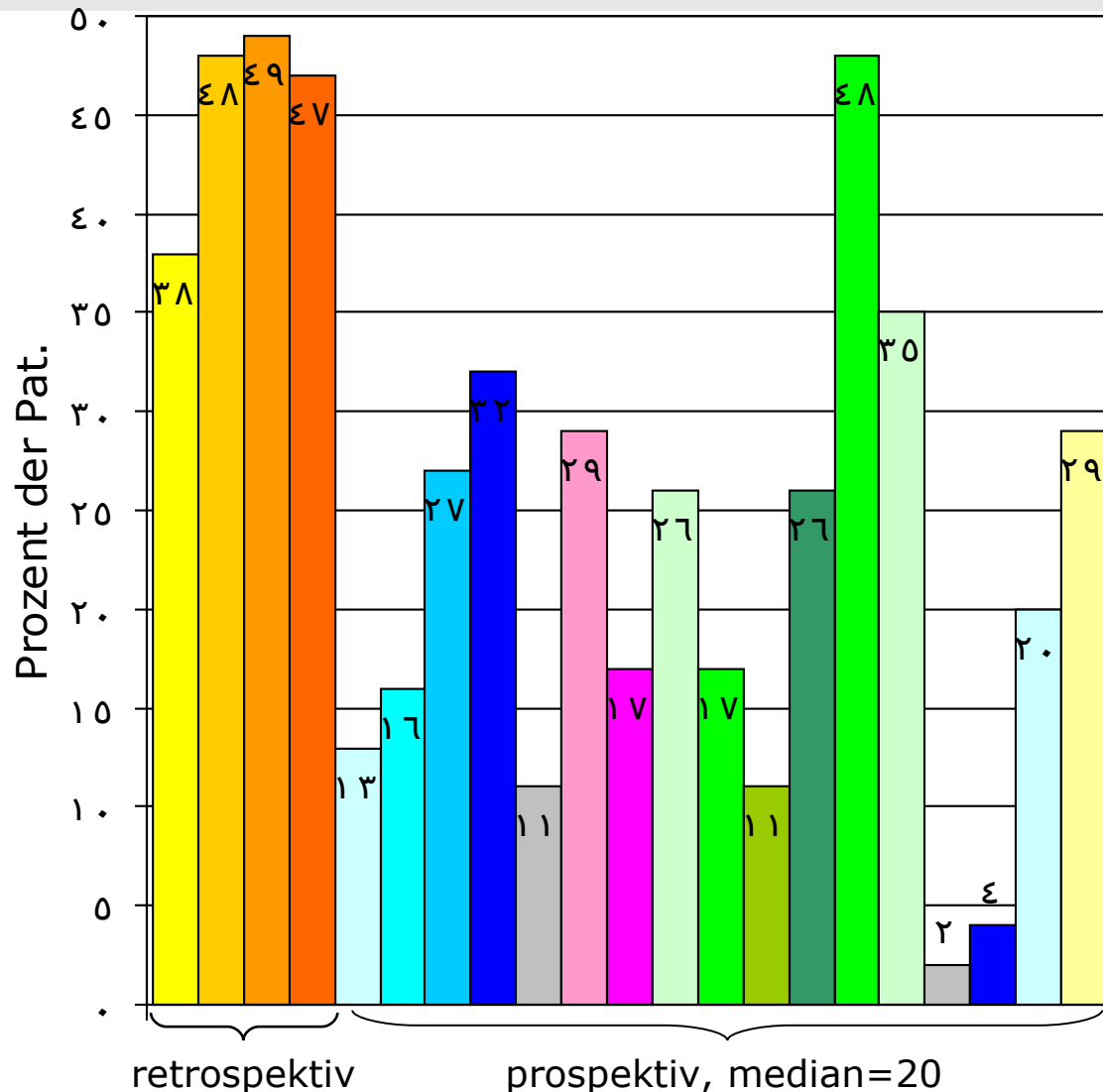
<sup>§</sup>Grucza et al., 2007 – current 6.6% (self-report)

\*Hudson et al., 2007

de Zwaan, 2007

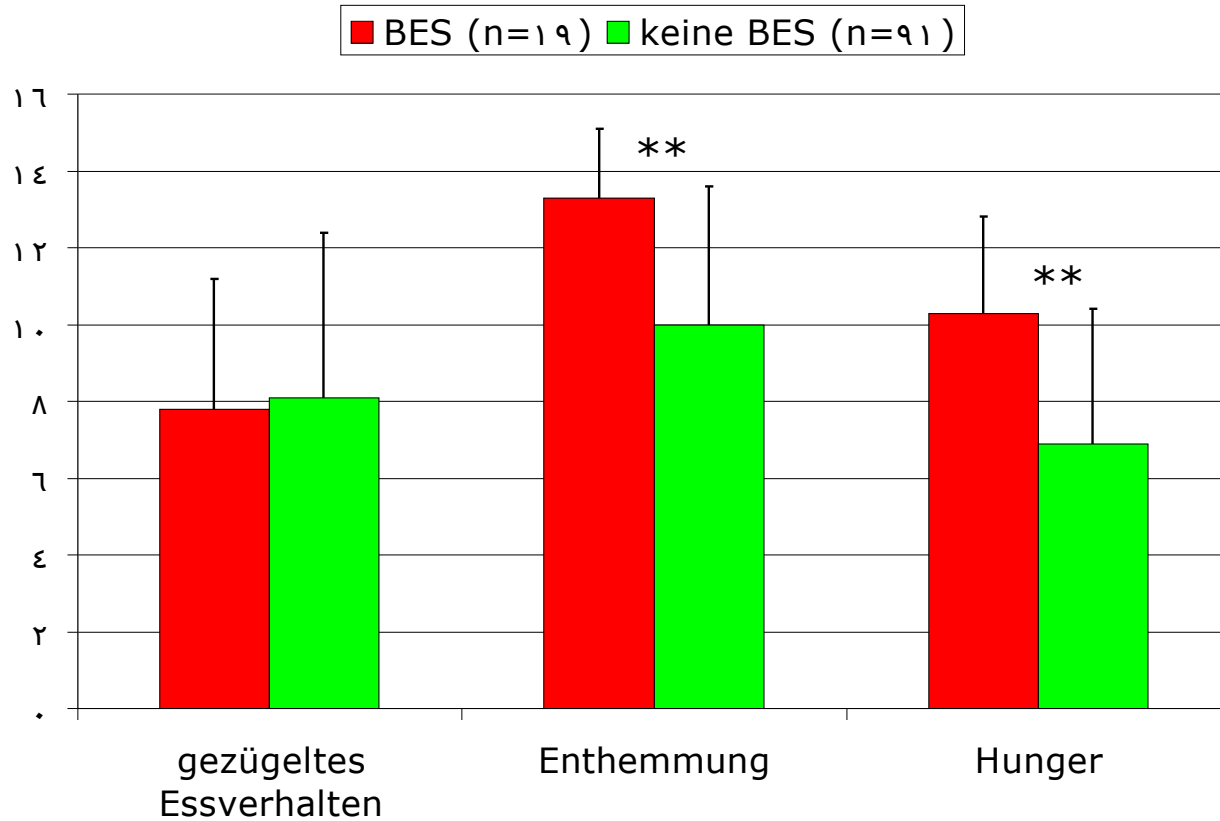
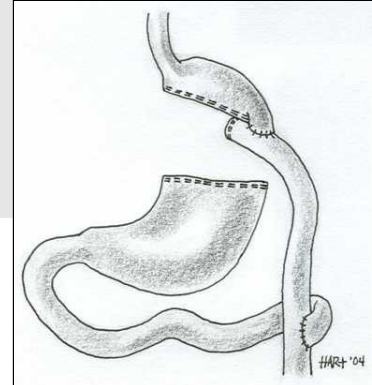


# Häufigkeit der Binge Eating Störung vor Adipositaschirurgie



- Hsu et al., 1997
- Hsu et al., 1999
- Mitchell et al., 2001
- Adami et al., 1990
- Busetto et al., 1997
- Powers et al., 1999
- Wadden et al., 2001
- Dymek et al., 2001
- Lang et al., 2002
- Busetto et al., 2002
- Delgado et al., 2002
- Sanchez et al., 2003
- de Zwaan et al., 2003
- Hsu et al., 2002
- Green et al., 2004
- Latner et al., 2004
- Mazzeo et al., 2000
- Burgmer et al., 2000
- Allison et al., 2006
- Sallet et al., 2007
- de Zwaan et al., 2007

# Fragebogen zum Essverhalten (FEV) -vor Adipositaschirurgie-

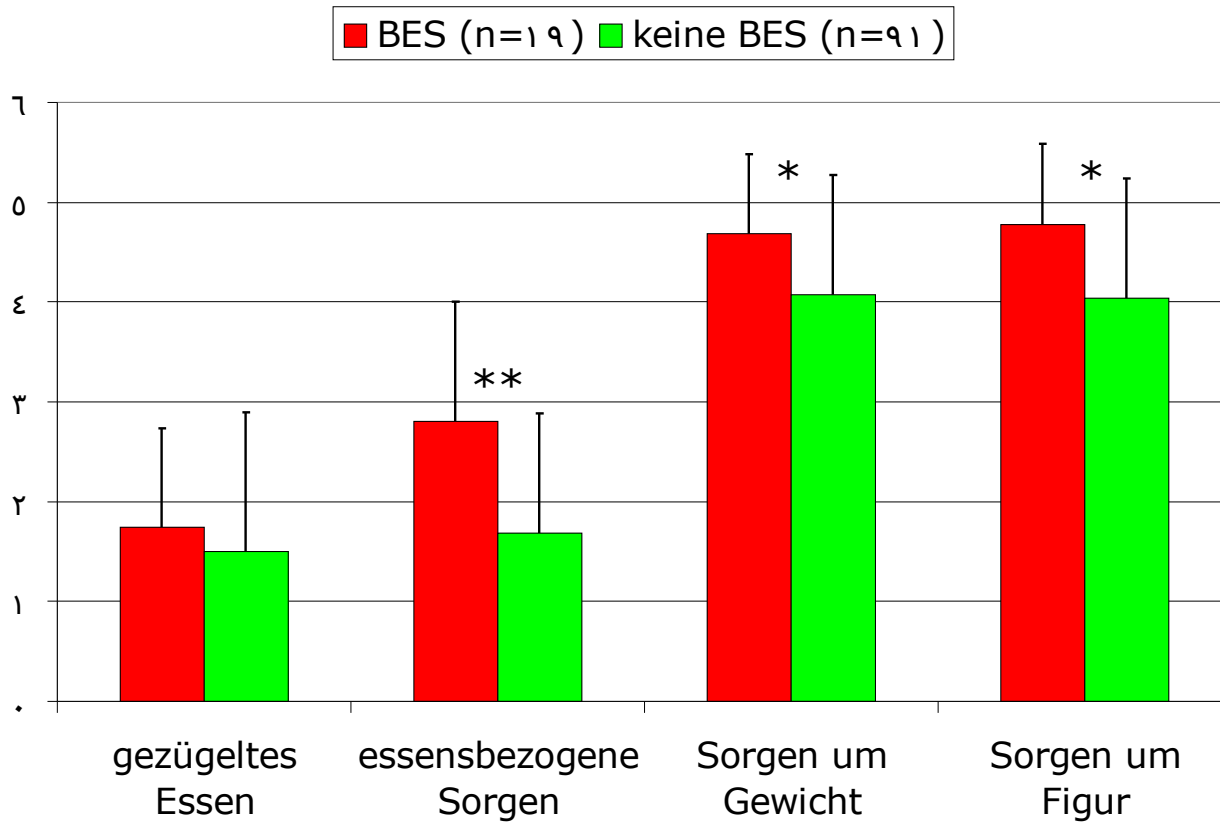
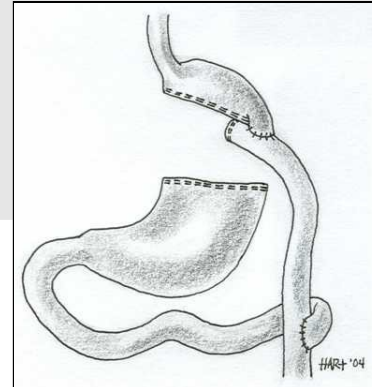


de Zwaan et al., Compr Psychiatry, 2004



# Eating Disorder Examination - Q

-vor Adipositaschirurgie-



de Zwaan et al., Compr Psychiatry, 2004



# Psychiatrische Störungen vor Adipositaschirurgie: Lebenszeit (aktuell)

Psychische Störung	Erlangen SKID (n=146)	Herpertz et al. 2007 CIDI (n=153)	Kalarchian et al. 2007 SKID (n=288)	Rosenberger et al., 2006 SKID (n=174)
<b>mindestens eine psych. Störung</b>	<b>72,6%</b> (55,5%)	<b>53,6%</b> (26,8%)*	<b>66,3%</b> (37,8%)	<b>36,8%</b> (24,1%)
Affektive Störungen	<b>54,8%</b> (31,5%)	<b>28,1%</b> (5,2%)	<b>45,5%</b> (10,4%)	<b>22,4%</b> (10,9%)
Angststörungen	<b>21,2%</b> (15,1%)	<b>24,2%</b> (14,4%)	<b>37,5%</b> (5,9%)	<b>15,5%</b> (11,5%)
Somatoforme Störungen	3,4% (3,4%)	22,9% (13,7%)	---	0%
Essstörungen	50,0% (37,7%)#	---	29,5% (16,3%)	13,8% (10,3%)

\*ohne Essstörungen, Interview nach stat. Aufnahme vor OP

# auch EDNOS

Prof. Dr. Martina de Zwaan, 2006

**Universitätsklinikum  
Erlangen**

# Adipöse Patientinnen mit Binge Eating Störung

- sind mit ihrem Gewicht und ihrer Figur unzufriedener,
- haben mehr Diätversuche hinter sich,
- haben weniger Selbstwertgefühl,
- sind depressiver,
- haben mehr psychische Erkrankungen.

im Vergleich zu adipösen Patientinnen ohne BES





# Psychische Krankheiten und Adipositas

- Positiver Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Adipositas in der Bevölkerung. (Scott et al., Int J Obesity 2008)
  - Frauen > Männer
- Adipöse, die Behandlung aufsuchen, haben mehr psychische Probleme.
- Vor chirurgischer Adipositasstherapie
  - **Lebenszeit-Diagnosen bis 70%**
  - **Lebenszeit - Binge Eating Störung bis 50%**
    - Essanfälle: Aufnahme einer großen Nahrungsmenge in relativ kurzer Zeit mit dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren.

# Chirurgische Therapie



**Universitätsklinikum  
Erlangen**

# Adipositas Grad 3 (BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$ )



Venus von Willendorf  
ca. 25.000 v. Chr.



In Deutschland  
haben ca.  
800.000  
Menschen  
(1% der  
Bevölkerung)  
einen BMI von  
über  $40\text{ kg/m}^2$

DAG

# Kriterien für eine OP

## **Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Adipositas müssen folgende Voraussetzungen für eine Operation erfüllt sein:**

- BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> oder > 35 kg/m<sup>2</sup> mit erheblicher organischer Komorbidität bzw. Risikofaktoren (Diabetes, Schlafapnoe, etc).
- Konservative Behandlungsmöglichkeiten unter ärztlicher Aufsicht müssen ausgeschöpft sein.
- Das Operationsrisiko darf nicht inakzeptabel hoch sein.
- Die Patienten müssen ausreichend motiviert und vollständig aufgeklärt sein sowie
- ihr Einverständnis gegeben haben.

# Operative Techniken

## Rein restriktiv

- Gastroplastik
- **Magenband  
(adjustierbar)**

*Kontrolle der Nahrungsmenge nicht des Kaloriengehalts*

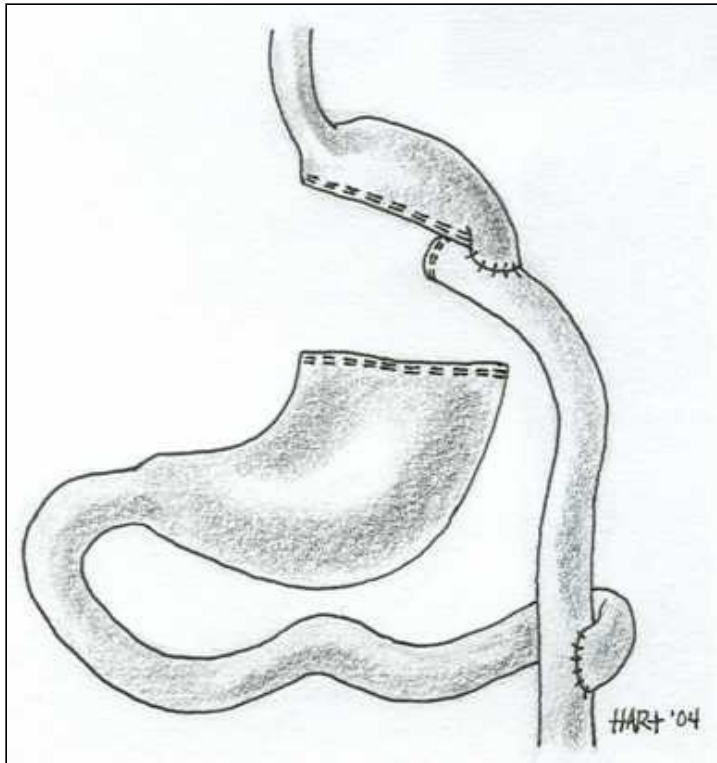
## Kombinationsverfahren mit Malabsorptionskomponente

- **Magen-Bypass**
- Biliopancreatic Diversion
- Duodener Switch

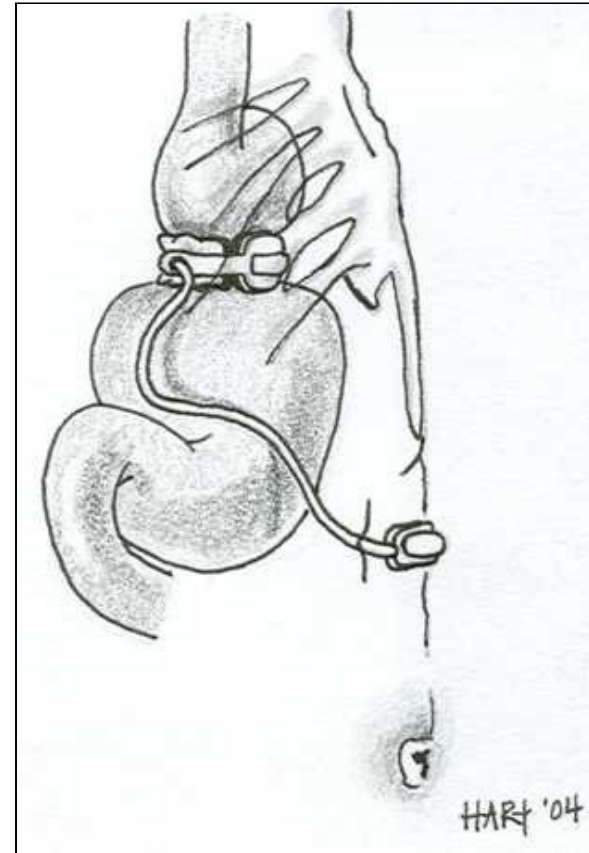
*Kontrolle der Nahrungsmenge und Malabsorption*



# Magen-Bypass



# Magenband



# Kriterien für eine OP

## **Flyer AcSDeV:**

- Übergewicht seit mehr als 3 Jahren
- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- *Keine Depression (ausgenommen reaktive Depression aufgrund des Gewichtes) - ?*
- *Keine Suchtsymptomatik (Suchtverlagerung) - ?*
- Keine Alkohol-, Tabletten- und/oder Drogenabhängigkeit



# Gewichtsverlust nach chirurgischer Adipositas therapie

- Magenbypass effizienter als Magenband, aber höheres Komplikationsrisiko und nicht reversibel.
- Verlust von maximal 60-80% des Übergewichtes („excess weight“).
- Maximaler Gewichtsverlust nach 1 bis 2 Jahren („honeymoon Phase“).
- Plateau bzw. Gewichtszunahme danach.
- **Nicht alle Pat. verlieren an Gewicht.**





# Magenband versus Magenbypass (Hell et al., 2000)

## ■ Gewichtsverlust, % des Übergewichtes

50-74%

75-100%

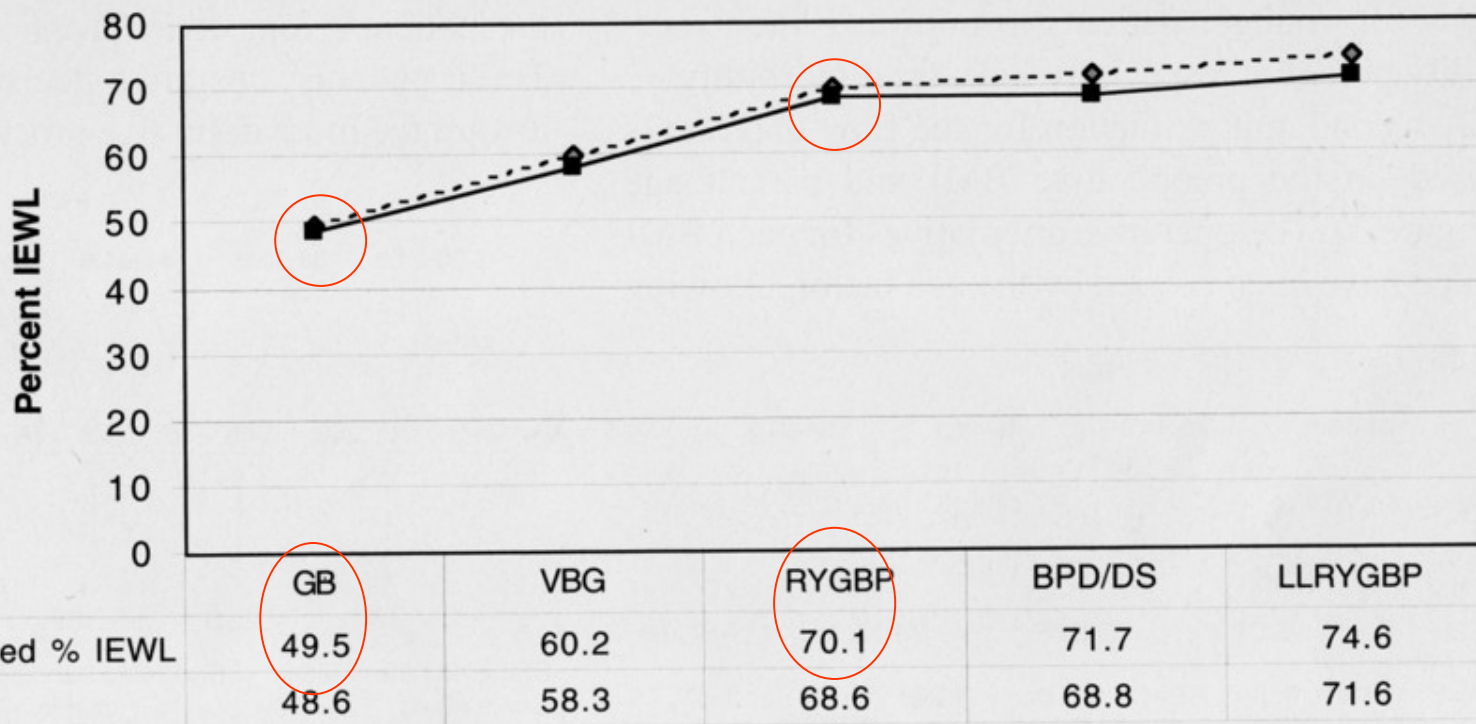
-----  
Magenband 51%

3%

Magenbypass 20%

73%

# Übergewichtsverlust - Methodenvergleich



IEWL = Initial excess weight loss; GB = Gastric Band; VBG = Vertical banded gastroplasty; RYGBP = Roux-en-Y gastric bypass; BPD/DS = Biliopancreatic diversion/duodenal switch; LLRYGBP = Long-limb Roux-en-Y gastric bypass

# Adipositaschirurgie und Essstörung

02.07.08

**Universitätsklinikum  
Erlangen**

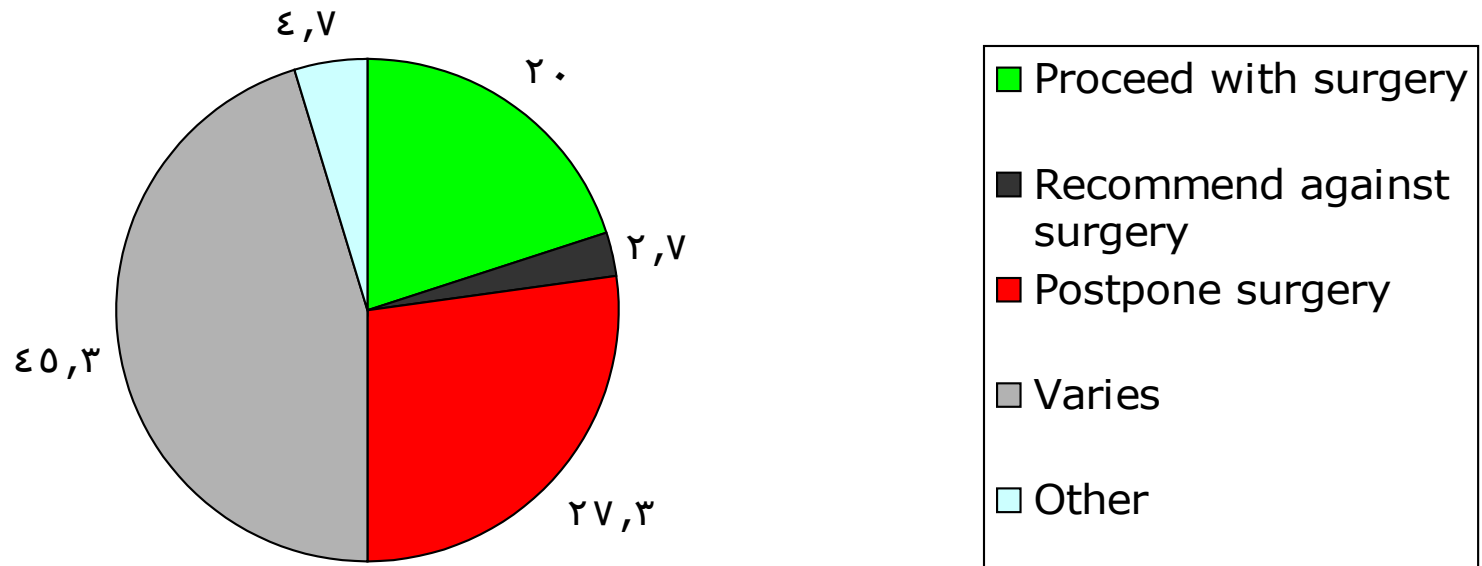


\*47 und 41%, \*\*91% und 70% des Übergewichts verloren

## Wird der postoperative Gewichtsverlauf von präoperativem „binge eating“ negativ beeinflusst?

Autoren	Technik	N	Katamnese	BE(S) sagt Gewichtsverlauf voraus
Busetto et al., 1996	Bypass	80	12 Mo	<b>Nein</b>
Hsu et al., 1996	Gastroplastik	24	3,5 J	<b>Nein</b>
Hsu et al., 1997	Bypass	27	21 Mo	<b>Ja</b>
Powers et al., 1999	restriktiv	72	5,5 J	<b>Nein</b>
Dymek et al., 2001	Bypass	32	6 Mo	<b>Ja</b>
Busetto et al., 2002	Banding	260	3 J	<b>Nein</b>
Sabbioni et al., 2002	Gastroplastik	82	2 J	<b>Nein</b>
Boan et al., 2004	Bypass	40	6 Mo	<b>Nein</b>
Green et al., 2004	Bypass	65	6 Mo	<b>Ja*</b>
Burgmer et al., 2005	Banding	118	> 12 Mo	<b>Nein</b>
Busetto et al., 2005	Banding	379	5 J	<b>Nein</b>
Malone & Alger-Mayer, 2005	Bypass	109	12 Mo	<b>Nein</b>
Bocchieri-Ricciardi et al., 2006	Bypass	72	18 Mo	<b>Nein</b>
Sallet et al., 2007	Bypass	216	2 J	<b>Ja**</b>
de Zwaan et al., 2008	Bypass	59	2 J	<b>Nein</b>

# Current practice among surgeons with BED patients



Devlin et al., 2004; 150 surgeons (11% response rate)

# Wird der postoperative Gewichtsverlauf vom Wiederauftreten von Essanfällen negativ beeinflusst?

Autoren	Technik	N	Katamnese	<b>BE(S) sagt Gewichtsverlauf voraus</b>
Rowston et al., 1992	BPD	16	2 J	<b>Ja</b>
Pekkarinen et al., 1994	Gastroplastik	27	5,4 J	<b>Ja</b>
Hsu et al., 1996	Gastroplastik	24	3,5 J	<b>Ja</b>
Mitchell et al., 2001	Bypass	78	14 J	<b>Ja</b>
Kalarchian et al., 2002	Bypass	99	2-7 J	<b>Ja</b>
Guisado & Vaz, 2003	Gastroplastik	140	18 Mo	<b>Ja</b>
Larsen et al., 2004, 2006	Banding	157	> 2 J	<b>Ja</b>
de Zwaan et al., 2008	Bypass	59	2 J	<b>Ja</b>

Die Gewichtsabnahme ist meist aber immer noch beträchtlich

# 14-Jahres-Katamnese nach Magenbypass

	<b>vor Operation</b>	<b>niedrigster BMI</b>	<b>BMI nach 14 Jahren</b>
<b>BMI</b>	<b>43.8 (5.9)</b>	<b>25.9 (4.3)</b>	<b>32.8 (6.6)</b>
BMI>30	100% (n=78)	15.4% (n=12)	57.7% (n=45)
BMI>40	74.4% (n=58)	0	11.5% (n=9)

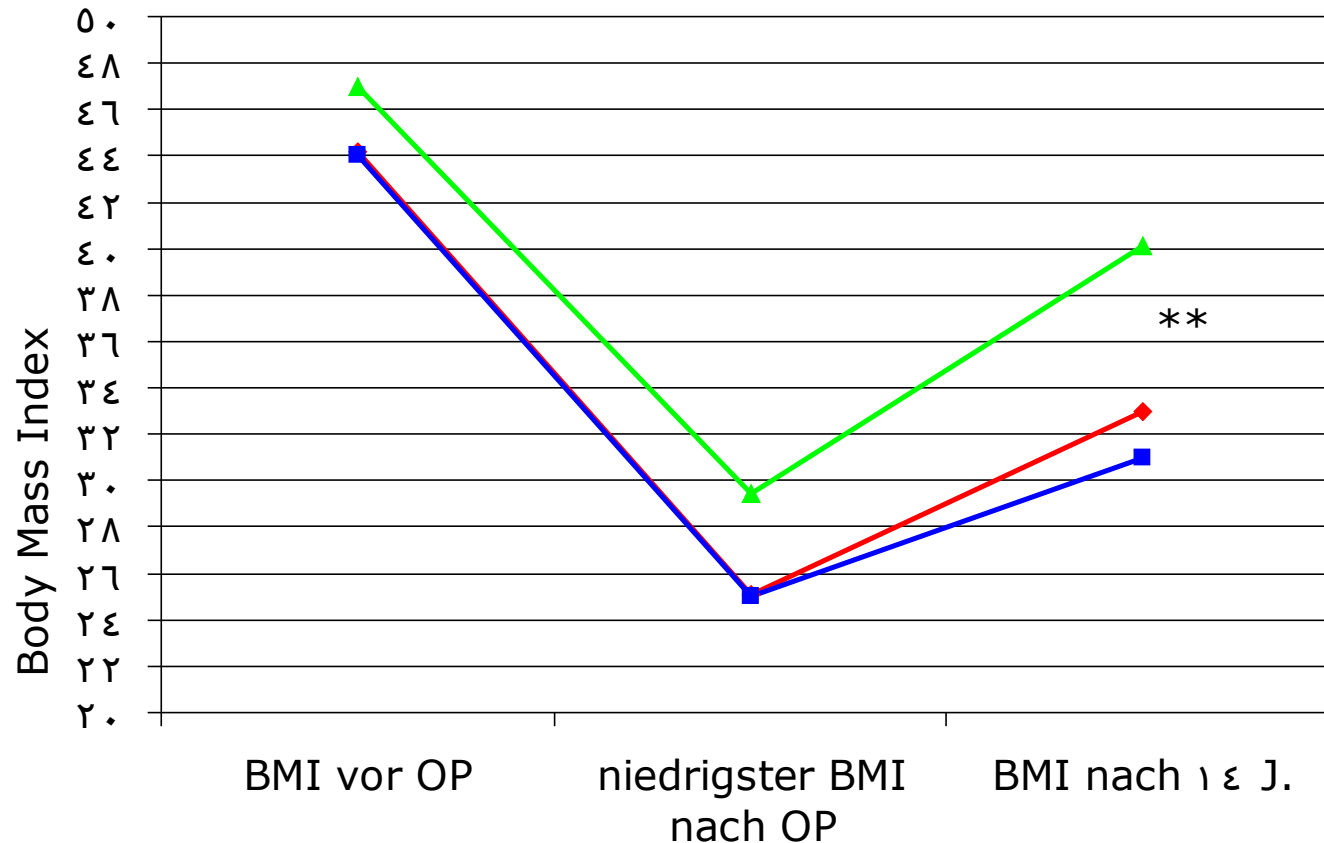
**N=76**, Mitchell et al., 2001

- 3 Pat. erreichten ein höheres Gewicht als vor der Operation
- 1 Pat. erreichte wieder sein Ausgangsgewicht

# Adipositaschirurgie: BMI und BES

## -14 Jahres-Katamnese (78 von 100)-

◆ keine BES    ■ BES nur vor OP (n=29)    ▲ BES vor und nach OP (n=9)



Mitchell et al., *Obesity Surgery*, 2001

de Zwaan et al., *Obesity Surgery*, 2002

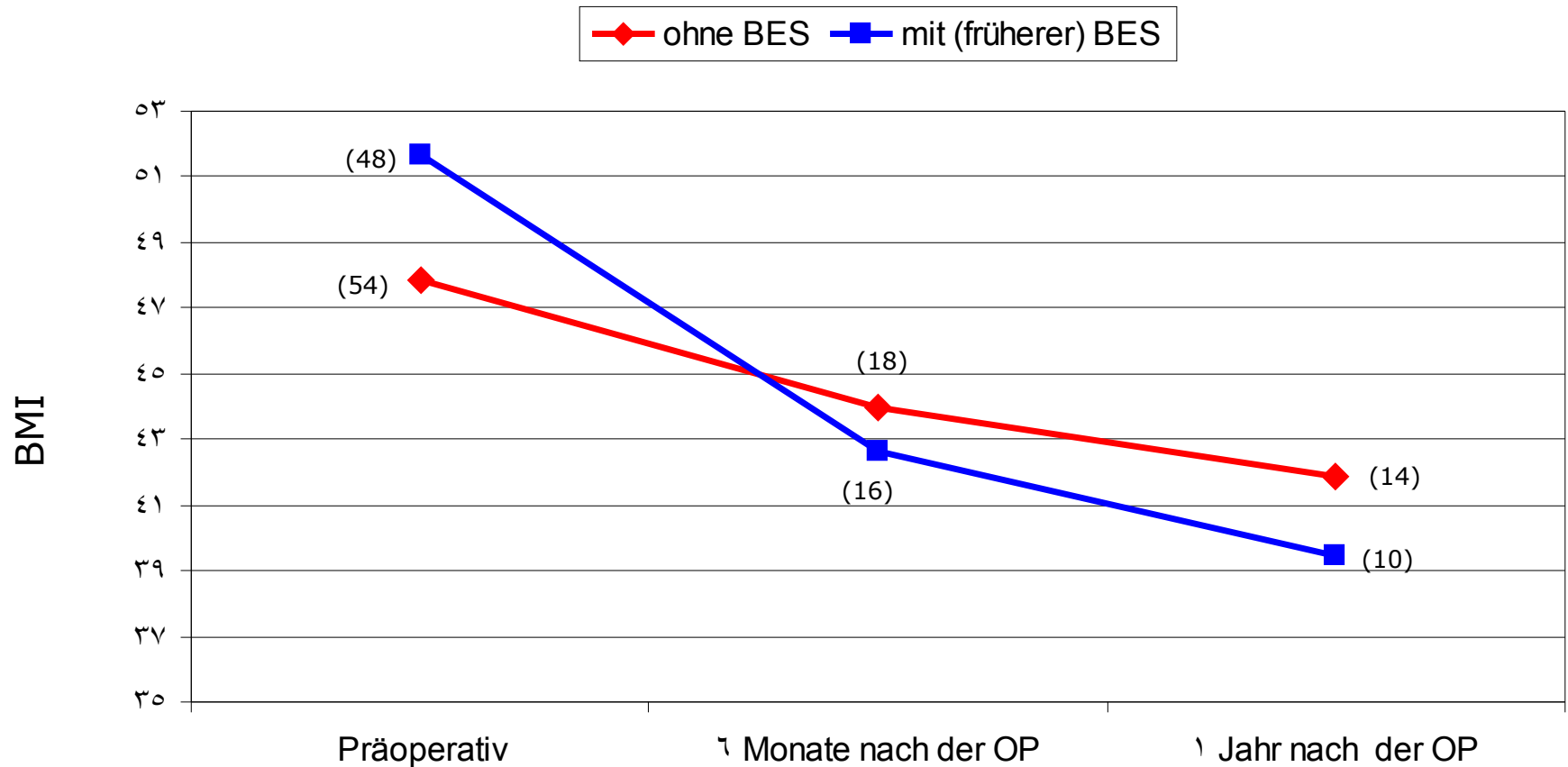
Prof. Dr. Martina de Zwaan, 2006

Universitätsklinikum  
Erlangen





# Patientinnen mit einer BES vor Magenband-Operation nehmen im ersten Jahr genauso gut ab, wie Patientinnen ohne BES



# Essverhalten vor und 2 Jahre nach Magen- Bypass



# Häufigkeit von Essanfällen postoperativ

Nur ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Binge Eating Störung vor der Operation, entwickeln wieder Essanfälle nach der OP.

Selten Neuauftreten von Essanfällen.

Keine großen Nahrungsmittelmengen möglich, aber Gefühl des Kontrollverlustes.

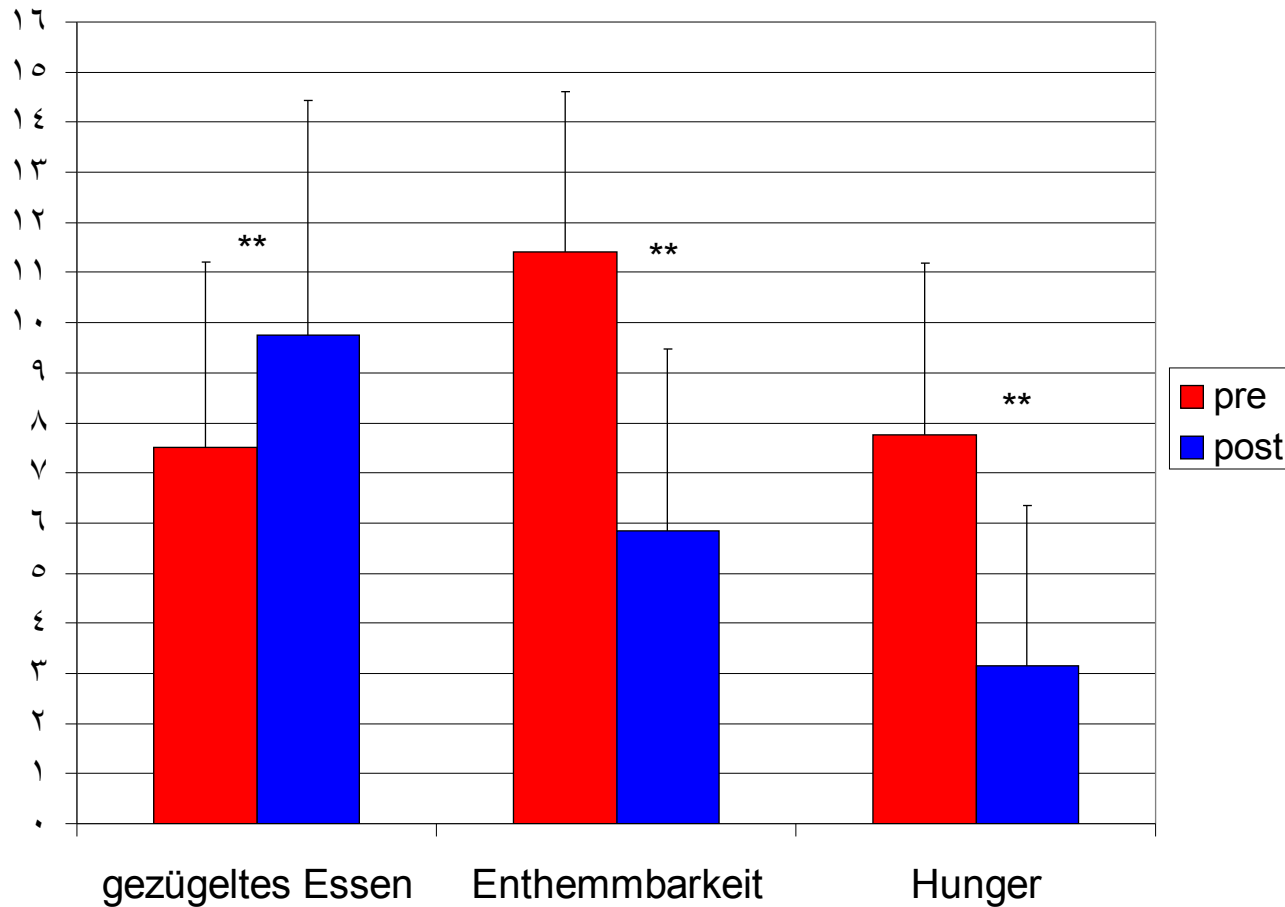


# Postoperatives Essverhalten

- Nach Adipositaschirurgie ist es schwer zwischen "normalem" und "pathologischem" Essverhalten zu unterscheiden.
  - Objektiv große Nahrungsmenge?
- Die Patienten sind gezwungen ein Essverhalten zu entwickeln, das gekennzeichnet ist von:
  - Restriktion der Nahrungsmenge
  - Restriktion der Nahrungsauswahl
  - Ritualisierten Verhaltensweisen in der Art der Nahrungsaufnahme (z.B. Kauen).
- Es existieren keine standardisierten Erhebungsinstrumente für postoperatives Essverhalten.

# Fragebogen zum Essverhalten (FEV)

n=52, 2 Jahre



de Zwaan et al., 2008

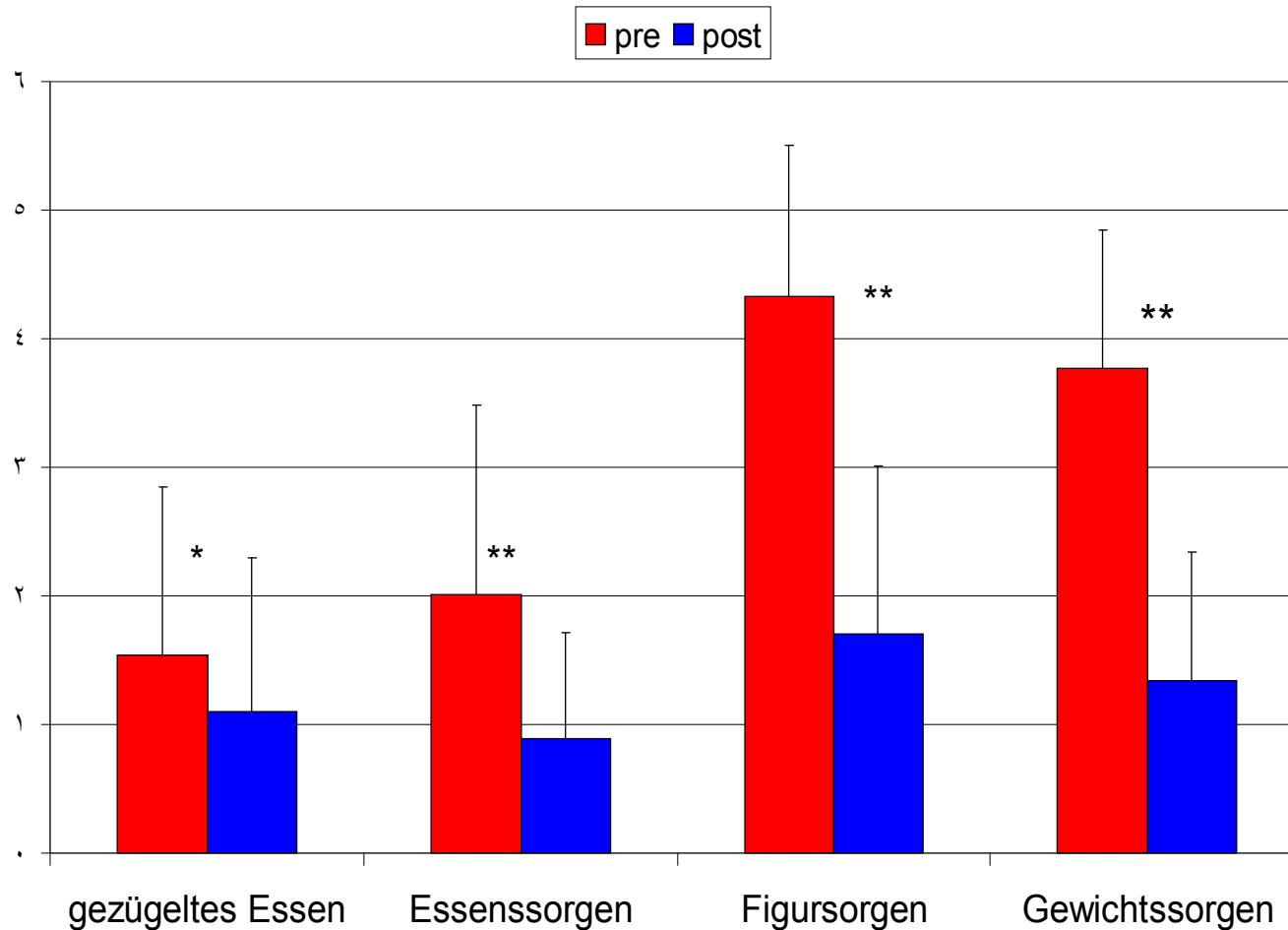
Prof. Dr. Martina de Zwaan, 2006

Universitätsklinikum  
Erlangen



# Essstörungsfragebogen (EDE-Q4)

n=56, 2 Jahre



de Zwaan et al., 2008

Prof. Dr. Martina de Zwaan, 2006

**Universitätsklinikum  
Erlangen**



# Interview-Studie nach Magen-Bypass -Teilnehmer-

- prospektiv
- n = **59**
- Zeit nach der OP: 1,96 Jahre
  - 18 bis 35 Monate



# Interview-Studie nach Magen-Bypass

## -Teilnehmer, n=59

- Weiblich : männlich = 85 : 15 (50 vs 9)
- Alter zum Zeitpunkt des Interviews: 44,5 J. (24–66 J.)
- BMI prä-OP: 51,3 kg/m<sup>2</sup>
- BMI zum Zeitpunkt des Interviews: 32,6 kg/m<sup>2</sup>
- niedrigster BMI seit OP: 31,3 kg/m<sup>2</sup>





# Interview-Studie nach Magen-Bypass -BMI Abnahme-

- % BMI Abnahme
  - **36,3** (SD 8,4)%
  - range: 17,8-54,7%
  
- % BMI Abnahme relativ zu einem BMI von 25 („excess weight“)
  - **73,9** (SD 19,3)%
  - range: 35,6-117,6%



# Interview-Studie nach Magen-Bypass -präoperative Essstörung-

## Eating Disorder Examination (EDE)

- $n = 17$  (28,8%)
- BN=2, BES=15
- nur Frauen



# Interview-Studie nach Magen-Bypass -Instrument-

- Modifizierte Version der Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn & Cooper; de Zwaan & Swan-Kremeier, 2002)
  - "gold-standard"
  - Zusätzliche Fragen zur Klärung bestimmter Essverhaltensauffälligkeiten postoperativ
- Allgemeine (RSE, IDS) und esstörungs-spezifische Psychopathologie (FEV, EDE), Lebensqualität (SF-36)
- Prä- und post



# Postoperatives Essverhalten

- EDE modifiziert -

- Steckenbleiben der Nahrung ("plugging")
- Dumping Syndrom
  
- Objektive Essanfälle
- Subjektive Essanfälle (=Kontrollverlust)
- Häufige kleine Snacks („picking“, „nibbling“, „grazing“)
  
- Erbrechen
- Nächtliches Essen („nocturnal“)
- Kauen-Ausspucken



# Erbrechen

## ■ nicht gewichtsbezogen

- Steckenbleiben der Nahrung
- Übelkeit
- Unverträglichkeit
- spontan oder selbst herbeigeführt
- oft wenig belastend

## ■ gewichtsbezogen

- Angst vor Gewichtszunahme (Plateau)
- Wunsch nach schnellerer bzw. größerer Gewichtsabnahme
- selbst herbeigeführt



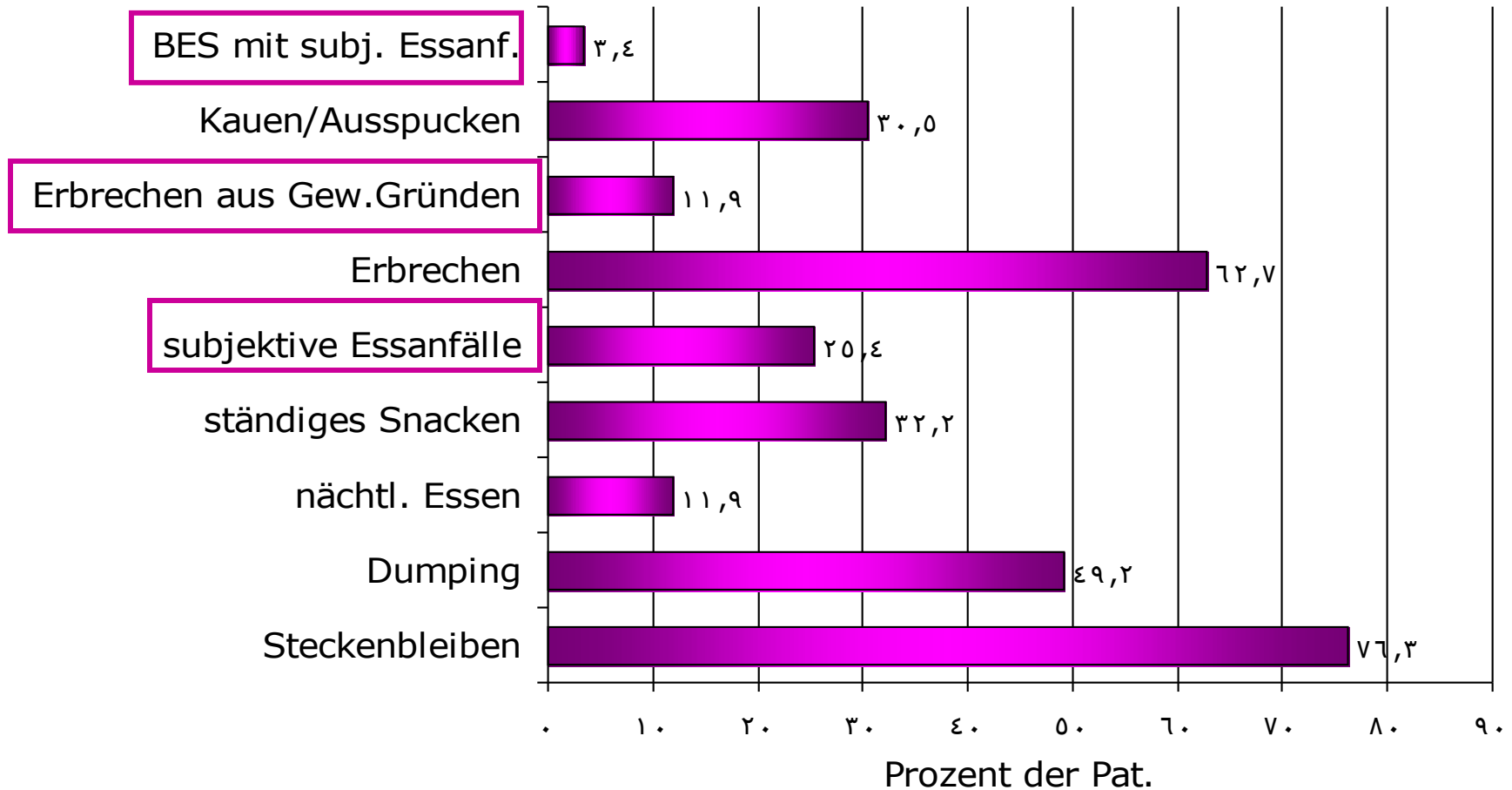
# Kauen-Ausspucken

## Um das Steckenbleiben der Nahrung zu vermeiden

- geplant: z.B. fasriges Fleisch
- ungeplant: z.B. "der Bissen zu viel"
  
- Wird von einigen Chirurgen empfohlen

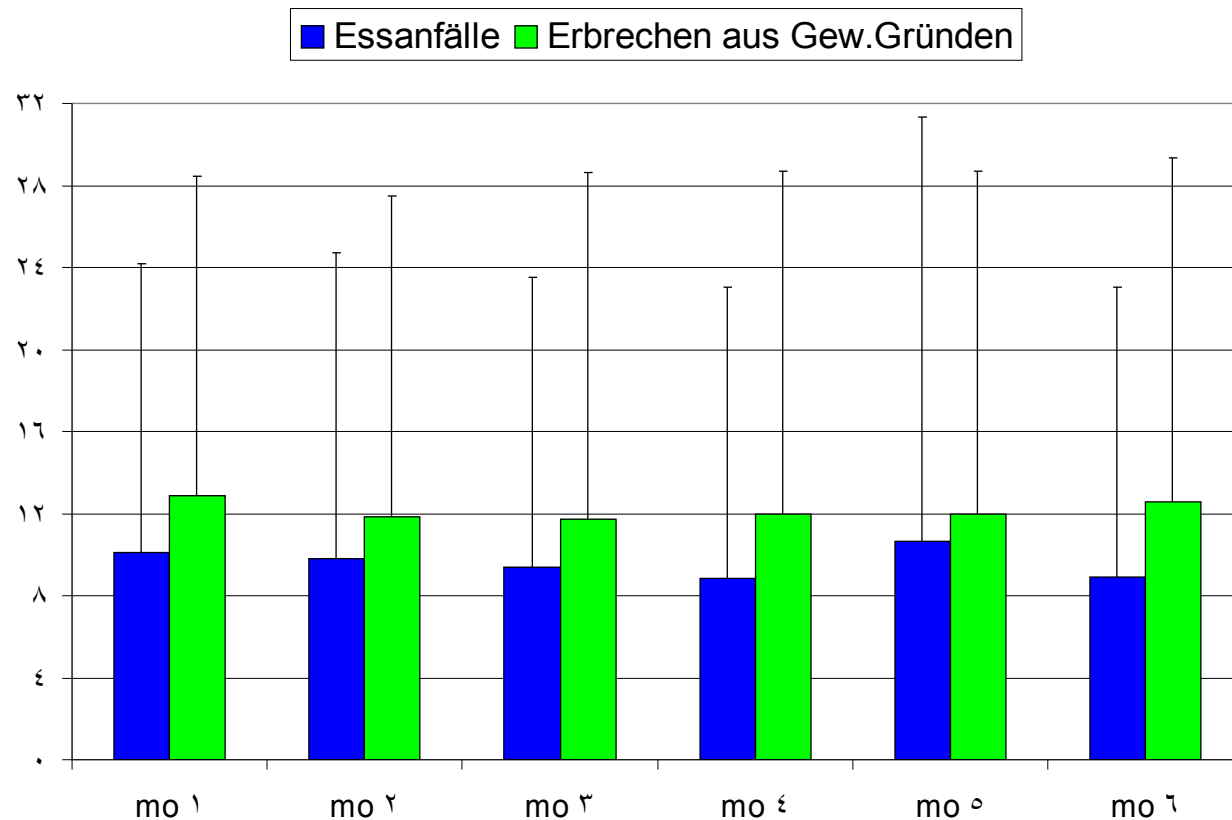


# Essverhalten und -probleme 2 Jahre nach Magenbypass .....in den letzten 6 Monaten (n=59)



de Zwaan et al., 2008

# Monatliche Frequenz der subj. Essanfälle und des Erbrechen aus Gew.Gründen während der letzten 6 Monate



de Zwaan et al., 2008

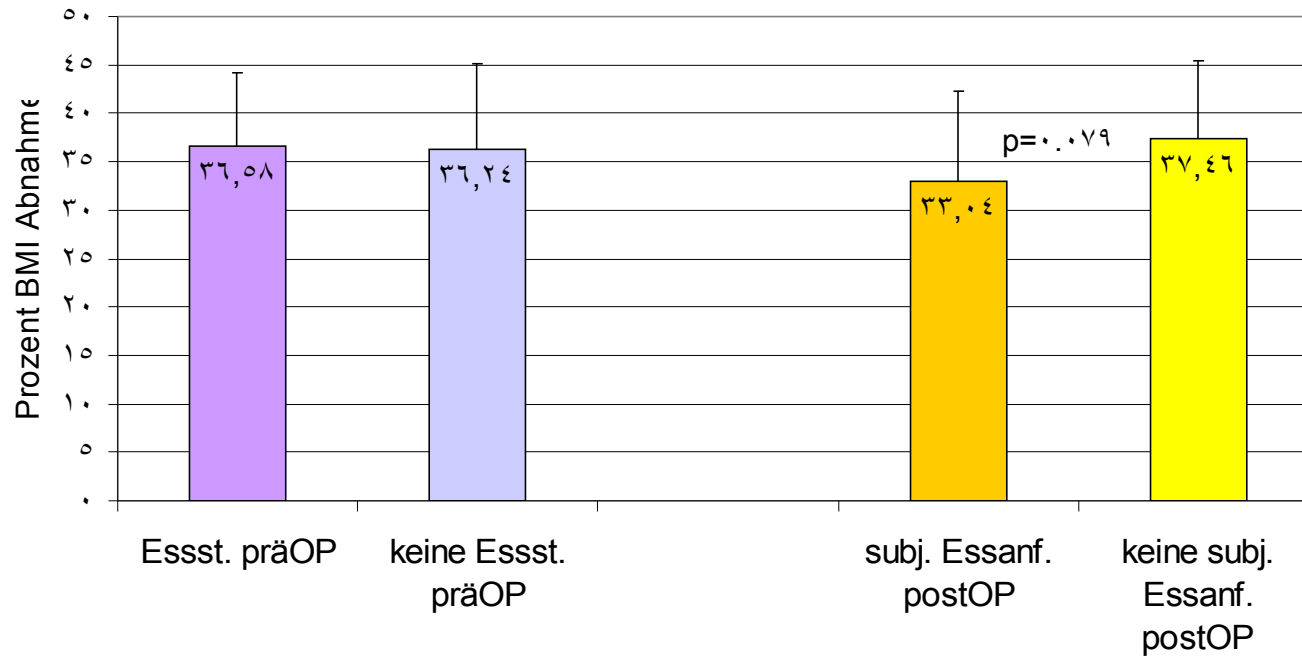
Prof. Dr. Martina de Zwaan, 2006

Universitätsklinikum  
Erlangen



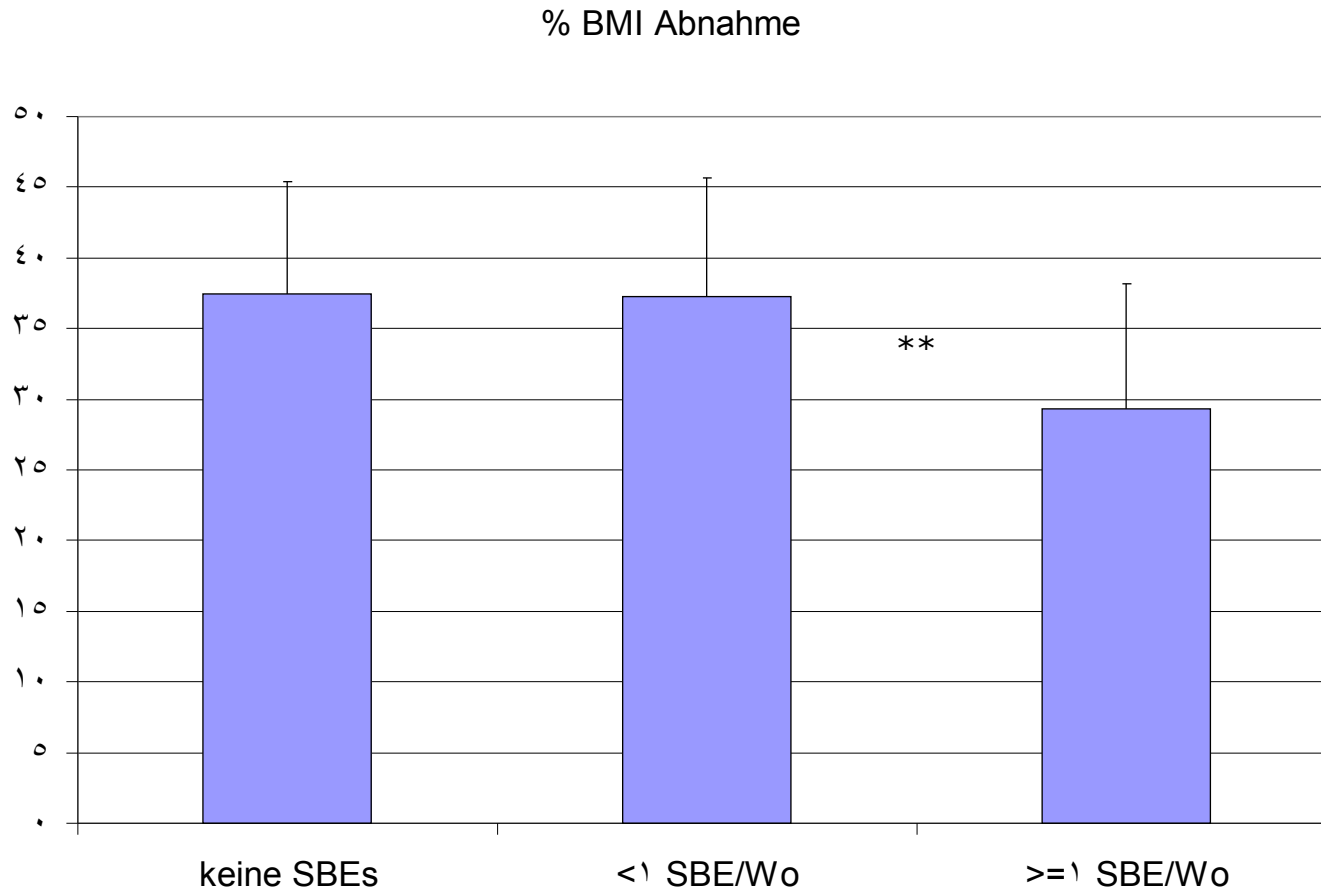


# Prozent BMI Abnahme wird durch postoperative jedoch nicht präoperative Essanfälle neg. beeinflusst

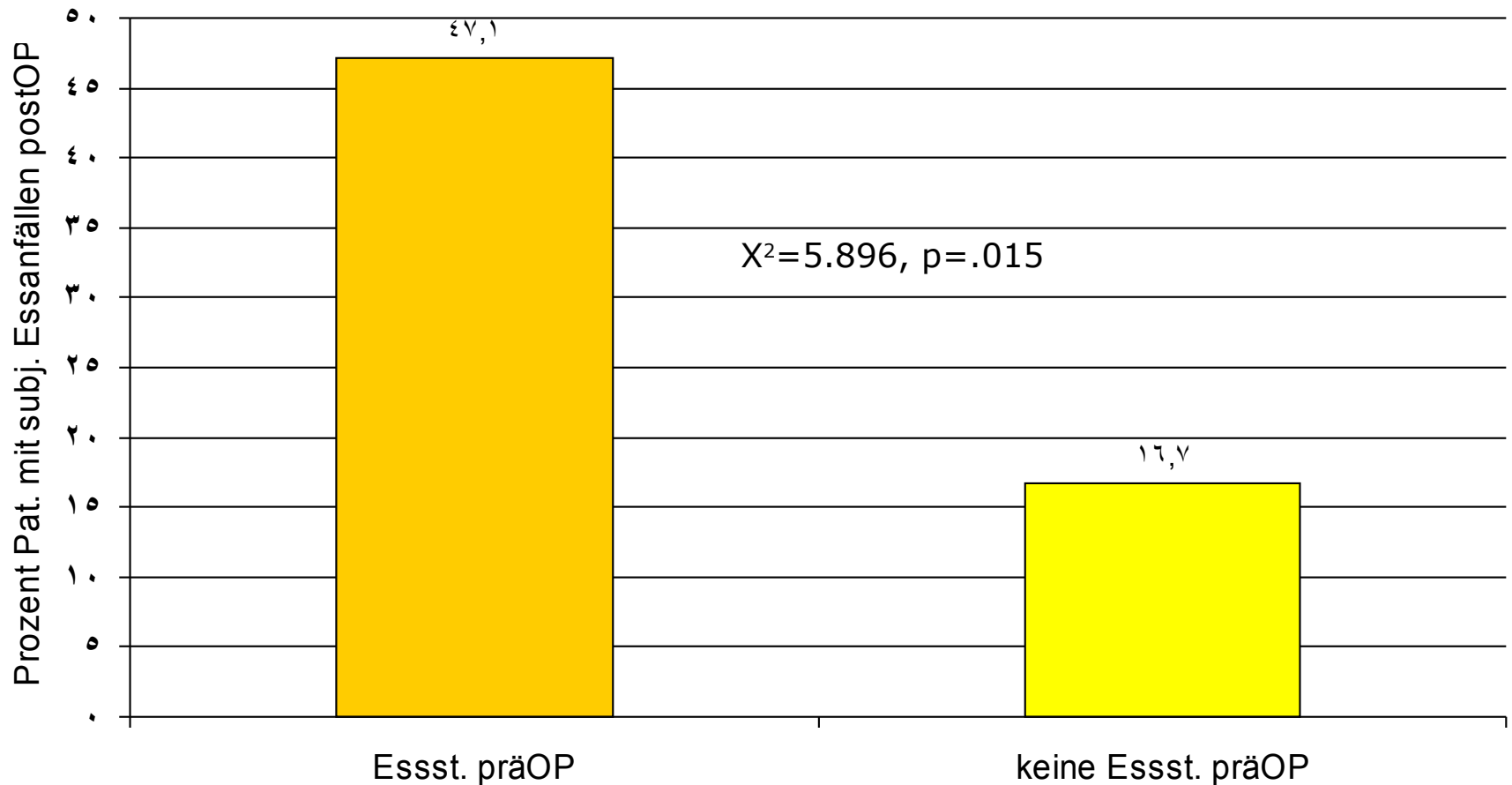


Subjektive Essanfälle  $\approx$  Kontrollverlust

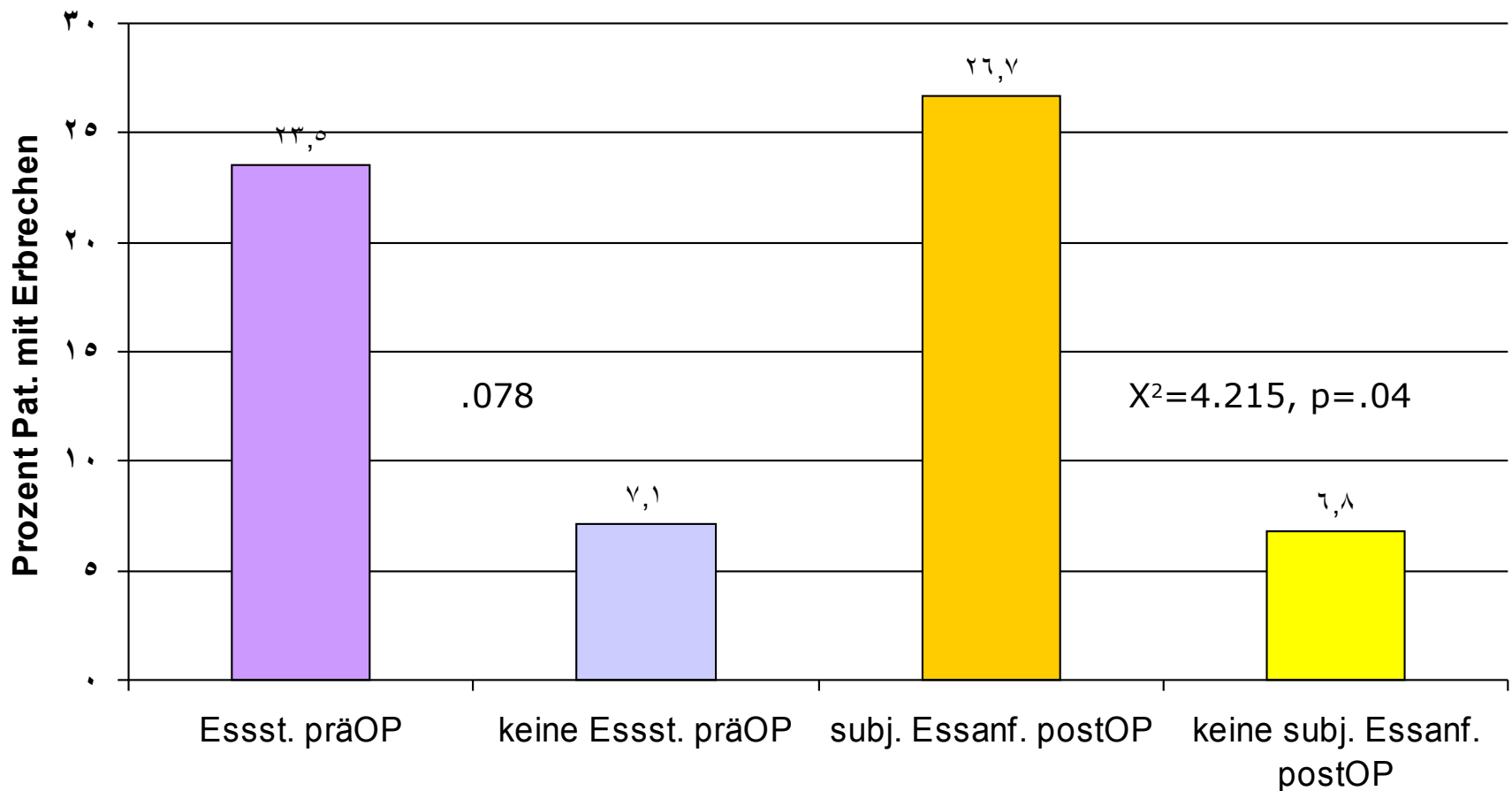
# Prozent BMI Abnahme wird durch postoperative Essanfälle neg. beeinflusst



# Subjektive Essanfälle postoperativ sind assoziiert mit einer präoperativen Essstörung



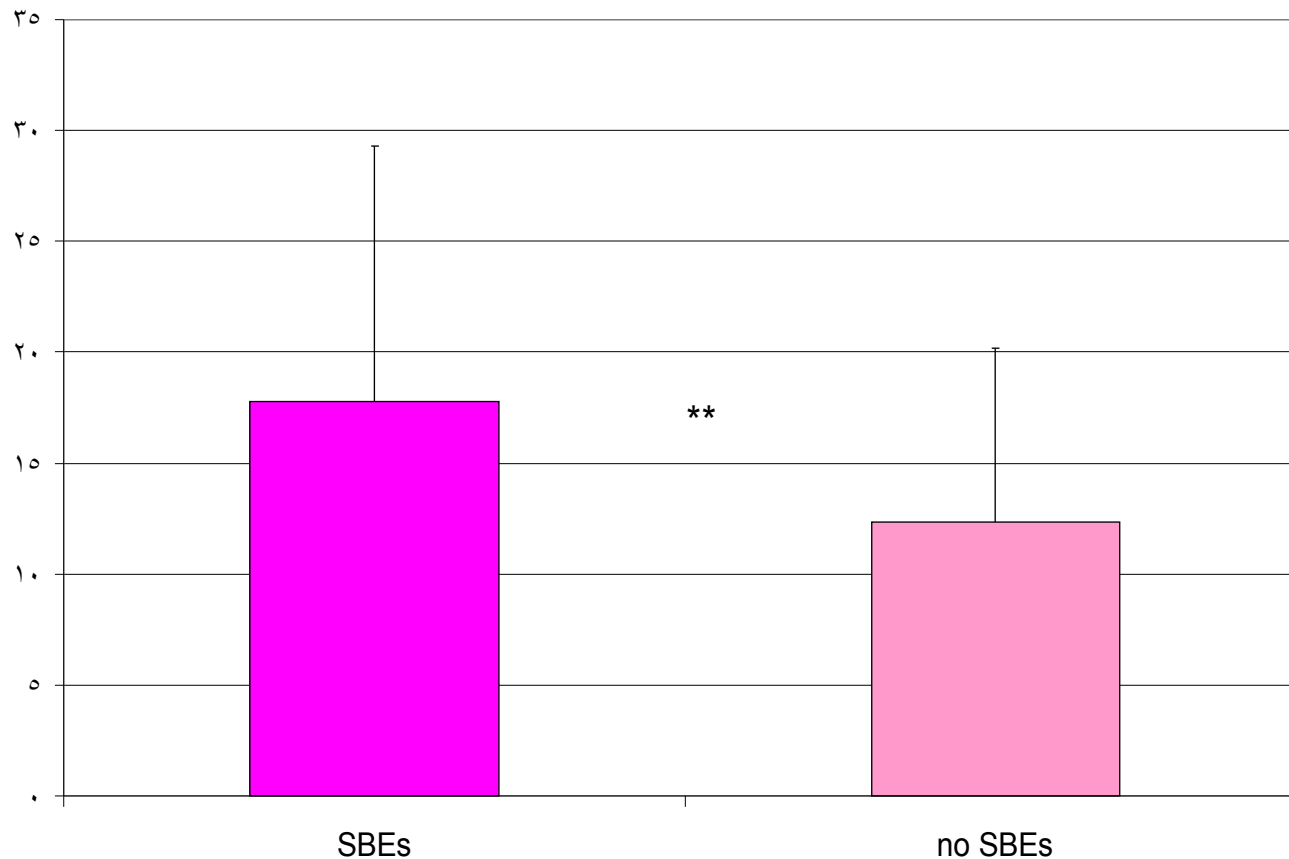
# Erbrechen aus Gewichtsgründen (11,9%) ist assoziiert mit subjektiven Essanfällen postoperativ



# Vergleich von Pat. mit und ohne subjektiven Essanfällen (Kontrollverlust) postoperativ

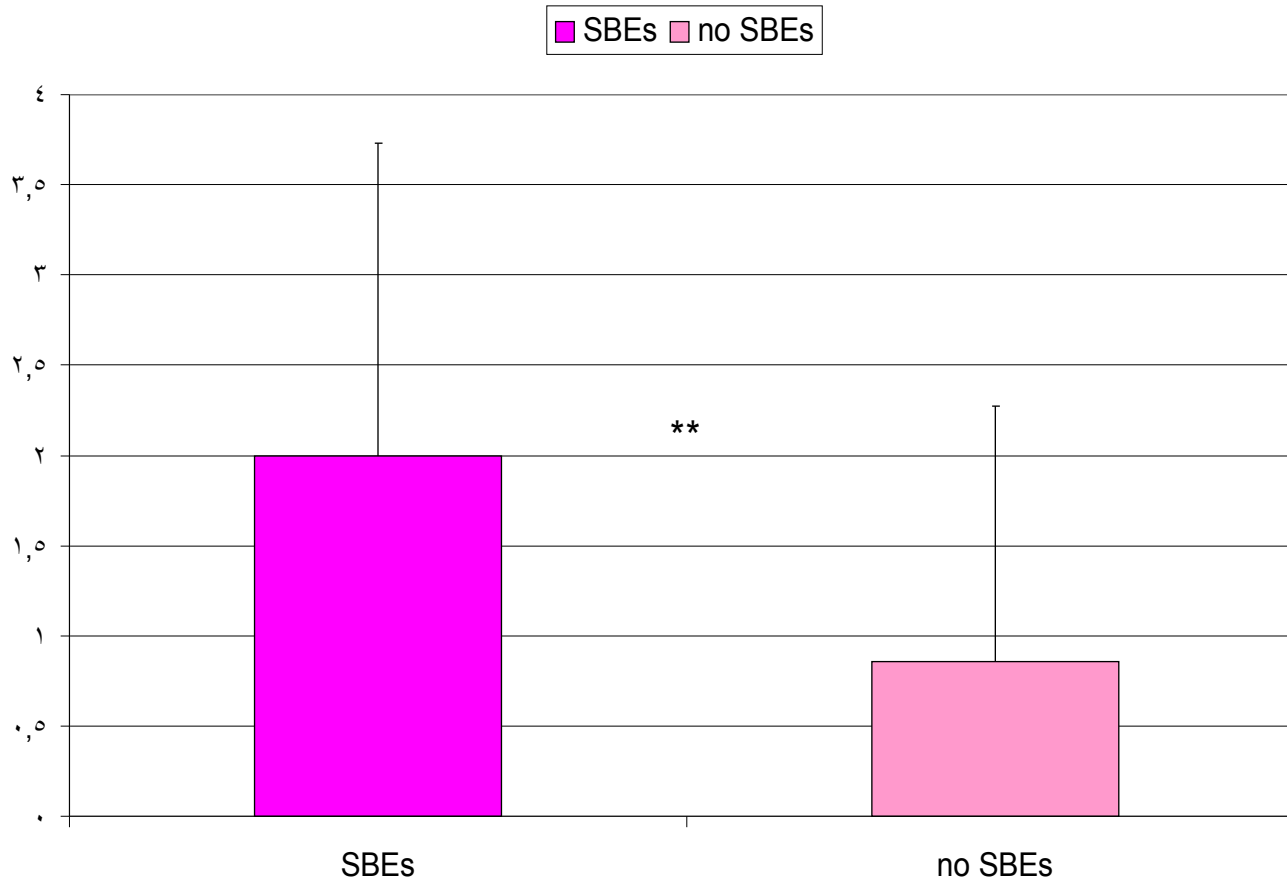


# Post: Pat. mit Essanfällen haben höhere Depressionswerte, n=57, IDS



$t=-2.036$  (df=55),  $p=.047$

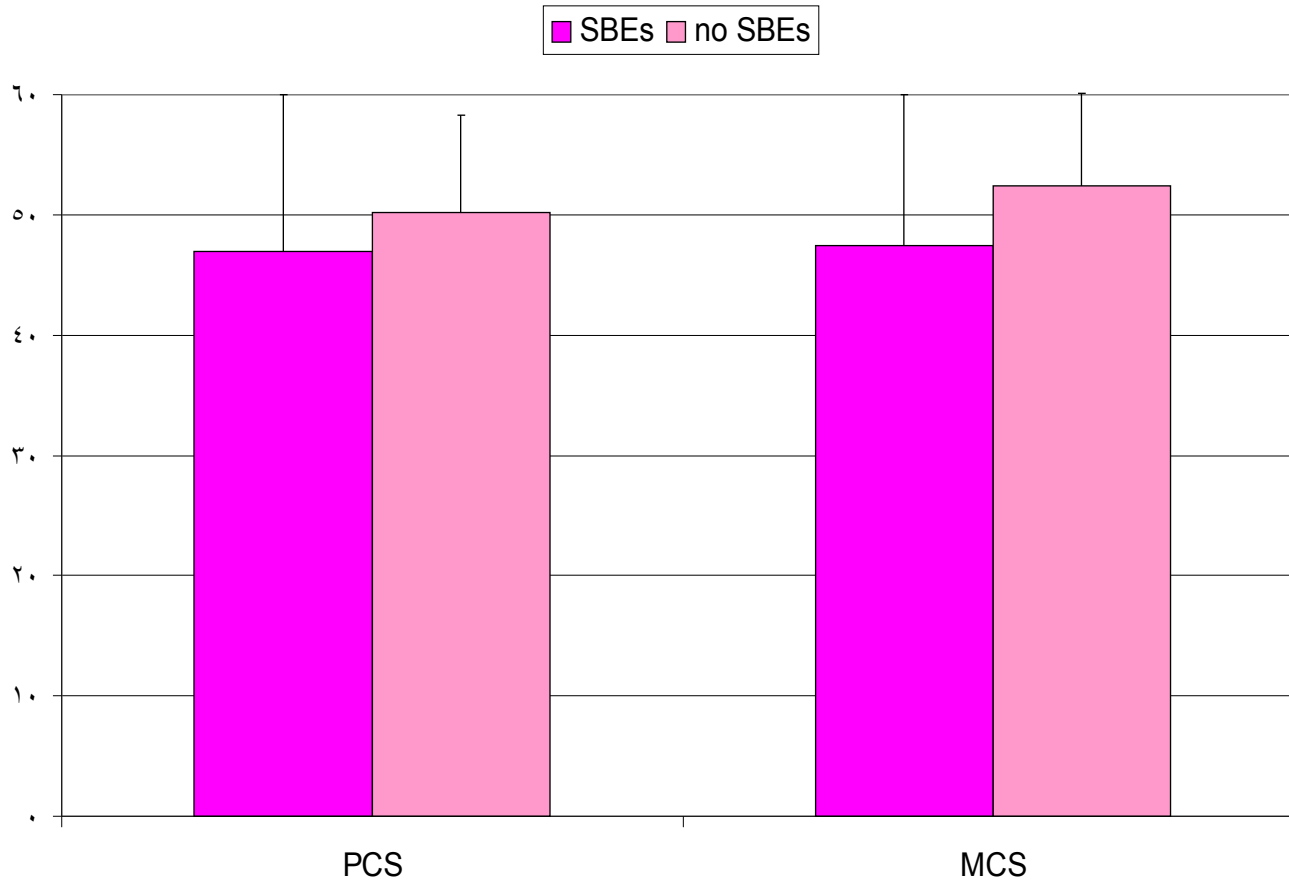
# Post: Pat. mit Essanfällen haben eine größere Beeinträchtigung des Selbstwertgefühl, n=57, RSE



$t = -2.539$  (df=55),  $p = .014$

# Post: SF-36 and SBEs

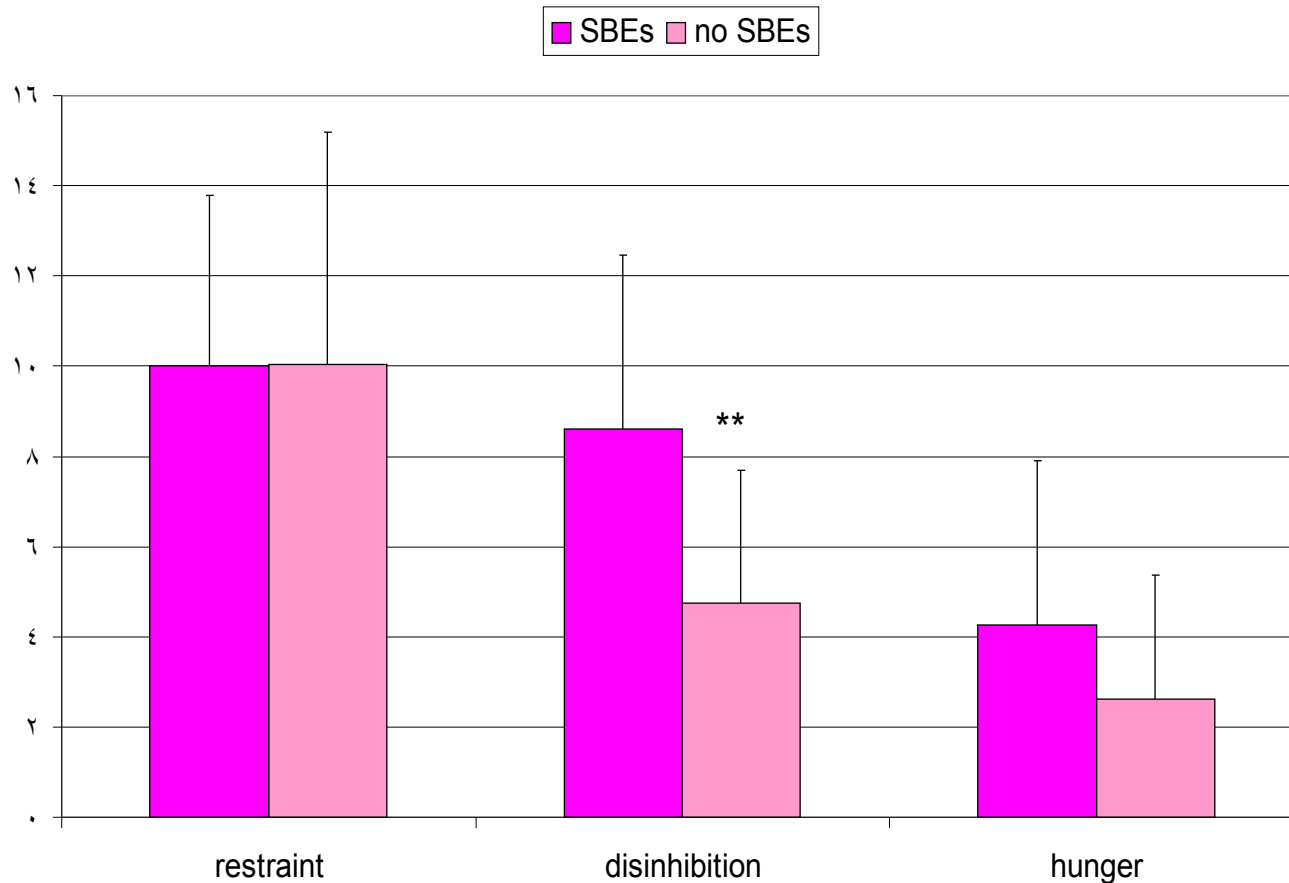
n=56



ns

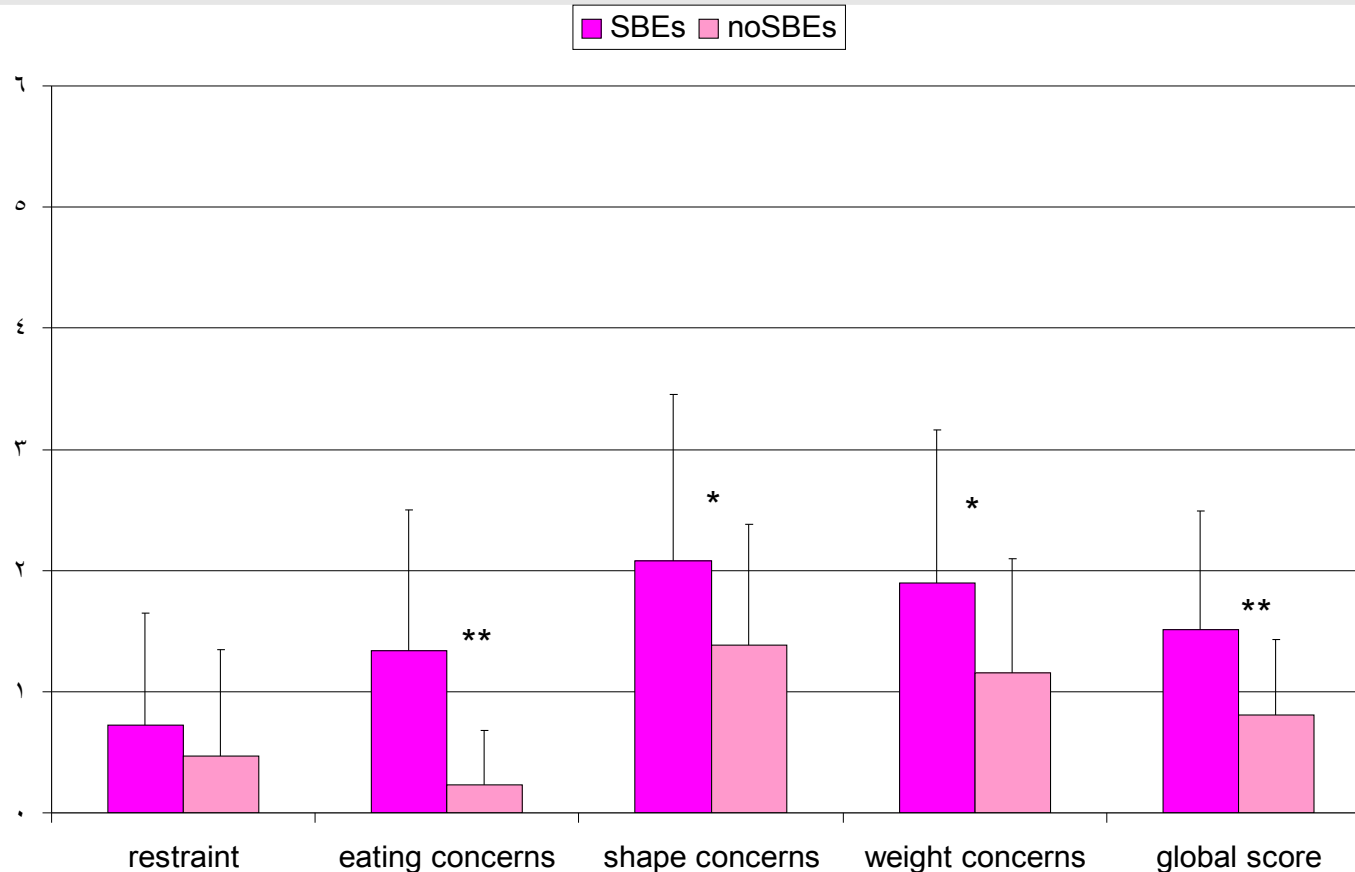


# Post: Pat. Mit Essanfällen haben eine höhere Enthemmung ihres Essverhaltens, n=57, FEV



$t = -3.995$  (df=55),  $p = .000$

# Post: Pat. mit Essanfällen haben eine höhere essstörungsspezifische Psychopathologie, n=59, EDE- Interview



# Zusammenfassung

18 bis 35 Monate nach Magen-Bypass.....

- **Signifikante Verbesserung in**
  - Essstörungsspezifischer Psychopathologie
  - Depressivität
  - Selbstwert
  - Körperlicher Lebensqualität
- **Essstörungsspezifische und allgemeine Psychopathologie sind postoperativ sehr niedrig...**
- **...bei Pat., die subjektive Essanfälle entwickeln, jedoch signifikant höher.**



# Zusammenfassung

18 bis 35 Monate nach Magen-Bypass.....

- Signifikante Verbesserung in
  - Essstörungsspezifischer Psychopathologie (FEV, EDE-Q)
- Essstörungsspezifische Psychopathologie ist postoperativ sehr niedrig...
- ...bei Pat., die subjektive Essanfälle entwickeln, jedoch signifikant höher.



# Zusammenfassung

## 18 bis 35 Monate nach Magen-Bypass.....

- Subjektive Essanfälle (=Kontrollverlust)
  - 25%
  - Häufiger bei Pat. mit präoperativer Essstörung
  - Mit Erbrechen aus Gewichtsgründen assoziiert
  - Mit geringerem Gewichtsverlust assoziiert
  - höhere Psychopathologie postoperativ (EDE, IDS, RSE, FEV-Enthemmung des Essverhaltens)
- Erbrechen aus Gewichtsgründen
  - 12% (n=7)
  - Mit subjektiven Essanfällen assoziiert
  - Nur durch Interview erfassbar



# Zusammenfassung

## 18 bis 35 Monate nach Magen-Bypass.....

- Subjektive Essanfälle (=Kontrollverlust)
  - 25%
  - Häufige Essanfälle mit geringerem Gewichtsverlust assoziiert
  - höhere Psychopathologie postoperativ (EDE, IDS, RSE, FEV-Enthemmung des Essverhaltens)
  
- Erbrechen aus Gewichtsgründen
  - 12% (n=7)
  - Mit subjektiven Essanfällen assoziiert
  - Nur durch Interview erfassbar



# Zusammenfassung

- Eine präoperative Essstörung
  - 29%
  - Kein Einfluss auf postoperativen Gewichtsverlust
  - Mit der Entwicklung postoperativer subjektiver Essanfälle assoziiert (47%)



# Zusammenfassung

- Eine präoperative Essstörung
  - 29%
  - Kein Einfluss auf postoperativen Gewichtsverlust





# Recommendation

Rather than exclude surgery candidates with BED

we should

identify and treat postoperative binge eaters



# Einschränkung

- Kleine und selektierte Pat. Gruppe (n=59, etwa 30% aller präoperativ evaluierten Pat.)
- Relativ kurze Katamnese ("honeymoon phase"): 2 Jahre



# „Klassische Essstörungen“ postoperativ -Einzelfallberichte-

<b>Jahr</b>	<b>Autor(en)</b>	<b>N</b>	<b>Essstörung</b>
1984	Shamblin et al.	1	Bulimia nervosa
1985	Thomson et al.	1	Bulimia nervosa
1985	Mitchell et al.	1	Bulimia nervosa
1992	Viens et al.	1	Bulimia nervosa
1998	Atchison et al.	2	Anorexia nervosa
1998	Bonne et al.	2	Anorexia nervosa
1999	Scioscia et al.	1	Anorexia nervosa
2001	Counts	1	Anorexia nervosa
2004	Segal et al.	5	Verweigerung der Nahrungsaufnahme
2007	de Zwaan & Mühlhans	1	Bulimia nervosa

\*Post-surgical eating avoidance disorder

# “Sweet Eating” und restriktive Verfahren



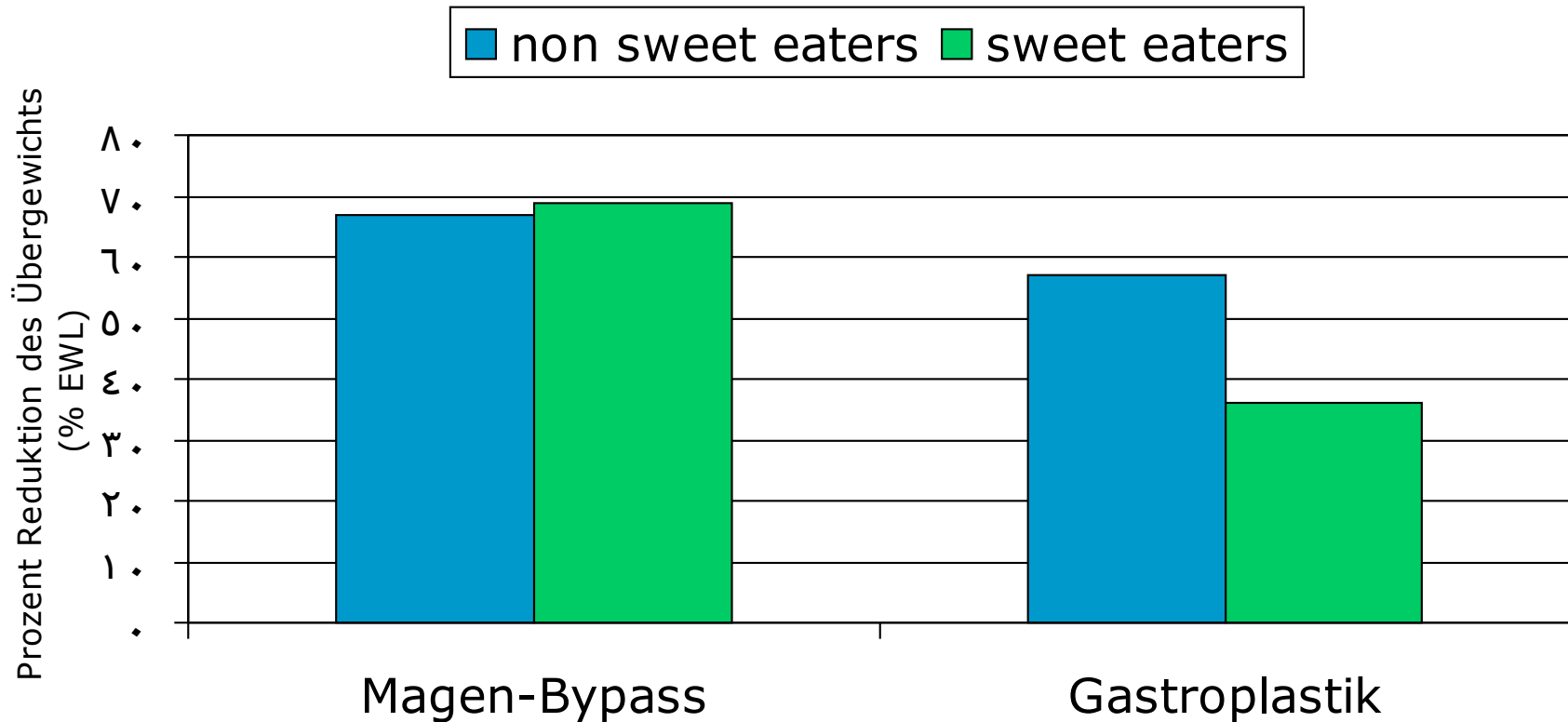
## Wird der postoperative Gewichtsverlauf nach restriktiven Verfahren von „Sweet eating“ präoperativ negativ beeinflusst?

Autoren	Technik	Definition von „sweet eating“	„Sweet eating“ sagt Gewichtsverlauf voraus
Sugerman et al., 1987	Bypass versus Gastroplastik	> 300 kcal, > 3x/Woche	<b>Ja</b>
Lindroos et al., 1996	Gastroplastik	> 15% of calories from sweet food*	<b>Nein</b>
Busetto et al., 2002	Banding		<b>Nein</b>
Hudson et al., 2002	Banding	Dietary questionnaire, Sweet Eating Score	<b>Nein</b>
Burgmer et al., 2005	Banding	SIAB	<b>Nein</b>
Korenkov et al., 2005	Banding		<b>Nein</b>
Kim et al., 2006	Bypass versus Banding	Selbst-definiert	<b>Nein</b>

\*Non-sweet eaters are a minority in normal-weight subjects in Sweden

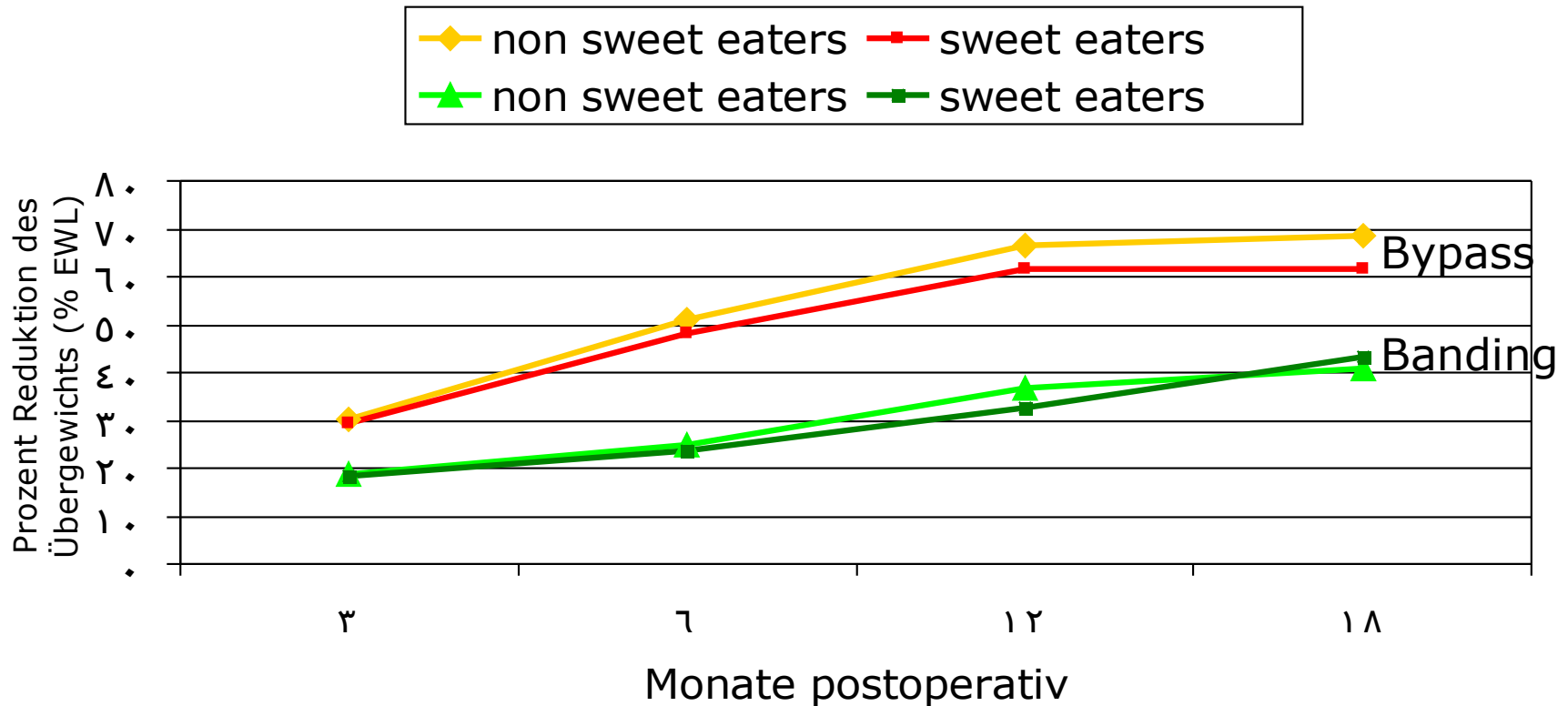
# Sugerman et al., 1986

n=40, 1 Jahr postoperativ



# Kim et al., 2006

n=392, 1,5 Jahre postoperativ



## **KÖNNEN WIR DEN MYTHOS ENDLICH BEGRABEN?**

Hudson et al., Obesity Surgery, 2002





# Wird der postoperative Gewichtsverlauf von „sweet eating“ postoperativ negativ beeinflusst?

Autoren	Technik	N	Katamnese	Sweet eating postoperativ
Lindroos et al., 1996	Gastroplastik	375	2 J	Nein*
Hudson et al., 2002	Banding	100	> 12 Mo	Nein
Burgmer et al., 2005	Banding	118	> 12 Mo	Ja

\* Sogar größerer Gewichtsverlust



# Zusammenfassung

- Binge eating (Störung) ist präoperativ häufig (retrospektiv > prospektiv).
- Nur ein kleiner Teil der Patienten entwickelt postoperativ wieder binge eating, „de novo“ binge eating unwahrscheinlich.
- Binge eating nach der OP geht mit einer größeren Gewichtszunahme einher, wobei der Gewichtsverlust dennoch zumindest befriedigend zu sein scheint.
- Sweet eating ist kein negativer Prädiktor für ein restriktives Vorgehen.



# Zusammenfassung bei schwer Adipösen.....

- ist die Binge eating Störung (BES) häufig.
- sind psychische Erkrankungen häufig.
- können sich nach einer OP Essverhaltensstörungen einstellen
  
- verbessert sich die Lebensqualität nach OP.
- verbessert sich der Selbstwert und reduziert sich die Depressivität nach OP.



# Zusammenfassung

## ABER

- Einige Patientinnen und Patienten entwickeln ein problematisches Essverhalten, bis zu „klassischen Essstörungen“.
- Einige Patientinnen und Patienten haben weiterhin psychische Probleme, die einer Behandlung bedürfen (die Operation löst nicht alle Probleme, kein „quick fix“).
- Der postoperative Verlauf ist allerdings schwer voraus zu sehen. Therapie wenn nötig!!
- Langzeituntersuchungen fehlen!



# Präoperative Psychosomatische Evaluation

02.07.08

**Universitätsklinikum  
Erlangen**



# Prä-operative psychosomatische Evaluation

## -Ziele-

- Patienten ausschließen, die eine schlechte Prognose haben?
  - Gewichtsverlauf
  - Psychische Entwicklung
  - Komplikationen
  - Compliance
- Patienten selektieren, die besonders gute Erfolgsaussichten haben?
- **Es existieren kaum empirische Prädiktoren**
  - „No consistent and reproducible predictor for surgical success could be found.“
- **Viele Vorurteile**

# Prä-operative psychosomatische Evaluation

## -Ziele-

- Patienten identifizieren, die postoperativ einer engmaschigeren Kontrolle bedürfen
- Informationen geben, therapeutisches Element
- Angebot an Patienten zur Nachsorge
- Erkenntnisgewinn, Untersuchung konsekutiver Patienten



# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Inhalte-

- Häufig Erstkontakt mit unserer Fachrichtung
- Psychischer Status
  - Psychopathologischer Befund
  - Psychische Erkrankungen einschließlich Essstörungen
  - Stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen
  - Ambulante Behandlungen, Psychotherapie, Psychopharmaka
  - Aktuell in Behandlung?
- Ess- und Trinkverhalten
  - Essanfälle
  - „grazing“
  - Süß-Esser
  - „Nachtessen“
  - Kompensatorische Maßnahmen
  - Bevorzugte Getränke
  - Einstellung zu und Bewertung von Gewicht und Figur
  - Nahrungsmittelauswahl
  - Ev. Selbstbeobachtung über 1-2 Wochen





# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Inhalte-

- Gewichtsverlauf
  - Selbstauskunft über Gründe für Adipositas
  - Übergewicht als Kind, „Gewichts-Autobiografie“
  - Familiäre Belastung
  - Lebensereignisse
  - Bisherige Gewichtsreduktionsversuche und deren Erfolge
- Stress, Fähigkeit zur Problemlösung (Coping)
  - Psychosoziale Stressoren
  - Lebensveränderungen in den 12 Monaten nach der Operation
  - Essen als alleinige Stressbewältigung
  - Mögliche positive Aspekte der Adipositas („Schutz“)
  - Sexuelle oder physische Missbrauchserfahrung

# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Inhalte-

- **Intelligenzniveau**
  - Bei Bed. neuropsychologische Testung
- **Soziale Unterstützung**
  - Akzeptanz und Hilfe in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis
  - Mögliche negative Konsequenzen (z.B. Attraktivität als Problem für den Ehepartner)
  - Praktische Hilfen
  - „Moralische“ Unterstützung
  - Offenheit gegenüber Anderen, Verheimlichen (Angst vor Diskriminierung, Angst zu versagen)
- **Motivation**
  - Ausmaß: von 0 bis 10
  - Vorrangige Gründe (Gesundheit, Mobilität, Aussehen,...)
  - Intrinsische oder extrinsische Motivation
  - Früherer Umgang mit medizinischen Empfehlungen

# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Inhalte-

- Wissen über den Eingriff
  - Art des Eingriffs
  - Funktionsweise
  - Grenzen
  - Komplikationen
  - Kontakt mit operierten Personen, Selbsthilfegruppen
  
- Erwartungen
  - „Problemlöser“ („quick fix“)
  - Realistische Erwartungen an Ausmaß der Gewichtsreduktion (selten wird Normalgewicht erreicht)



# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Inhalte-

- Standardisierte Erhebungsinstrumente
  - Interview
  - Fragebögen
    - Stimmung
    - Essverhalten
    - Lebensqualität
    - Stressniveau



# Prä-operative psychosomatische Evaluation -Konsequenzen-

## ■ Schriftliche Information an das Chirurgische Team

- Letzt-Entscheidung

## ■ Empfehlungen

- Ohne Einschränkung
- Schriftliche Empfehlung der behandelnden Therapeuten und Ärzte einholen (falls gegeben)
- Empfehlung einer Psychotherapie oder medikamentösen Behandlung vor bzw. begleitend nach Adipositaschirurgie
- Intensivere Nachbetreuung
- Ablehnung (selten) oder Aufschub

# Prä-operative Evaluation -Ablehnung-

## **Keine Leitlinien für Ablehnung**

- schwere unbehandelte und instabile psychische Störung
  - Akute Substanzabhängigkeit
  - Schizophrene Störung
  - Suizidalität
  - Schwere Persönlichkeitsstörung
  - Posttraumatische Belastungsstörung
  - Bulimia nervosa
  - Mehrere stationäre psychiatrische Voraufenthalte
- Niedriges Intelligenzniveau ohne soziale Unterstützung
- instabile soziale Situation
  - Keine soziale Unterstützung
  - Obdachlosigkeit

- **Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. Was ist empirisch gesichert?**
- Prof. Dr. med. Martina de Zwaan (Erlangen)
- PD Dr. med. Anna Maria Wolf (Ulm)
- Prof. Dr. med. Stephan Herpertz (Bochum)



# Bariatric Surgery

A Guide for Mental Health Professionals

edited by James E. Mitchell and Martina de Zwaan

## PSYCHOTHERAPY / EATING DISORDERS / SURGERY

"Mental health professionals play an essential role in the treatment of bariatric surgery patients. Written by the leading experts, this book offers state-of-the-art, practical advice and is an invaluable resource for clinicians committed to excellence in clinical care."  
—Ruth Striegel-Moore, Ph.D., Past President, Eating Disorders Research Society

"For clinicians attempting to cope with the remarkable rise in the number of obese individuals considering surgical treatment options, the arrival of *Bariatric Surgery* is not a moment too soon."

—Michael J. Devlin, M.D., F.A.E.D., Associate Professor of Clinical Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons; Clinical Co-Director, Eating Disorders Research Unit, New York State Psychiatric Institute

"I highly recommend this book to all members of the bariatric surgical team."

—Bruce M. Wolfe, M.D., Sacramento Bariatric Medical Associates

"This is a timely, informative, and scholarly resource for mental health professionals working with individuals who are either considering or who have undergone bariatric surgery. I strongly recommend this book to practitioners and scientists alike."

—Daniel Le Grange, Ph.D., Director, Eating Disorders Program and Assistant Professor of Psychiatry, The University of Chicago

*Bariatric Surgery* is the first book of its kind to focus on the unique mental health concerns surrounding the surgical treatment of obese and severely overweight individuals. This volume provides an overview of bariatric surgery procedures and pre-surgical psychological and nutritional assessment, and guides the practitioner through important post-operative mental and physical issues, as well as long-term psychosocial management and aftercare. With an emphasis on practical clinical guidelines and strategies, yet grounded in the most up-to-date scientific study, this is the essential reference to the psychosocial issues related to bariatric surgery.




**James E. Mitchell, M.D.**, is NRI/Lee A. Christoferson M.D. Professor and Chair of the Department of Clinical Neuroscience at the University of North Dakota School of Medicine and Health Sciences, and President and Scientific Director of the Neuropsychiatric Research Institute.



**Martina de Zwaan, M.D.**, is head of the department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at the University of Erlangen-Nuremberg in Germany.

Cover design: Steve Weinger  
Printed in the U.S.A.

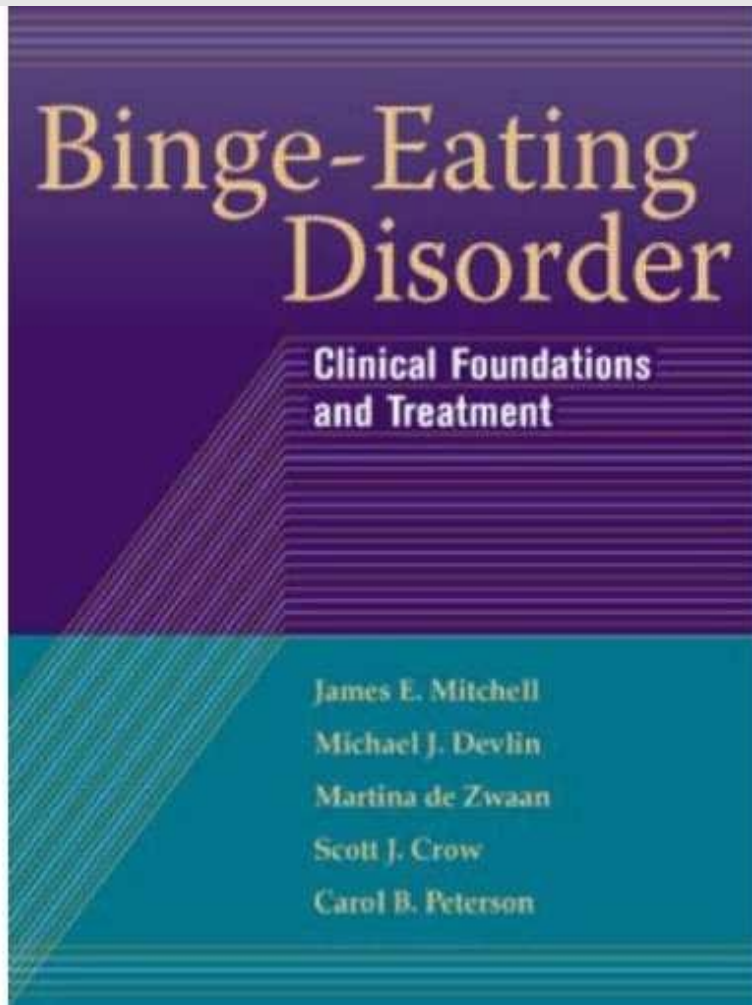
 **Routledge**  
Taylor & Francis Group

270 Madison Avenue, New York, NY 10016  
www.routledge.com  
27 Church Road, Hove, East Sussex, BN4 2FA, UK  
www.routledge.co.uk



Universitätsklinikum  
Erlangen





2008



2008

**Universitätsklinikum  
Erlangen**

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

